

Catastrofização da dor no período perinatal em desfechos psicológicos maternos pós-natais: revisão de escopo

Catastrophizing pain in the perinatal period in postnatal maternal psychological outcomes: scoping review

Anne Caroline Nunes Carmo¹, Paula Muniz Machado², Mani Indiana Funez²

<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240045-pt>

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: São diversas as condições que podem influenciar a experiência de parturição e vivências relacionadas à dor do parto. Esses aspectos podem resultar em desfechos psicológicos importantes no pós-parto. A mediação das respostas dolorosas ocorre de diferentes formas, e a catastrofização é uma das variáveis relacionadas. O objetivo deste estudo foi mapear as evidências acerca do impacto da catastrofização da dor no período perinatal em desfechos psicológicos maternos pós-natais, como *baby blues*, transtornos de ansiedade, depressão pós-parto e psicose, até três meses após o parto.

CONTEÚDO: Foi realizada revisão de escopo da literatura, com a seguinte pergunta: “Qual o impacto da catastrofização da dor no período perinatal em desfechos psicológicos maternos pós-natais?”. A busca dos estudos que compuseram a amostra foi realizada em 31 de julho de 2023 utilizando as bases de dados Pubmed, Cochrane Library, Biblioteca Virtual da Saúde e *Science Direct*. Foram identificados 113 documentos e, a partir do processo de seleção, foram incluídos na amostra quatro artigos, todos eles estudos prospectivos/observacionais. Foi avaliado o impacto da catastrofização nos desfechos: ansiedade estado-traço, depressão pós-parto, estresse percebido, interações mãe-bebê, *maternal blues* e funcionamento social.

CONCLUSÃO: Evidenciou-se que a catastrofização da dor no período perinatal está relacionada a piores desfechos psicológicos maternos pós-natais.

Descritores: Catastrofização, Depressão pós-parto, Dor do parto, Trabalho de parto, Transtornos puerperais.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: There are several conditions that can influence the experience of parturition and experiences related to labor pain. These aspects can result in important psychological outcomes in the postpartum period. Painful responses are mediated in different ways, and catastrophizing is one of the related variables. The objective of the present study was to map the evidence about the impact of pain catastrophizing in the perinatal period on postnatal maternal psychological outcomes, such as baby blues, anxiety disorders, postpartum depression and psychosis, up to three months after delivery.

CONTENTS: A literature scope review, was carried out with the following question: “What is the impact of pain catastrophizing in the perinatal period on postnatal maternal psychological outcomes?”. The search for studies that made up the sample was carried out on July 31, 2023, using the Pubmed, Cochrane Library, Virtual Health Library and Science Direct databases. 113 documents were identified and based on the selection, four articles were included in the sample, all of them prospective/observational studies. The impact of catastrophizing on outcomes was evaluated: state-trait anxiety, postpartum depression, perceived stress, mother-infant interactions, *maternal blues* and social functioning.

CONCLUSION: It was shown that the catastrophizing of pain in the perinatal period is related to worse postnatal maternal psychological outcomes.

Keywords: Catastrophization, Depression postpartum, Labor pain, Parturition, Puerperal disorders.

Anne Caroline Nunes Carmo – <https://orcid.org/0000-0002-3183-8493>;
Paula Muniz Machado – <https://orcid.org/0000-0003-2009-318X>;
Mani Indiana Funez – <https://orcid.org/0000-0002-4315-7185>.

1. Universidade de Brasília, Curso de Enfermagem, Brasília, DF, Brasil.
2. Universidade de Brasília, Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Brasília, DF, Brasil.

Apresentado em 14 de outubro de 2023.

Aceito para publicação em 21 de junho de 2024.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há

DESTAQUES

- A catastrofização da dor está relacionada a piores desfechos psicológicos maternos pós-natais.
- Os desfechos encontrados são *maternal blues*, ajustamento social, sintomas depressivos e menor reciprocidade mãe-bebê.
- A identificação precoce de gestantes com catastrofização pode auxiliar na classificação de risco e encaminhamentos necessários no pré e pós-parto.

Editor associado responsável: Renato Leonardo de Freitas
<https://orcid.org/0000-0003-1799-5326>

Correspondência para:
Mani Indiana Funez
E-mail: mani@unb.br



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

INTRODUÇÃO

A experiência do parto é única, e esse evento, em maior ou menor grau, carrega consigo o fenômeno da dor. Trata-se de uma resposta complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados durante a parturição, sendo altamente variável nas dimensões sensorial, afetiva e cognitiva¹. Por exemplo, durante o parto os níveis de ocitocina podem codificar a memória da dor de maneira a reforçar emoções positivas relacionadas ao evento². Assim, no futuro pode ocorrer “subestimação” da experiência dolorosa do parto². Além disso, o contexto impacta as emoções e a memória do evento, podendo levar a experiência a ser positiva ou negativa. Condições relacionadas a saúde, mudanças na vida social da mulher, ao seu comportamento e sentimentos podem impactar negativamente a experiência do parto³. Dor intensa e a sensação de não poder controlar a situação também aumentam o risco de uma experiência desfavorável³.

