

EVENISE CILENE GUARINO NILSEN

**DOR E COMPORTAMENTO DE MULHERES DURANTE O
TRABALHO DE PARTO E PARTO**

**CAMPINAS
2009**

EVENISE CILENE GUARINO NILSEN

DOR E COMPORTAMENTO DE MULHERES DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração Enfermagem e Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes

**CAMPINAS
2009**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

N599d Nilsen, Evenise Cilene Guarino
Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto / Evenise Cilene Guarino Nilsen. Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientadora: Maria Helena Baena de Moraes Lopes
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Dor. 2. Dor de parto. 3. Parto. I. Lopes, Maria Helena Baena de Moraes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Pain and behavior of women during the labor and childbirth

Keywords: • Pain
• Labor pain
• Delivery

Titulação: Mestre em Enfermagem
Área de concentração: Enfermagem e trabalho

Banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes
Profa. Dra. Luiza Akiko Komura Hoga
Prof. Dr. Franklin Sarmento da Silva Braga

Data da defesa: 30-06-2009

*Dedico este trabalho ao meu marido Raul e aos
meus filhos Murilo e Luiza, razão da
minha vida!*

Agradeço aos que fizeram acontecer este trabalho:

Primeiro agradeço a DEUS, pela certeza da sua companhia em todos os momentos de minha vida e por ter me concedido mais essa oportunidade;

Às puérperas que participaram deste estudo, que apesar do desgaste físico após o processo do parto, acreditaram em mim e foram receptivas e verdadeiras em suas percepções e suas respostas, sem as quais esta pesquisa não seria possível;

Agradeço a equipe de profissionais da Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores, em especial à Enfermeira Maíse e a Diretora de Enfermagem e Secretária de Saúde do Município de Itapecerica da Serra Enfermeira Dr^a Anátalia Lopes de Oliveira Basile pelo acolhimento carinhoso e simpatia. Vocês foram especiais!

Ao Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra pela autorização na realização deste trabalho.

Aos profissionais que participaram como juízes na validação do instrumento de pesquisa.

À minha querida orientadora e amiga Prof^a Dr^a. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, que com suas palavras sábias, me orientou com toda paciência e dedicação que lhe é peculiar. Obrigada por ter confiado nessa pesquisa! Sua aprovação foi imprescindível para que eu tivesse constante motivação. De todo coração, muito obrigada!

Ao Dr. Hugo Sabatino, que me apresentou o Grupo de Parto Alternativo (CAISM) e me ensinou o caminho da assistência ao parto natural. Muito obrigado pelos ensinamentos. Sua participação foi fundamental para o aprimoramento da minha vida profissional!

Ao Prof. Dr. Frankllin S. Braga e a Prof^a. Dr^a. Luiza A.K. Hoga por terem aceitado participar de minha banca de defesa. Isso é motivo de muito orgulho para mim!

À querida Sirlei (CAISM), pela realização dos cálculos estatísticos e pelas informações essenciais para interpretação dos resultados. Sua colaboração foi singular! Obrigado.

Aos meus pais José Pedro e Maria Rita, que muitas vezes abandonaram seus sonhos em nome dos meus e me ensinaram a ser dedicada e perseverante. Amo vocês!

Aos meus irmãos Bianca e Demetrius e meus cunhados Kike e Cristiane, que muitas vezes atenderam minhas solicitações quando surgiram imprevistos. Muito obrigado!

Ao meu marido Raul amor da minha vida, que sempre me incentivou e me fez acreditar que seria capaz de realizar esse ideal. Com sua paciência e tolerância soube entender minhas atitudes e sentimento, me apoiando em cada momento decisivo como só que ama é capaz. Amo muito você!!

Aos meus filhos Murilo e Luiza, que com toda sensibilidade souberam compreender minha ausência. Sem vocês, eu não conheceria a transformação divina do “ser mulher” para o “ser mãe”. Vocês são tudo pra mim!!

As minhas amigas Nuri e Aline, obrigada pela linda amizade que construímos durante estes anos, as risadas, os conselhos, as lágrimas, o apoio, tudo está no meu coração de um jeito especial!

Aos funcionários da secretaria de Pós-Graduação Jane e Carlos pelas informações oferecidas com carinho. Vocês são demais!

Ao Reginaldo pelas impressões e encadernações, trabalho executado com tanta dedicação e eficiência.

À Universidade Estadual de Campinas, por me possibilitar a realização de mais um sonho!

A todos os profissionais que direta ou indiretamente colaboraram para o desenvolvimento deste estudo.

“Temos que ser pacientes e aguardar novos métodos e oportunidades de pesquisa. Devemos também estar prontos para abandonar um caminho que estivemos seguindo por certo tempo, se nos parece que ele não leva a um bom fim. Somente os crentes, que exigem que a ciência seja um substituto para o catecismo que abandonaram, culparão um pesquisador por desenvolver ou mesmo modificar seus pontos de vista.”