O período pós-parto é singular no que diz respeito ao grau de alterações neuroendócrinas e adaptações psicossociais⁴. Há diversos tipos de transtornos psicológicos possíveis e as experiências negativas no parto podem resultar em desfechos desfavoráveis como ansiedade⁵ e depressão⁶. A intensidade da dor intraparto pode estar associada à incidência de *baby blues*⁷ ou *maternal blues*⁸. Trata-se de uma “condição psicológica transitória com possíveis sintomas temporários, como breves crises de choro ou choro, irritabilidade ou labilidade emocional, tristeza/choro, humor instável, insônia, ansiedade, perda de apetite e falta de concentração”⁹, com início dos sintomas por volta do quarto ou quinto dia após o parto, podendo durar até 2 semanas⁸. A depressão pós-parto (DPP), por sua vez, é outro transtorno que pode iniciar de alguns dias a algumas semanas após o parto, geralmente nos primeiros 2 a 3 meses¹⁰. A psicose pós-parto é uma das alterações menos incidentes, com início abrupto, observada entre 2 semanas e 3 meses pós-parto¹¹. Como já descrita, a ansiedade também pode estar presente. A mulher pode não estar necessariamente deprimida, mas a ansiedade tem capacidade de impactar o funcionamento psíquico¹².

A mediação das respostas de dor pode ocorrer de diversas formas. Um evento conhecido como “catastrofização”, que pode ser descrito como “um conjunto mental negativo exagerado exercido durante a experiência dolorosa real ou antecipada”¹³, tem sido explorado no campo de pesquisas sobre a dor e há descobertas consistentes demonstrando que a catastrofização está associada à percepção aumentada da experiência dolorosa¹³.

A catastrofização é uma variável psicológica que pode ser medida por escalas. A mais conhecida e utilizada foi desenvolvida e validada por uma pesquisa de referência^{14,15}. O instrumento Escala de Catastrofização da Dor (ECD), em suas instruções iniciais, orienta os participantes a refletirem sobre experiências dolorosas passadas e indicarem o grau em que experimentaram cada um dos 13 pensamentos ou sentimentos ao sentir dor, em escalas de 5 pontos que variam entre zero (0) ‘nada’ a quatro (4) ‘o tempo todo’. A ECD fornece uma pontuação total e três pontuações de subescala avaliando ruminação, ampliação e desamparo. A ECD é frequentemente utilizada para avaliação situacional e disposicional¹⁵. No entanto, nos últimos anos, alguns pesquisadores fizeram adaptações para utilizá-la como medida diária¹⁶ e medida momentânea¹⁷, aprimorando a utilidade prognóstica e melhorando a previsão dos resultados relacionados a esse desfecho.

Há condições que podem ser preditoras da catastrofização da dor, por exemplo, altos níveis de medo do parto¹⁸. Por sua vez, a catastrofização pode ser preditora da solicitação de alívio da dor durante o primeiro estágio da parturição¹⁹. Além disso, a catastrofização está relacionada a parturientes apresentarem maior nível de dor ao solicitarem analgesia²⁰. Mulheres com pontuações altas para catastrofização são duas vezes mais propensas a solicitarem alívio da dor durante o trabalho de parto do que as mulheres com pontuações mais baixas¹⁹. É importante mencionar que esse estudo foi realizado na Holanda¹⁹, país em que possui diretrizes para alívio da dor do parto que incluem a participação ativa das mulheres na escolha do tipo de analgesia que desejam²¹. Portanto, é necessário considerar aspectos culturais que podem influenciar fortemente no comportamento de solicitar analgesia.

Diante do exposto, evidencia-se que o reconhecimento precoce de parturientes com traços de catastrofização pode ser uma abordagem assistencial com vistas a atenuar a incidência de alterações psicológicas pós-natais. Assim, o objetivo do presente estudo foi mapear as evidências acerca do impacto da catastrofização da dor no período perinatal em desfechos psicológicos maternos pós-natais, como *maternal blues*, transtornos de ansiedade, depressão pós-parto e psicose, até três meses após o parto.

CONTEÚDO

Foi desenvolvida uma Revisão de Escopo da literatura seguindo as orientações presentes no manual para síntese de evidências²² do *Joanna Briggs Institute* (JBI - Instituto Joanna Briggs); além do protocolo PRISMA-SCR-10²³.

Os critérios de inclusão definidos foram: estudos originais publicados em inglês, espanhol ou português, disponibilizados na íntegra, sem recorte temporal; estudos primários, quantitativos ou qualitativos e estudos que correlacionaram catastrofização da dor no período perinatal (descrito pela Organização Mundial da Saúde como aquele que tem início a partir de 22 semanas completas de gestação e termina aos sete dias completos de vida)²⁴ a desfechos psicológicos maternos até três meses após o parto. Os critérios de exclusão foram: estudos que não contemplem a questão de pesquisa, revisões da literatura, teses, dissertações, resumos de congressos e protocolos clínicos.

Para atender ao objetivo a pergunta de pesquisa foi desenvolvida utilizando o acrônimo PCC, sendo P = *população*, C = *conceito* e C = *contexto*. A saber: parturientes (P), catastrofização (C) e desfechos psicológicos nos períodos do parto e pós-parto (C), sendo formulada a seguinte questão para nortear a sumarização das evidências: “Qual o impacto da catastrofização da dor no período perinatal em desfechos psicológicos maternos pós-natais?”

A busca dos estudos que compuseram a revisão foi realizada em 31 de julho de 2023, utilizando as bases de dados Pubmed, Cochrane Library, BVS e *Science Direct*. Os termos selecionados para a estratégia de busca fazem parte dos descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings Section* (MESH): P (*population*) = *labor OR obstetric OR parturition OR childbirth OR postpartum*; C (*concept*) = *catastrophizing OR catastrophization* e C (*context*) = *depression OR anxiety OR psychology OR baby blues OR stress disorders*.

Os artigos que fizeram parte da busca foram avaliados e selecionados por dois revisores independentes (A.C.N. e M.I.F.), que realizaram a leitura de títulos e resumos, aplicando os critérios de elegibilidade. As disparidades foram resolvidas por meio de discussão e consenso. Foram utilizados o *site EndNote Web*²⁵, como gerenciador de referências dos artigos selecionados nas bases de dados, e a plataforma Rayyan²⁶, uma ferramenta de arquivamento, organização e seleção de artigos. Com base nas diretrizes do JBI²², o instrumento de extração de dados foi adaptado de acordo com os objetivos desta revisão. A análise do nível de evidência dos estudos que compuseram a amostra final foi realizada utilizando-se os níveis de evidência propostos pelo Centro de Medicina Baseada em Evidência de Oxford²⁷. A qualidade metodológica/risco de viés foi avaliada utilizando as listas de verificação do JBI correspondentes aos desenhos dos estudos incluídos (identificação, grupos comparáveis, critérios de inclusão claros, medidas de exposição, desfechos avaliados, clareza de resultados e métodos estatísticos)²⁸. As respostas às questões das listas de verificação foram classificadas como: “sim”, “não”, “não aplicável” ou “incerto”²⁹. O escore obtido pelos estudos foi classificado da seguinte maneira: alta qualidade metodológica para estudos com 70% ou mais de respostas “sim”; moderada qualidade metodológica para estudos com 50%–69% de respostas “sim”; baixa qualidade metodológica para estudos com 49% ou menos de respostas “sim”. A avaliação foi realizada por dois revisores de maneira independente (P.M.M. e M.I.F.) e as discrepâncias foram resolvidas por meio de discussão e consenso dos pesquisadores.

Das 113 referências identificadas nas bases de dados supracitadas (BVS, n=62; Cochrane, n=27; Pubmed, n=18; *Science direct*, n=6), foram removidas 25 duplicatas, restando 88 estudos para triagem. Após a leitura de títulos e resumos, 54 registros foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, permanecendo 34 para avaliação e leitura na íntegra. Foram retirados 30 estudos, sendo 24 por não terem como objetivo avaliar o impacto da catastrofização em desfechos psicológicos pós-natais e 6 por apresentarem o protocolo clínico ou o resumo de congresso, sem texto completo encontrado. Quatro artigos foram incluídos na amostra final, configurando-se em estudos prospectivos observacionais^{30,31} e coortes^{32,33}, classificados com nível 3 de evidência, todos apresentando alta qualidade metodológica ou baixo risco de viés. Os países nos quais aconteceram as pesquisas foram Israel, Estados Unidos da América e Cingapura. O fluxograma que descreve o processo de triagem, exclusão e inclusão dos artigos da amostra, bem como as razões, foi adaptado do PRISMA³⁴, o qual está descrito na figura 1. As características de cada estudo e síntese dos resultados de forma detalhada estão disponíveis na tabela 1.

Características da amostra

A amostra total dos estudos variou entre 72 e 518 participantes, com média de 188 indivíduos por estudo. A idade média das mulheres esteve em torno de 29 a 30 anos. A idade gestacional requerida nos critérios de inclusão diferiu em cada estudo. O estudo A1³⁰ avaliou mulheres entre 37 e 42 semanas de gestação que estavam em trabalho de parto ativo. O estudo A2³¹ incluiu mulheres entre 38 e 42 semanas que estivessem no estágio 1 do parto vaginal. O estudo A3³² incluiu mulheres sem comorbidades que estivessem no terceiro trimestre, acima de 28 semanas de gestação. Já o estudo A4³³ abran-

geu mulheres com 36 semanas gestacionais ou mais, com feto único, em trabalho de parto inicial. Quanto à paridade, os estudos A1³⁰ e A2³¹ colocam que fizeram parte da amostra mulheres primíparas e múltiparas, A3³² e A4³³ apenas nulíparas.

Ferramentas de avaliação das variáveis psicológicas

A catastrofização da dor foi avaliada pela ECD em todos os estudos. Os artigos que avaliaram o desfecho DPP e o *Maternal Blues* utilizaram a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EDPE), uma escala autoaplicável, desenvolvida e validada por um estudo de referência³⁵. Orienta-se à mulher que pense nos últimos 7 dias e responde a 10 perguntas assinalando a intensidade que se refere a cada uma das questões. A intensidade varia de zero a três e a soma de todos os pontos é, no máximo, 30. Uma pontuação maior que 14 indica humor deprimido com risco de sintomas depressivos graves a longo prazo³⁰.

A ansiedade estado-traço foi avaliada utilizando-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado, teste psicológico de 40 itens sobre sentimentos de ansiedade imediata que um indivíduo tem no momento (ansiedade-estado) e a ansiedade disposicional (ansiedade-traço)³⁶. Já o estresse percebido foi medido pela Escala de Estresse Percebido, um instrumento de avaliação do grau em que as situações na vida de uma pessoa são percebidas como estressantes, por meio de questões que se referem a sentimentos e pensamentos durante o último mês e a frequência com que foram vivenciados³⁷.