Sigmund Freud (1920)

Lista Abreviaturas.....	xv
Lista de Notações.....	xix
Lista de Tabelas.....	xxi
RESUMO.....	xxiii
ABSTRACT.....	xxvii
1. INTRODUÇÃO.....	31
1.1 As dimensões da dor.....	33
1.2 Avaliação da sensação dolorosa.....	34
1.3 Instrumentos para mensuração da dor.....	35
1.4 A dor no parto.....	42
1.5 A percepção da sensação dolorosa no primeiro período do parto.....	43
1.6 A percepção dolorosa no segundo período do parto.....	46
1.7 O alívio da dor.....	47
1.8 Os métodos farmacológicos de alívio à dor.....	47
1.9 Métodos não farmacológicos de alívio à dor.....	48
1.10 A posição da mulher e a sensação dolorosa.....	52
1.11 O comportamento e a dor.....	52
1.12 A experiência dolorosa na memória da mulher.....	53
2. OBJETIVOS.....	55
2.1 Geral.....	57
2.2 Específicos.....	57
3. ARTIGO.....	59
4. CONCLUSÕES.....	81
5. REFERÊNCIAS BIBLOGRÁFICAS.....	85
APÊNDICES.....	97
ANEXOS.....	129

LISTA DE ABREVIATURAS

SNC	Sistema Nervoso Central
EAN	Escala Alfanumérica
EAV	Escala Analógica-visual
VRS	Verbal-Visual Rating Scale (Escala de Categorias Verbais ou Visuais)
FPS	Face Pain Scale (Escala Facial de Dor)
CR-10	Borg CR Scales (Escala Categoria-Razão de Borg)
IPAI	Initial Pain Assessment Inventory (Instrumento de Avaliação Inicial da Dor)
PD	Pain Drawing (Desenho da Localização da Dor)
MPQ	McGill Pain Questionnaire (Questionário de McGill)
MMPI	Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota
PPP	Pain Perception Profile (Prontuário da Percepção da Dor)
MPAC	Memorial Pain Assessment Card (Escala de avaliação da Dor Relembrada)
IAP-T	Inventário de Aspectos Psicológicos em Portadores de Dor Crônica relacionada ao Trabalho)
SCL-90	Escala de Avaliação de Sintomas
DDS	Descriptor Differential Scale (Escala de Descritor Diferencial)
MPI	Multidimensional Pain Inventory (Inventário Multidimensional de Dor)
TP	Trabalho de Parto
T10	Décima Vértebra Torácica
L1	Primeira Vértebra Lombar
P	Parto
S2	Segunda vértebra sacral
S4	Quarta vértebra sacral
β-EP	Beta-endorfina
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
OMS	Organização Mundial de Saúde

SS	Posição Semi-Sentada
DLE	Posição Decúbito Lateral Esquerdo
LITO	Posição de Litotomia
AC	Alojamento Conjunto
CAISM	Centro de Atenção Á Saúde da Mulher
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
G I	Grau um
G II	Grau dois
G III	Grau três
OEA	Occípito-esquerda-anterior
OEP	Occípito-esquerda-posterior
ODA	Occípito-direita-anterior
ODP	Occípito-direita-posterior
OS	Occípito-sacra
OP	Occípito-púbica
GPA	Grupo de Parto Alternativo

g	Gramas
Kg	Kilogramas
cm	Centímetro
%	Percentual
mmHg	Milímetro de mercúrio
°	Grau
p	Associação estatística
=	Igual
n	Frequência absoluta
<	Maior
r	Risco
>	Menor

Tabela 1. Intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto e parto, de acordo com a posição no parto, usando as escalas Analógica-Visual (EAV) e Alfanumérica (EAN). Itapecerica da Serra/SP- 2009.....70

Tabela 2. Intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto e parto, de acordo com a posição no parto, usando como instrumento o questionário. Itapecerica da Serra/SP- 200971

Tabela 3. Comportamento durante o trabalho de parto e parto, de acordo com a posição no parto. Itapecerica da Serra/SP- 2009.....72

Apesar de não estarem ainda definitivamente determinados os mecanismos da dor durante a parturição, acredita-se que ela seja causada pelo mecanismo fisiológico do trabalho de parto; sabe-se ainda que a dor influencia o comportamento das mulheres durante este período. Este estudo teve como propósito avaliar a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento, durante o trabalho de parto e parto, de mulheres que tiveram parto normal, sem analgesia, nas posições semi-sentada, decúbito lateral esquerdo e litotomia. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e correlacional. Foram aplicados no puerpério imediato um questionário adaptado e validado e duas escalas de dor (Escala Analógica Visual - EAV e Escala Alfanumérica - EAN). Foi criado um banco de dados no programa Excel 6.0 da Microsoft. Para análise foram utilizados os testes de Qui-quadrado, Exato de Fisher, McNemar, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, Wilcoxon pareado (Wilcoxon Signed Rank-Test) e coeficiente de correlação de Spearman. Para avaliar a dor nas diferentes posições e em cada momento (trabalho de parto e parto) utilizou-se uma transformação matemática (BOXCOX) para obter distribuição normal dos dados, a fim de utilizar a ANCOVA (análise de covariância) para realizar análise com ajuste de variáveis não homogêneas entre as diferentes posições. O nível de significância foi de 5% e foi usado o software SAS versão 9.1.3. A dor diferiu entre as posições DLE e litotomia (EAV: $p=0,003$; EAN: $p=0,0003$), ou seja, as mulheres que tiveram o parto em posição de litotomia apresentaram menos dor, o que não pode ser explicado pela duração do período expulsivo, que foi semelhante para as três posições de parto ($p=0,171$). A dor estava associada com o comportamento nos dois momentos, quanto pior a dor, pior foi o comportamento. De forma semelhante, a dor no trabalho de parto estava associada com a dor no parto ($p<0,0001$), bem como o comportamento nos dois momentos ($p<0,0001$). O comportamento durante o trabalho de parto e parto, nas diferentes posições, apresentou diferença entre os grupos ($p=0,0002$ e $p=0,044$, respectivamente); uma maior proporção de mulheres referiram comportamento “excelente” ou “muito bom” no trabalho de parto e parto no grupo que teve parto na posição DLE. Houve associação tanto entre o questionário e a escala EAV, quanto entre o questionário e a