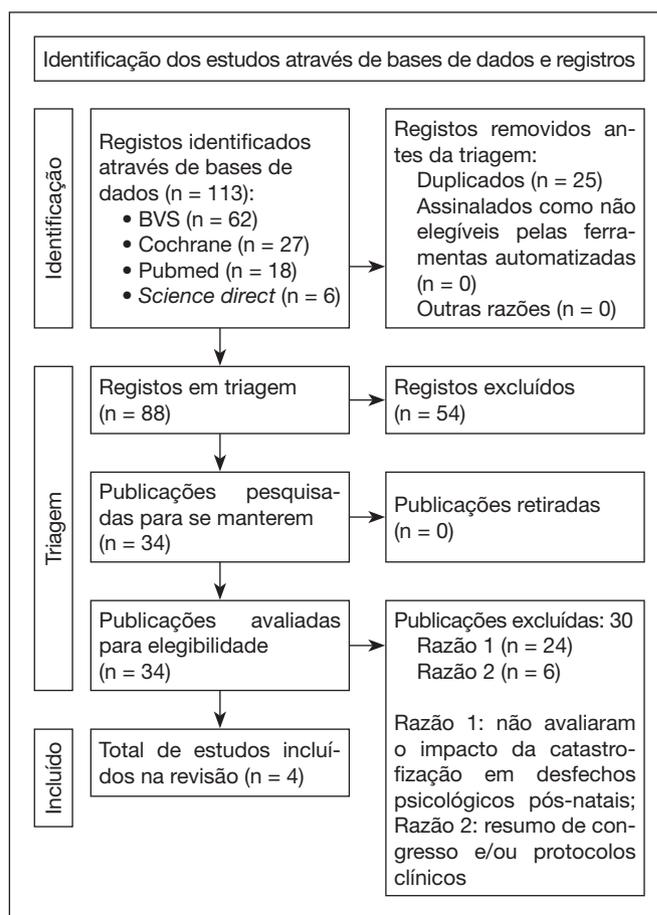


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos adaptado do PRISMA

Tabela 1. Características dos estudos e resultados detalhados

Identificação	Ano/país	Autor(es)	Tipo de estudo e nível de evidência e qualidade metodológica	Tamanho da amostra	Objetivo	Instrumentos/momento de avaliação*	Associação da catastrofização aos desfechos psicológicos
A1	2005 Israel	Ferber, Granot e Zimmel ²⁰	Observacional/prospectivo Nível: 3 Alta qualidade	n=82	Determinar se a catastrofização da dor do parto está associada ao nível de <i>maternal blues</i> e funcionamento social no período pós-parto de curto prazo.	Fase ativa do trabalho de parto: - EAV 1 - ECD 1 Duas semanas pós-parto: - EEAV 2 - ECD2 - EDPE Seis semanas pós-parto: - Funcionamento social - SF36 Survey.	O <i>maternal blues</i> no 2º dia pós-parto e o funcionamento social 6 semanas após o parto foram previstos pelas pontuações acima de 9 pontos na escala de catastrofização ($p < 0,0001$). Analisando especificamente os três componentes da ECD1, foi percebido que a ruminação ($p = 0,003$), desamparo ($p = 0,005$) e ampliação ($p = 0,012$) foram preditores significativos de <i>maternal blues</i> , enquanto desamparo foi significativo na previsão do funcionamento social em 6 semanas.
A2	2005 Israel	Ferber e Feldman ³¹	Observacional/prospectivo Nível: 3 Alta qualidade	n=81	Examinar se a experiência da dor durante o trabalho de parto tem um efeito de longo prazo no desenvolvimento da relação mãe-bebê.	Na admissão da sala de parto: - ECD - EAV - IDATE - EDPE 6 semanas após o parto: - ECD - EAV - CIB	Maior catastrofização da dor foi associada com idade avançada, menor escolaridade, menor uso de analgesia, maior intensidade da dor e maior depressão. Os três aspectos da catastrofização da dor – ruminação ($p < 0,0001$), sentimento de desamparo ($p < 0,0001$) e tendência de amplificar a dor ($p < 0,0001$) – estão cada um independentemente relacionados a níveis mais baixos de reciprocidade mãe-bebê.
A3	2020 EUA	Lim et al. ³²	Coorte prospectivo Nível: 3 Alta qualidade	n=72	Avaliar fatores psicológicos, psicossociais e de dor perinatal preditivos de sintomas de depressão. Em análises exploratórias, investigar os efeitos moderadores-mediadores entre esses fatores.	Terceiro trimestre: - EDPE - ECD - IBD - IDATE - Resiliência Durante o trabalho de parto: - EAV - PTSS 1º e 2º dia após o parto: - IBD (forma curta) - PSS 6 semanas e 3 meses pós-parto: - EDPE - IBD (forma curta)	As pontuações dos níveis de catastrofização pré-natal na coorte não atenderam aos critérios de seleção de variáveis para a modelagem multivariada.
A4	2020 Cingapura	Zeng et al. ³³	Coorte prospectivo Nível: 3 Alta qualidade	n=518	Investigar se a alta catastrofização da dor pré-parto é associada à variável binária das pontuações da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EDPE) pós-parto (um ponto de corte ≥ 10) como desfecho primário. Identificar se os fatores pré-parto associados a alterações aumentadas nos escores EDPE pós-parto como desfecho secundário, e determinar fatores pré-parto que foram associados a alto estado catastrófico de dor pré-parto.	Durante o trabalho de parto - ECD - EDPE - PSS - IDATE 5 a 9 semanas pós-parto - EDPE - IDATE	Em comparação com o grupo de catastrofização de baixa dor, a catastrofização de alta dor foi associada ao aumento dos escores de dor pré-bloqueio em uma escala de classificação numérica de 0–10 ($p = 0,0094$), mais anestésicos necessários para analgesia peridural ($p = 0,0082$) e presença de dor irruptiva ($p = 0,0075$). No grupo de alta catastrofização da dor, todos os subcomponentes da ECD pré-parto (ruminação, ampliação, desamparo) foram significativamente maiores do que no grupo de baixa catastrofização ($p < 0,0001$). Da mesma forma, durante a pesquisa pré-parto, o grupo de alta catastrofização apresentou maior estresse percebido, ($p < 0,0001$), ansiedade estado-traço ($p < 0,0001$) e depressão pós-parto ($p < 0,0001$), em comparação com o grupo de baixa catastrofização. Especificamente, o grupo de alta catastrofização da dor foi associado a nível de depressão pós-parto aumentado ($p = 0,0033$).