EAN, no trabalho de parto ($p < 0,0001$, para ambas) e no parto ($p = 0,0003$ e $p = 0,0027$, para EAV e EAN, respectivamente). As escalas EAV e EAN mostraram forte correlação positiva ($r = 0,8361$ $p < 0,0001$, no trabalho de parto; $r = 0,8102$ $p < 0,0001$, no parto). Portanto, concluiu-se que: a dor no trabalho de parto e no parto é considerada como suportável e dificilmente suportável; os instrumentos usados avaliam de forma equivalente a dor, sendo que o EAV e o EAN foram mais adequados para identificar diferenças; existe associação entre intensidade da sensação dolorosa e o comportamento; a dor nos dois períodos estava associada, bem como o comportamento; a dor em mulheres que tiveram parto na posição de litotomia foi menor em comparação às que tiveram o parto em DLE, e o tempo de duração do período expulsivo não explica esta diferença. Recomenda-se, portanto, estudos prospectivos, randomizados e controlados para confirmar ou não esses achados.

Palavras-chave: dor, comportamento, trabalho de parto e parto.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, área temática Saúde da Mulher.

Besides not being still definitely determined the mechanisms of pain during delivery, it is believed that it is caused by the physiological delivery labor, it is still known that the pain influences the women behavior during this period. This study had as purpose to evaluate the intensity of the painful sensation and the women behavior during the delivery labor and delivery, the women who had normal delivery without analgesia in the semi-sat position, left sided decubitus and lithotomy. It's about a descriptive, transversal and correlational study. It was applied in the immediate puerperium, an adapted and validated questionnaire and 2 pain scales (Visual Analogic Scale and Alphanumeric Scale EAN). It was created a database in the Microsoft Excel Program 6.0. For analysis it was used the tests of Chi-Square, Exact of Fisher, McNemar, Kruskal-Wallis, paired Wilcoxon (Wilcoxon Signed Rank-test) and the correlation coefficient of Spearman. To evaluate the pain in different positions and in each moment (delivery labor and delivery) it was used a math transformation (BOXCOX) to obtain normal data distribution, in order to use an ANCOVA (covariance analysis) to analyze with adjust of non homogenous variables among different positions. The significance level was 5% and the software SAS version 9.1.3. The pain differed between the positions DLE and lithotomy (EAV : $p=0.003$; EAN: $p=0.0003$), that is, the women who had the delivery in the lithotomy position presented less pain, what cannot be explained during the expulsive period, that was similar for the three delivery positions ($p=0.171$). The pain was associated with the behavior in two moments, worse the pain, worse was the behavior. In a similar way, the pain of delivery labor was associated with delivery labor ($p<0.0001$) as well as the behavior in both moments ($p<0.001$) The behavior during the delivery labor and delivery, in the different positions, presented differences between the groups ($p=0.0002$ and $p=0.044$, respectively); a bigger proportion of women referred 'excellent' or 'very good' behavior in the delivery labor and delivery in the group that had the delivery in the position DLE. There was association between the questionnaire and the scale EAV, and between the questionnaire and the EAN, in the delivery labor ($p=0.0001$, for both) and in the delivery ($p=0.0003$ and $p=0.0027$, for EAV and EAN respectively). The scales EAV and EAN showed strong positive correlation ($r=0.8361$ $p<0.001$, in the delivery labor; $r= 0.8102$ $p<$

0.0001, in the delivery). So, it was concluded that : the pain in the delivery labor and delivery is bearable and hardly bearable; the instruments used evaluate the pain in an equivalent way, being that the EAV and EAN were more adequate to identify differences; there is association between painful sensation intensity and the behavior; the pain in both periods was associated, as well as the behavior; the pain in women who had delivery in the lithotomy position was smaller in comparison to the ones who had delivery in DLE and the time during the expulsive period does not explain this difference. It is recommended, however, prospective studies randomized and controlled to confirm or not these findings.

Key words: pain, behavior, delivery labor and delivery.

1. INTRODUÇÃO

Com a possibilidade de vivenciar o processo da gravidez e do parto, notei que eles representam mais do que simples eventos biológicos: é a transição do “ser mulher” para o “ser mãe”. Esta transição representa um marco importante na vida de qualquer mulher, porém é experimentada em associação ao fenômeno biológico da sensação dolorosa advinda das contrações uterinas. Como enfermeira obstetra, observei gestantes apreensivas com a percepção da sensação dolorosa no momento do trabalho de parto e parto e mulheres no processo de parturição, que mesmo mantendo uma atitude tranqüila relataram percepção da sensação dolorosa dos níveis mais variados possíveis. Em alguns casos, ainda que as mulheres optassem pela postura ativa, houve a necessidade da utilização de um método farmacológico de alívio à dor, realizado somente no final do período de dilatação cervical conforme recomendado em literatura médica.