EAV = Escala analógica visual = ECD = Escala de Catastrofização da Dor; EDPE = Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo; IDATE = Inventário de Ansiedade Traço-Estado; CIB = Codificação de Comportamento Interativo; IBD = Inventário Breve da Dor; PTSS = Escala de Satisfação do Tratamento da Dor; PSS = Escala de Estresse Percebido.

As interações mãe-bebê foram avaliadas pelo *Coding Interactive Behavior*, um sistema global utilizado para analisar a interação da díade cuidador-infante³⁸. Além disso, o funcionamento social é um dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida *SF36 Survey*^{39,40}, o qual aborda oito conceitos sobre saúde; “este domínio foi escolhido como a medida preferida para este estudo porque o ajustamento social é uma das principais dificuldades da mulher após o parto”⁷³¹.

Achados relacionados ao desfecho catastrofização

Os estudos selecionados se concentraram em avaliar o impacto de variáveis relacionadas à dor, dentre elas a catastrofização, em diferentes desfechos psicológicos maternos pós-natais, como ansiedade estado-traço³⁰⁻³², depressão pós-parto³⁰⁻³³, estresse percebido^{32,33}, interações mãe-bebê³¹, *maternal blues*³⁰ e funcionamento social³⁰.

O estudo A1³⁰ mostrou que parturientes com níveis mais altos de catastrofização da dor do parto tiveram menor ajustamento materno após o parto, sendo a ECD, aplicada durante a fase ativa do trabalho de parto, um preditor significativo para *maternal blues* e funcionamento social em 6 semanas após o nascimento do bebê. Além disso, o estudo mostrou que menor idade e menor nível educacional das mães indicaram maior risco de não adaptação às mudanças do pós-parto.

O estudo A2³¹ indicou que a catastrofização da dor foi associada com idade avançada, menor escolaridade, menor uso de analgesia, maior intensidade da dor e maior nível de depressão, sendo que os três aspectos da catastrofização da dor estiveram, cada um de forma independente, relacionados a níveis mais baixos de reciprocidade mãe-bebê.

O estudo A3³² não apresentou resultados relacionados ao desfecho da catastrofização da dor. Os autores relatam que as pontuações da ECD durante o período pré-natal não atenderam aos critérios de seleção de variáveis para a modelagem multivariada descrita na metodologia do trabalho. Numa análise exploratória na qual foi incluída a variável na modelagem multivariável foi observado que a catastrofização da dor não alterou significativamente os achados.

O estudo A4³³ demonstrou que a alta catastrofização da dor não foi diretamente associada com provável DPP cinco a nove semanas após o parto. Porém, a alta catastrofização da dor pré-parto, o IMC mais baixo e a presença de dor irruptiva durante a analgesia peridural foram associados a pontuações da EDPE aumentadas cinco a nove semanas após o parto, indicando maior nível de sintomas depressivos.

DISCUSSÃO

Esta revisão buscou sumarizar as evidências acerca do impacto da catastrofização da dor no período perinatal em desfechos psicológicos maternos pós-natais até três meses após o parto. Foram mapeados quatro artigos que compuseram a amostra deste estudo, demonstrando que o campo de pesquisas na temática pode ser mais explorado. A maioria dos trabalhos^{30,31,33} elencou a catastrofização da dor dentre os principais desfechos analisados, enquanto um estudo³² teve como objetivo avaliar variáveis relacionadas ao desfecho dor, não sendo a catastrofização considerada uma das variáveis principais. Foi constatado que altos níveis de catastrofização da dor no perinatal são relacionados a impactos negativos sobre desfechos psicológicos como *maternal blues*³⁰, menor ajustamento social³⁰, sintomas depres-