1.1 As dimensões da dor

Até a década de 60, a dor era considerada uma resposta sensorial inevitável à lesão tecidual. As outras dimensões da experiência dolorosa, tais como componentes afetivos, culturais, cognitivos, genéticos, e expectativas em relação à dor, eram pouco valorizadas. Nos últimos anos, grandes avanços foram feitos na compreensão dos mecanismos que são subjacentes à dor e ao seu tratamento; o papel dos fatores externos ao organismo foi esclarecido⁽¹⁾.

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define a dor como uma experiência emocional e sensorial desagradável associada à lesão tecidual real ou potencial descrita como tal. Porém, a dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo devido suas experiências. O estímulo doloroso pode ser identificado no tempo, no espaço e em relação à sua natureza; tem uma conotação aversiva desagradável e caracteriza-se pela subjetividade na sua interpretação⁽²⁾.

A existência de muitos tipos de dor pode ser compreendida pela identificação da nocicepção, da percepção dolorosa, do sofrimento e comportamento doloroso.

A nocicepção é a detecção de lesão tecidual por transdutores de sinal especializados (nociceptores) ligados a fibras por nervos periféricos do tipo A delta e C. É importante identificar as vias que conduzem o sinal desta lesão tecidual, que pode ser modulado tanto por via neural como por meio de substâncias endógenas e/ou exógenas⁽³⁾.

Esses nociceptores são encontrados nos tecidos superficiais, profundos e vísceras que, anatomicamente, se apresentam como terminações nervosas livres. Sua principal característica eletrofisiológica é o alto limiar de excitabilidade⁽⁴⁾. Quando um estímulo mecânico como o parto; térmico ou químico, intenso, potencialmente lesivo é aplicado ao organismo, os nociceptores são ativados e uma informação de agressão é encaminhada ao sistema nervoso central (SNC), a percepção dolorosa é desencadeada⁽³⁾.

A dor pode ser classificada quanto à característica de resolução, em aguda ou crônica. A dor aguda é que tem a função de alerta; a fisiopatologia bem compreendida, o diagnóstico etiológico é fácil e o controle, adequado. A dor crônica não tem função de alerta; gera estresse físico, emocional, econômico e social, e tanto o diagnóstico quanto o tratamento são mais difíceis⁽²⁾.

A dor aguda pode ser classificada em: pós-traumática, pós-operatória e obstétrica⁽²⁾. Além disso, por se tratar de um sintoma, é subjetiva, difícil de quantificar e qualificar⁽⁵⁾.

1.2 Avaliação da sensação dolorosa

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital, ou seja, a dor deve ser sempre registrada ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que são avaliados outros sinais vitais⁽⁵⁾.

A avaliação do fenômeno doloroso pode ser realizada por meio da medida de respostas fisiológicas da dor (feita em laboratório), observações de comportamentos relacionados à dor e descrições verbais ou escritas da dor⁽⁶⁾.

A dor não é mensurável, mas o comportamento doloroso resulta de dor e sofrimento, como posturas ou atitudes que visam diminuir o desconforto. Eles são observáveis por terceiros e podem ser quantificados⁽¹⁾.

Podem ser usados vários métodos para mensurar a percepção e sensação da dor. Instrumentos unidimensionais, designados para quantificar apenas a intensidade da dor, podem ser usados em hospitais e clínicas para coleta de informações rápidas não invasivas, porém válidas, sobre dor e analgesia⁽⁷⁾. Existem também os instrumentos multidimensionais que englobam os questionários, desenhos da localização da dor, inventários de aspectos psicológicos na dor e outros.

No entanto, dentre os instrumentos utilizados atualmente para avaliação da dor, inexistem alguns que permitam uma avaliação global do fenômeno doloroso, livre de vieses⁽⁶⁾.

1.3 Instrumentos para mensuração da dor

A dor é um fenômeno considerado multidimensional que envolve aspectos fisiológicos, portanto, foi necessário elaborar instrumentos que avaliem a dor conforme sua intensidade e características.

Para Pimenta e Cruz⁽⁸⁾, a avaliação psicológica do paciente com dor deve ser identificada na queixa dolorosa, além das características tais como localização, duração, intensidade, também fatores emocionais, comportamentais e culturais envolvidos na sintomatologia da dor, ou seja, os objetivos da avaliação são estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para o quadro, aquilatar as limitações e os sofrimentos advindos da dor, nortear a escolha das intervenções analgésicas e verificar a efetividade das intervenções implementadas. São vários os instrumentos utilizados para mensurar a dor.