sivos^{31,33} e menor reciprocidade mãe-bebê³¹. De fato, durante o trabalho de parto, as mulheres podem apresentar desde estados mentais em que prevalecem foco e aceitação da experiência de dor a estados de distração e percepção negativa da dor, mediada por processos psicológicos, como a catastrofização⁴¹. Assim, os dados encontrados no presente estudo indicam a possibilidade de prevenção e/ou tratamento precoce de desfechos negativos no puerpério com a identificação de mulheres com catastrofização da dor no período perinatal. Nesse sentido, a utilização da ECD como instrumento de rastreamento da catastrofização da dor em parturientes merece ser considerada. No âmbito brasileiro, a escala está validada para o português, e os resultados do estudo de validação confirmaram a adequação de suas propriedades psicométricas⁴². A aplicação da ECD pode prever a catastrofização algum tempo antes de procedimentos dolorosos¹⁵, fato que viabiliza a aplicação na população em questão. Porém, ainda não há estudos voltados à padronização do melhor momento de aplicação da escala em parturientes, o que se evidencia na amostra estudada.

Assim, o período de avaliação do desfecho catastrofização diferiu entre os estudos, demonstrando ausência de homogeneidade ou consenso. Embora não seja possível estabelecer uma relação direta, pode-se especular que esse aspecto tem potencial para influenciar os achados acerca de parturientes que apresentam catastrofização da dor.

No artigo A1³⁰ a avaliação foi feita no início da fase ativa do trabalho de parto, antes das mulheres receberem analgesia, e dois dias após o parto. No artigo A2³¹ houve avaliação dois dias após o parto. Já no artigo A3³² as participantes foram avaliadas no 3º trimestre de gestação, fato que pode ser explorado para justificar a ausência de relação entre a catastrofização da dor e desfechos negativos encontrada no estudo. Por fim, no artigo A4³³, a ECD foi aplicada após a analgesia epidural, durante o trabalho de parto.

Após o início do trabalho de parto e nas fases subsequentes, iniciam-se modificações neuro-hormonais e fisiológicas na parturiente, as quais impactam a autopercepção da experiência vivenciada, bem como a percepção que a mulher tem da dor, além da oscilação do nível de consciência⁴³. Sabendo que a catastrofização diz respeito à experiência da dor, é preciso investigar o momento ideal para a avaliação, uma vez que nos distintos momentos do período perinatal a catastrofização pode apresentar-se de diferentes formas.

Outro aspecto a ser considerado é o ponto de corte na pontuação da ECD. Na comunidade adulta uma pontuação acima de 30 representa um nível clinicamente relevante de catastrofização¹⁵. Na amostra estudada³⁰⁻³³ o ponto de corte descrito para a ECD foi de 20 pontos para estabelecer quais pacientes apresentavam catastrofização. Uma abordagem que pode gerar dados relevantes por permitir a estratificação das pacientes de acordo com a severidade do quadro é o agrupamento. O estudo A4³³ separou os dados das participantes em um grupo de alta catastrofização para aquelas que pontuaram 25 ou mais, e um grupo de baixa catastrofização para aquelas que pontuaram abaixo de 25. Estabelecer esse ponto de corte é um fator importante, visto que a escala tem possibilidades de pontuações muito abrangentes.

Sabe-se que mulheres com catastrofização antecipam e experimentam mais dor durante o parto e sua recuperação física⁴⁴ e essa deve ser uma preocupação da equipe que as assiste, observando a adequa-

da oferta de analgesia. Em todos os estudos³⁰⁻³³ da amostra foi relatada a oferta de analgesia peridural para as parturientes, e essas, por sua vez, optaram por aceitá-la. No entanto, a concordância em receber a analgesia não apresentou relação com os níveis de catastrofização da dor das parturientes.

O estudo A4³³ identificou que em casos de pacientes com catastrofização da dor houve maior recomendação de uso de analgesia pelos profissionais que as acompanhavam. O estudo indicou que essas parturientes se tornaram mais sensíveis para acatar as recomendações dos profissionais ao vivenciarem o processo de catastrofização⁴⁵. Por outro lado, esses dados demonstram que os profissionais que participaram do estudo conhecem os impactos da catastrofização em parturientes e procuraram incluir medidas de cuidado para evitá-los por meio da oferta de analgesia.

Quanto à paridade, os estudos da amostra deste estudo incluíram tanto grupos de mulheres exclusivamente nulíparas^{32,33} quanto grupos de nulíparas e múltiparas^{30,31}. Em pesquisas que buscaram comparar se o medo do parto, a intensidade da dor e o consumo de analgésicos são relacionados à paridade foi observado que multiparidade não representa fator de proteção quanto aos aspectos de dor⁴⁶. Além disso, descritores cognitivos da dor do parto não são impactados pela paridade ou estágio do trabalho de parto⁴⁷. Quanto ao período pós-parto, foi evidenciado que primíparas, quando comparadas às múltiparas, apresentam maior risco de desenvolver depressão, ansiedade e tristeza⁴⁸. Apesar disso, os resultados relativos à paridade ainda permanecem incongruentes, indicando a necessidade de mais investigações.

Como a catastrofização está diretamente relacionada à experiência de dor⁴⁹ e ao aumento da percepção sensorial intermitente e neuropática da dor do parto⁵⁰, estratégias de alívio e manejo da dor podem ser ferramentas úteis nesse cenário, uma vez que tanto o contexto, como a forma que se enxerga a dor, influenciam sua vivência⁴⁹. Um estudo que analisou um programa de educação para o parto baseado em atenção plena constatou que as gestantes do grupo intervenção apresentaram maior consciência corporal, menos sintomas de depressão pós-parto e maior autoeficácia no parto⁵¹.