Para a mensuração da intensidade da dor (instrumentos unidimensionais):

- Escala de Estimativa Numérica (*Numeric Rating Scale* - NRS) ou Escala Alfanumérica (EAN) – os pacientes avaliam a sua dor em uma escala de 0 a 10 ou numa escala de 0 a 5, com 0 representando "nenhuma dor" e 5 ou 10 indicando "a pior dor imaginável". Sousa e Silva⁽⁹⁾ sugerem a utilização dessa medida, para avaliação dos níveis de intensidade de dor na consulta inicial e durante todo o processo de tratamento.
- Escala Analógica Visual - EAV (*Visual Analogue Scale* - VAS) - essa medida consiste de uma linha de 10 cm, com âncoras em ambas as extremidades. Numa delas é marcada "nenhuma dor" e na outra extremidade é indicada "a pior dor possível", ou frases análogas. A magnitude da dor é indicada marcando a linha, e uma régua é utilizada para quantificar a mensuração numa escala de 0-100 mm.

De acordo com Huskisson⁽¹⁰⁾ este instrumento tem sido considerado sensível, simples, reproduzível e universal, ou seja, pode ser compreendido em distintas situações onde há diferenças culturais ou de linguagem do avaliador, clínico ou examinador.

Entretanto, Collins⁽¹¹⁾ menciona um estudo em que foi verificado que uma marca acima de 3 cm numa escala de 10 cm poderia incluir 85% dos sujeitos que estimaram sua dor como moderada numa escala de categorias de 4 pontos, e 98% dos sujeitos que registraram dor severa. Para Sousa e Silva⁽⁹⁾ isto indica que, uma estimativa acima de 3cm é razoavelmente fidedigna para incluir pacientes com dor severa, mas, ela também pode abarcar pacientes com dor moderada ou menos. Isto demonstra que a EAV pode ser útil para comparar um paciente com ele próprio ao longo do tempo, mas, é menos confiável em comparar indivíduos um com o outro.

Outra observação feita por Sousa e Silva⁽⁹⁾ diz respeito à posição (horizontal ou vertical) da linha dessa escala. Pacientes com dor lombar tem interpretado a linha vertical como sendo sua coluna cervical e então colocam uma marca na linha para descrever a localização de sua dor, ao invés de indicar a intensidade da dor percebida.

No entanto, esses autores também referem que há uma crescente evidência da fidedignidade e validade deste método.

- Escalas de Categorias Verbais ou Visuais (*Verbal-Visual Rating Scale - VRS*) - nestes tipos de escala os pacientes estimam a intensidade da dor utilizando descritores verbais ou visuais. Exemplos de descritores visuais são a Escala Facial de Dor (*Face Pain Scale - FPS*) para adultos e crianças e a Escala de Faces de Wong Baker para crianças.

Hicks et al.⁽¹²⁾ desenvolveram uma escala de faces em que o próprio paciente, por meio de tecnologia computacional, manipula a face que está na tela do computador de acordo com a intensidade da dor que está sentindo ("nenhuma dor" e "dor muito intensa").

- Escalas (Categoria - Razão) de Borg para mensuração da dor (*Borg CR Scales*) - esta escala é utilizada quando o objetivo é acompanhar alterações da intensidade da dor num mesmo indivíduo ou as respostas de uma mesma pessoa pré e pós-tratamento. Segundo Sousa e Silva⁽⁹⁾ a Escala de Borg (CR-10) foi construída tendo como fundamentos as escalas de razão, o modelo dos efeitos da amplitude dos estímulos-categorias, a semântica quantitativa além das relações com o método de estimação de magnitude.

Alguns estudos têm avaliado a fidedignidade e validade desta escala. Cook et al.⁽¹³⁾ consideraram a Escala de Borg válida e fidedigna na avaliação da intensidade da dor e nos valores extremos da dor durante o exercício físico. Além disso, verificaram uma certa preferência dos pacientes à esta escala em comparação a EAV.

Sousa e Silva⁽⁹⁾ consideram ainda que a CR-10 é uma escala compreensível para a grande parte das pessoas, além de poder ser aplicada a maioria dos pacientes em diferentes situações. Como possui âncoras verbais, este instrumento além de ser utilizado para medir a intensidade da dor pode ser também empregado para avaliar percepções, sintomas e emoções.

Para medida das múltiplas dimensões da dor (instrumentos multidimensionais):

- Instrumento de Avaliação Inicial da Dor (*Initial Pain Assessment Inventory* - IPAI) - de acordo com McCaffery⁽¹⁴⁾, esta escala foi desenvolvida para obter informações a respeito das características da dor, a maneira como o paciente a expressa e os efeitos dela sobre o seu cotidiano. Além dessas características, o referido instrumento possui uma escala para indicação da intensidade e um diagrama para localização da dor. Salienta ainda, que não foram encontradas informações psicométricas de validade e fidedignidade.
- Desenho da Localização da Dor (*Pain Drawing* - PD) - o desenho da localização da dor nos fornece uma representação gráfica do local onde o paciente está sentindo dor e sua distribuição. Sousa e Silva⁽⁹⁾ indicam que esse tipo de escala apresenta fidedignidade deficitária.
- Questionário de McGill (*McGill Pain Questionnaire* - MPQ) - é uma escala multidimensional que avalia a experiência dolorosa nas dimensões: sensorial, afetiva e avaliativa e é baseada em palavras que os pacientes selecionam para descrever sua dor.