Outro programa de educação pré-natal para gestantes evidenciou que houve melhora significativa na autoeficácia materna no grupo intervenção⁵². Portanto, além da oferta de analgesia adequada durante o parto, estratégias não farmacológicas que incluam educação às gestantes favorecendo aspectos psicológicos e cognitivos têm potencial para serem úteis na prevenção e controle dos impactos da catastrofização da dor nessa população.

Diante do exposto, depreende-se a importância de estudos que abordem a temática da catastrofização da dor no período perinatal, os desfechos relacionados e intervenções eficazes na sua prevenção e controle. As lacunas que puderam ser identificadas no presente estudo são a ausência de consenso quanto ao ponto de corte na ECD, a não homogeneidade nos estudos quanto ao momento perinatal de avaliação dos níveis de catastrofização, bem como o período em que foram avaliados os demais desfechos psicológicos - os quais variaram em relação ao momento em que puderam ser identificados nas puérperas.

CONCLUSÃO

Como limitações deste estudo é preciso considerar que o trabalho de parto é um momento no qual a mulher está vulnerável, e avalia-

ções nessa etapa podem apresentar vieses, a depender do contexto no qual a parturiente está inserida. Recomenda-se cautela na interpretação dos dados desta revisão, tendo em vista o número reduzido de estudos da amostra, bem como a ausência de um ponto de corte para avaliação da pontuação da ECD que permita estabelecer os níveis de catastrofização na população de parturientes.

Em síntese, a análise dos artigos da amostra demonstrou que a catastrofização da dor no período perinatal está relacionada a piores desfechos psicológicos maternos pós-natais, a saber: *maternal blues*, ajustamento social, sintomas depressivos e menor reciprocidade mãe-bebê. Os dados sugerem que a identificação precoce de gestantes com catastrofização pode auxiliar na classificação de risco e encaminhamentos necessários no pré e pós-parto, dessa forma possibilitando menor incidência de problemas psicológicos no puerpério, melhor interação na díade mãe-bebê e recuperação física e emocional da mãe.

Além desses achados, que demonstram a importância do tema no que se refere à assistência da mulher durante o período perinatal, o mapeamento das fontes de evidência permitiu a identificação de lacunas a serem preenchidas em estudos futuros que abordem o assunto. São elas a padronização do ponto de corte na pontuação da Escala de Catastrofização da Dor, os momentos de medição desse desfecho, bem como os momentos de aplicação dos instrumentos para avaliação dos demais desfechos relacionados às variáveis psicológicas.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Anne Caroline Nunes Carmo

Coleta de Dados, Conceitualização, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Visualização

Paula Muniz Machado

Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição, Visualização

Mani Indiana Funez

Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Visualização

REFERÊNCIAS

1. Lowe N. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):S16-24.
2. Farley D, Piszczek L, Babel P. Why is running a marathon like giving birth? The possible role of oxytocin in the underestimation of the memory of pain induced by labor and intense exercise. *Med Hypotheses.* 2019;128:86-90.
3. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004;31(1):17-27.
4. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Available from: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>.
5. Shlomi Polachek I, Huller Harari L, Baum M, Strous RD. Postpartum anxiety in a cohort of women from the general population: risk factors and association with depression during last week of pregnancy, postpartum depression and postpartum PTSD. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2014;51(2):128-34.
6. Rosseland LA, Reme SE, Simonsen TB, Thoresen M, Nielsen CS, Gran ME. Are labor pain and birth experience associated with persistent pain and postpartum depression? A prospective cohort study. *Scand J Pain.* 2020;20(3):591-602.
7. Boudou M, Teissèdre F, Walburg V, Chabrol H. Relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du postpartum blues. *Encephale.* 2007;33(5):805-10.
8. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(Suppl 2):34-40.