Sousa e Silva⁽⁹⁾ referem que a eficácia dessa escala tem sido demonstrada através da validade convergente, apresentando correlação significativa entre o Inventário Breve de Sintomas e o Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota (MMPI) no que diz respeito à dimensão afetiva. Em relação à dimensão sensorial (intensidade da dor) do Questionário de McGill há uma correlação evidente com os escores encontrados na EAV.

Esses autores ainda referem que alguns estudos encontraram que as três dimensões operam independentemente. Além disso, Melzack e Katz⁽¹⁵⁾ referem que diversos tipos de coeficientes de fidedignidade e de validade foram avaliados. Contudo, como mencionam Pimenta e Cruz⁽⁸⁾ o Questionário de McGill apresenta algumas limitações, dentre elas a desproporção entre a quantidade de descritores nas três dimensões (sensitiva, afetiva e avaliativa) do questionário e incerteza de que exista ordem sutil de intensidade crescente dentro do mesmo agrupamento e a complexidade

das palavras. Sousa e Silva⁽⁹⁾ também ressaltam que o MPQ fornece informações a nível ordinal em vez de intervalar. Além disso, há uma prevalência de descritores sensitivos e o doente poderia ser induzido a escolher maior número de descritores sensitivos. Outra limitação do MPQ é que este não fornece dados quantitativos sobre a dor, por outro lado, é um instrumento considerado válido para a mensuração da severidade da dor.

- Prontuário da Percepção da Dor (*Pain Perception Profile - PPP*) - é um instrumento multidimensional e seu objetivo é fornecer dados quantitativos em relação às diferentes dimensões da experiência dolorosa. Este prontuário é composto de quatro partes. A primeira parte mensura os limiares de detecção, de tolerância e de desconforto e a segunda parte utiliza o método de estimação de magnitude para estabelecer a função, relacionando as estimativas do sujeito para uma série controlada de intensidades físicas de estímulos elétricos. A parte três utiliza técnicas psicofísicas para quantificar a avaliação do sujeito nas diferentes dimensões da experiência dolorosa. Não foram encontradas informações psicométricas em relação a essa medida⁽⁶⁾.
- Escala de Avaliação da Dor Relembrada (*Memorial Pain Assessment Card - MPAC*) - este instrumento tem como objetivo realizar uma avaliação breve da intensidade da dor, de seu alívio e do estresse psicológico por ela. Esta escala é composta por oito descritores de dor e três escalas analógicas visuais que tem como finalidade medir a intensidade da dor, o alívio e os sentimentos ligados à ela.

Fishman et al.⁽¹⁶⁾ demonstraram por meio de análises de correlação e de regressão múltipla que a MPAC pode diferenciar a intensidade da dor do seu alívio e do estresse psicológico geral, fornecendo assim uma avaliação multidimensional. Estes pesquisadores também consideram que a MPAC é válida e eficaz para o uso clínico.

No que concerne a validade concorrente o MPAC tem sido correlacionado com o MPQ e com a EAV, demonstrando correlações significativas⁽¹⁷⁾.

- Inventário de Aspectos Psicológicos em Portadores de Dor Crônica relacionada ao Trabalho (IAP-T) - este inventário desenvolvido por Frutuoso⁽¹⁸⁾ investiga aspectos psicológicos associados às síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho. Possui 103 itens agregados em cinco dimensões: ansiedade; transtornos somatoformes; depressão; habilidades sociais e bem estar no trabalho. A consistência externa foi calculada verificando as correlações entre os itens das dimensões: ansiedade, depressão e transtorno somatoforme do IAP-T com os itens da ansiedade, depressão e somatização do SCL-90. Nesse processo de validação externa, os valores de alfa de Cronbach ficaram próximos de um, indicando alta correlação e consistência externa para as três dimensões (ansiedade, depressão e somatização).
- Escala de Descritor Diferencial (*Descriptor Differential Scale* - DDS) - Este instrumento mede o componente sensorial e afetivo da experiência dolorosa. Ao sujeito é mostrado uma relação com 12 descritores da intensidade da dor, que dizem respeito à dimensão sensorial e outros 12 descritores que são relacionados ao desprazer causado pela dor (dimensão afetiva).

Gracely e Dubner⁽¹⁹⁾ consideram que a DDS satisfaz os critérios psicométricos de fidedignidade, objetividade e consistência escalar, além de gerar dados que denotam sua validade como uma medida da intensidade da dor clínica e experimental.

- Inventário Multidimensional de Dor (*Multidimensional Pain Inventory* - MPI) - este inventário compreende informações sobre as condições físicas, psicossociais e comportamentais de pacientes com dor crônica. Este instrumento é composto de três partes. A primeira consta de 28 itens que são distribuídos em cinco escalas numéricas de sete pontos: 1) registros da severidade da dor; 2) percepção da extensão em que a dor interfere com o seu próprio estilo de vida; 3) controle de vida percebido; 4) agonia afetiva e, 5) apreciação da quantidade de suporte recebido de pessoas íntimas. A segunda parte do inventário consta de 14 itens

distribuídos em três níveis de uma escala numérica de seis pontos que varia de "nunca" a "muito freqüentemente": 1) respostas de punição; 2) respostas de solicitação e, 3) respostas de distração. A terceira parte diz respeito à freqüência com que determinadas atividades cotidianas são desempenhadas pelos pacientes. É composta por 19 itens distribuídos em quatro escalas numéricas de seis pontos: 1) trabalhos caseiros; 2) trabalhos externos; 3) atividades fora de casa e, 4) atividades sociais.