9. Tosto V, Ceccobelli M, Lucarini E, Tortorella A, Gerli S, Parazzini F, Favilli A. Maternity blues: a narrative review. *J Pers Med.* 2023;13(1):154.
10. Sharma I, Rai S, Pathak A. Postpartum psychiatric disorders: early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry.* 2015;57(6):216.
11. Altschuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry.* 1996;153(5):592-606.
12. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord.* 2003;74(2):139-47.
13. Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, Lefebvre JC. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain.* 2001;17(1):52-64.
14. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess.* 1995;7(4):524-32.
15. Sullivan M. The pain catastrophizing scale: user manual. Montreal: McGill University; 2009. p. 1-36. http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs_PCSManual_English.pdf
16. Darnall BD, Sturgeon JA, Cook KF, Taub CJ, Roy A, Burns JW, Sullivan M, Mackey SC. Development and validation of a daily pain catastrophizing scale. *J Pain.* 2017;18(9):1139-49.
17. Frumkin MR, Greenberg JK, Boyd P, Javeed S, Shayo B, Shin J, Wilson EA, Zhang JK, Sullivan MJL, Haroutounian S, Rodebaugh TL. Establishing the reliability, validity, and prognostic utility of the momentary pain catastrophizing scale for use in ecological momentary assessment research. *J Pain.* 2023;24(8):1423-33.
18. Rondung E, Ekdahl J, Sundin Ö. Potential mechanisms in fear of birth: the role of pain catastrophizing and intolerance of uncertainty. *Birth.* 2019;46(1):61-8.
19. Veringa I, Buitendijk S, de Miranda E, de Wolf S, Spinhoven P. Pain cognitions as predictors of the request for pain relief during the first stage of labor: a prospective study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2011;32(3):119-25.
20. Peralta FM, Condon LP, Torrez D, Neumann KE, Pollet AL, McCarthy RJ. Association of pain catastrophizing with labor pain and analgesia consumption in obstetrical patients. *Int J Obstet Anesth.* 2023;10:103954.
21. Richtlijn Medicamenteuze Pijnbehandeling Tijdens de Bevalling. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Utrecht 2008.
22. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBPI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020.
23. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher, D, Peters, MD, Horsley, T, Weeks, L, Hempel, S et al. PRISMA extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73.
24. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a Saúde. OMS/CID-10. 1994;2. Disponível em: <https://smi.ine.pt/Conceito/Details/3343?voltar=1>.
25. EndNote Web. Clarivate [internet]. Estados Unidos. [acesso em: 31 jul 2023]. Disponível em: <https://access.clarivate.com/login?app=endnote>
26. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):210.
27. Working Group "The Oxford 2011 Levels of Evidence": Oxford Centre for Evidence-Based. *Medicine Oxford*, 2011.
28. Joanna Briggs Institute (JBI). Critical Appraisal Tools [internet]. Australia.[acesso em:14 de mai 2024]. Disponível em: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
29. Polmann H, Melo G, Conti Réus J, Domingos FL, de Souza BDM, Padilha AC, Duque TM, Porporatti AL, Flores-Mir C, De Luca Canto G. Prevalence of dentofacial injuries among combat sports practitioners: A systematic review and meta-analysis. *Dent Traumatol.* 2020;36(2):124-40.
30. Ferber SG, Granot M, Zimmer EZ. Catastrophizing labor pain compromises later maternity adjustments. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(3):826-31.
31. Ferber SG, Feldman R. Delivery pain and the development of mother-infant interaction. *Infancy.* 2005;8(1):43-62.
32. Lim G, LaSorda KR, Farrell LM, McCarthy AM, Facco F, Wasan AD. Obstetric pain correlates with postpartum depression symptoms: a pilot prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):240.
33. Zeng Y, Tan CW, Sultana R, Chua TE, Chen HY, Sia ATH, Sng BL. Association of pain catastrophizing with postnatal depressive states in nulliparous parturients: a prospective study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16:1853-62.
34. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71.
35. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6.
36. Sydeman S. State-trait anxiety inventory. In: *Encyclopedia of Personality and Individual Differences.* Cham: Springer International Publishing; 2018. 1-3p.
37. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-96.
38. Feldman R. Coding interactive behavior manual. Bar-Ilan University, Israel; 1998.
39. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992 Jun;30(6):473-83.
40. Ware JE, Snow KK, Kosinski M. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. Boston; 1993.
41. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, Small R. Women's experiences of labour pain and the role of the mind: an exploratory study. *Midwifery.* 2014;30(9):1029-35.
42. Sehn F, Chachamovich E, Vidor LP, Dall-Agnol L, de Souza IC, Torres IL, Fregni F, Caumo W. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. *Pain Med.* 2012;13(11):1425-35.
43. Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekström-Bergström A, Leahy-Warren P, Karlsdottir SI, Nieuwenhuijze M, Villarrea S, Hadjigeorgiou E, Kazmierczak M, Spyridou A, Buckley S. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS One.* 2020;15(7):e0230992.
44. Flink IK, Mroczek MZ, Sullivan MJL, Linton SJ. Pain in childbirth and postpartum recovery: the role of catastrophizing. *Eur J Pain.* 2009;13(3):312-6.
45. Van den Bussche E, Crombez G, Eccleston C, Sullivan MJL. Why women prefer epidural analgesia during childbirth: the role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *Eur J Pain.* 2007;11(3):275-82.
46. Deng Y, Lin Y, Yang L, Liang Q, Fu B, Li H, Zhang H, Liu Y. A comparison of maternal fear of childbirth, labor pain intensity and intrapartum analgesic consumption between primiparas and multiparas: A cross-sectional study. *Int J Nurs Sci.* 2021;8(4):380-7.
47. Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Valentini G, Garassino A, Farcomeni A. Multidimensional evaluation of pain during early and late labor: a comparison of nulliparous and multiparous women. *Int J Obstet Anesth.* 2010;19(2):167-70.
48. Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Gómez-Salgado J. Relationship between parity and the problems that appear in the postpartum period. *Sci Rep.* 2019;9(1):11763.
49. Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(7):617-22.
50. Sim XLJ, Tan CW, Yeap CT, Tan HS, Sultana R, Sng BL. Association of pain catastrophizing and depressive states with multidimensional early labor pain assessment in nulliparous women having epidural analgesia - a secondary analysis. *J Pain Res.* 2021;14:3099-107.
51. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):140.
52. ALSomali Z, Bajamal E, Esheba O. The effect of structured antenatal education on childbirth self-efficacy. *Cureus.* 2023;15(5):e39285.