Foi realizada uma análise fatorial confirmatória aos itens da primeira parte e uma análise fatorial exploratória aos itens da segunda e terceira partes. A análise fatorial confirmatória confirmou uma importante relação com a estrutura da versão original americana. Isso significa que os resultados desta análise comprovam a possibilidade de utilização do MPI em diferentes culturas e em pesquisas interculturais⁽⁹⁾.

Ainda em revisão de literatura, Fontes e Jaques⁽²⁰⁾ notaram que a enfermagem pode utilizar várias escalas para mensurar a intensidade da dor do paciente, sendo que cada uma tem suas vantagens e limitações. É importante realizar a escolha de escalas a serem utilizadas de acordo com a idade, habilidades de comunicação, prejuízo cognitivo e físico do paciente, devem-se utilizar instrumentos simples e de fácil manuseio, por coerência, seria melhor usar o mesmo instrumento durante toda internação do paciente.

Os mesmos autores lembram que instrumentos complexos podem dificultar a aplicação pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo mais bem conduzidos pelo enfermeiro durante a realização do exame físico e raciocínio clínico⁽²⁰⁾.

Observaram também que os instrumentos unidimensionais são freqüentemente utilizados em clínicas e hospitais para se obter informações rápidas sobre a dor e analgesia, entre as escalas unidimensionais mais utilizadas, destacam-se a escala visual numérica (EVN) e a escala de categoria verbal ou visual (EAV). Instrumentos unidimensionais são de fácil aplicação, porém não são sensíveis aos componentes afetivos da dor, sendo necessária a utilização de outros instrumentos de avaliação⁽²⁰⁾.

Uma revisão bibliográfica realizada por Andrade et al.⁽²¹⁾ sobre os instrumentos utilizados para a mensuração de dor em idosos concluiu que dos instrumentos unidimensionais como escala verbal, alfanumérica, analógica-visual, faces e Questionário de Dor de McGill (MPQ) podem ser aplicados em pacientes idosos apesar de não serem padronizados para tal. Concluíram que os instrumentos unidimensionais quantificam a dor, porém, são criticados por não possibilitarem mensuração multidimensional dessa experiência. São facilmente administrados e requerem pouco tempo, treinamento ou experiência para a obtenção de dados. Mostraram-se fidedignos e viáveis para mensuração da dor em idosos saudáveis. Avaliações psicométricas das escalas de intensidade mostraram que a Escala Numérica, Escala Verbal, Escala de Faces e EAV podem ser apropriadas para mensuração da dor em idosos, porém necessitam de algumas modificações para adaptar à habilidade particular do idoso como ler, ouvir, entender e outros.

Outra revisão bibliográfica realizada por Nogueira et al.⁽²²⁾ abordando a dor pélvica crônica em mulheres, identificou que os instrumentos utilizados para a mensuração clínica da dor que são aplicáveis tanto em pesquisa científica quanto na clínica aplicada são: EAV - mais utilizada na prática clínica, pela exequibilidade, rapidez e aplicação clínica; Escala alfanumérica; questionário de McGill – apesar de aparente complexidade, ele permite à paciente retratar com mais riqueza de detalhes sua experiência dolorosa e deixa-a segura quanto ao fato de transmitir ao médico o que ela realmente está sentindo. Encontraram ainda escala para avaliar a dispareunia e a dismenorréia.

1.4 A dor no parto

A experiência da dor no trabalho de parto é uma resposta multidimensional, subjetiva e complexa, ao estímulo sensorial gerado durante o processo de parto. Ao contrário de outras experiências de dor crônica ou aguda, a dor no parto não está associada com uma doença, mas com o nascimento de um novo ser. A dor no parto ocorre no contexto de uma fisiologia e psicologia individual da mulher, e da sociologia

da cultura que acerca. Essa cultura inclui não apenas as crenças, costumes e padrões de sua família ou comunidade, mas também aquela do sistema de saúde e de seus profissionais⁽²³⁾.

Uma vez estabelecido o parto normal como a melhor escolha para o processo do nascimento, muitas outras vertentes de investigação se apresentam, sendo que uma delas, de grande significado para a atenção à mulher, é a que trata da assistência à parturiente no controle da dor do parto. Esse foi o tema de um grande simpósio realizado em 2002, nos Estados Unidos, cujo título, "A natureza e gerenciamento da dor no parto", reflete a importância dos estudos realizados na área, com a finalidade de aumentar a satisfação da mulher na vivência do processo de parturição⁽²⁴⁾.

1.5 A percepção da sensação dolorosa no primeiro período do parto

Em relação à intensidade da dor, a dor sentida pelas mulheres no trabalho de parto e parto é amplamente variável, e está sujeita a influências psíquicas (comportamental), temperamentais (motivação), culturais (educação), orgânicas (genes) e aos possíveis desvios da normalidade (estresse), além de fatores outros tais como distócias, que podem aumentá-la, e liberação de endorfinas, que pode diminuí-la. É possível encontrar relatos de que a dor sentida durante o parto seja de menor intensidade, quando comparada àquela do trabalho de parto, ou vice-versa. Também descrevem, que nos vários períodos de parto não há necessariamente modificação na intensidade da dor⁽²⁵⁾.

O Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral⁽²⁶⁾ recomenda alguns princípios gerais no tratamento da dor tais como evitar a demora, tratar a dor de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa, abordar os problemas: físicos, psicológicos, espirituais e sociais.

Estudando uma população que recebeu um curso de preparo psicológico e físico para o trabalho de parto e parto, Sabatino et al.⁽²⁷⁾ observou que 81,6% das mulheres descreveram como suportável ou muito suportável a sensação dolorosa

durante o trabalho de parto e 61,1% das mulheres relataram a mesma percepção durante o parto.

Apesar de não estarem ainda definitivamente determinados os mecanismos da dor durante a parturição, acredita-se que sejam causados por:

- Distensão cervical no trabalho de parto: o estiramento de qualquer músculo liso é estímulo comum da dor visceral, embora se saiba que a porcentagem de fibras musculares da cérvix é de 10%. Há estreita correlação entre intensidade dolorosa do trabalho de parto (TP) e o grau de dilatação cervical⁽²⁸⁾. E também entre a presença de um retardo da percepção dolorosa após o início da contração uterina (15 a 30s), e o tempo em que a contração causa a distensão do colo⁽²⁷⁾.
- Contração e distensão uterina do miométrio: ambas contribuem pouco na dor da parturição. Não se comprovou a hipótese inicial de que a compressão das terminações nervosas situadas no miométrio, e as isquemias durante a contração, possam ser estímulo de dor⁽²⁹⁾. Da mesma forma, não se tem evidência de que a atividade uterina possa causar algum grau de lesão inflamatória nos músculos uterinos, provocando dor⁽³⁰⁾. Há possibilidade de que a compressão e tensão do miométrio estimulem os receptores mecânicos de alto limiar de excitação, apesar de este limiar ficar diminuído quando estimulados repetidamente. Também é possível a contração uterina determinar algum grau de lise celular e liberar substâncias algógenas, as quais são difundidas no espaço extracelular e estimulam os receptores mecânicos e polimodais⁽³¹⁾.
- Distensão e compressão das terminações sensitivas somáticas das estruturas perineais: durante o período expulsivo, podem provocar dor⁽³¹⁾.
- Outros fatores como a estimulação de pressorreceptores sensíveis a estímulos nocivos de fibras localizados nos anexos uterinos, peritônio parietal, bexiga, uretra, reto e raízes do plexo lombo-sacro também podem estar envolvidos⁽³²⁾.

Com base no estudo de vários autores, Lowe⁽²³⁾ afirma que durante a fase de dilatação, predomina a dor visceral, com estímulo doloroso (nociceptivo) proveniente do mecanismo de distensão segmento uterino inferior e dilatação cervical. Mecanorreceptores no miométrio podem também gerar estímulo nociceptivo em resposta a contrações uterinas, particularmente nos trabalhos de parto longos, procrastinados. O aumento da intensidade da dor comumente observada com o progresso da dilatação pode ser particularmente atribuível a uma diminuída ativação nos mecanorreceptores e a estimulação de quimiorreceptores produzida pela repetida estimulação das contrações uterinas. Estes estímulos nociceptivos da fase de dilatação são predominantemente transmitidos para a raiz nervosa posterior ganglionar em nível de T10 a L1. De forma similar a outros tipos de dor visceral, a dor no parto (P) pode progressivamente ser referida para a parede abdominal, região lombossacral, cristas ilíacas, região glútea e coxas.

Um estudo analítico realizado com 75 mulheres que se submeteram ao parto normal e foi analisado o efeito da deambulação durante o trabalho de parto, após o uso de formulário de registro e uso da Escala Alfanumérica (EAN), constatou-se que quando o trabalho de parto progride dentro da fase pélvica do parto, estas mesmas características podem conduzir a uma percepção aumentada de dor como resultado da velocidade e rapidez com que o feto freqüentemente desce através da pelve materna⁽³³⁾.

Em 34 gestantes que durante o trabalho de parto estiveram deambulando, Flynn e cols.⁽³⁴⁾, encontraram um valor médio de 55,53 mmHg relacionado à intensidade das contrações em comparação com outro grupo com o mesmo número de parturientes, que permaneceu em decúbito durante o trabalho de parto, que este valor foi de 46,54 mm Hg, diferença estatisticamente significativa.

Após ter observado 19 mulheres em trabalho de parto e parto por meio de um estudo descritivo com abordagem qualitativa tendo como eixo condutor os fundamentos teóricos, Davim⁽³⁵⁾ notou que há necessidade de aprimoramento da prática obstétrica voltada para a dor de parto, em especial na sua fase ativa, onde as mulheres relatam maior dor.

1.6 A percepção dolorosa no segundo período do parto

No final da primeira fase e início da segunda fase do trabalho de parto, a dor somática predomina devido à distensão e tração das estruturas pélvicas ao redor da cúpula vaginal e da distensão do assoalho pélvico e períneo. Estes estímulos são transmitidos via nervo pudendo através dos ramos anteriores de S2 a S4. No corno dorsal da medula espinhal, os estímulos nociceptivos são processados e transmitidos via o trato espinotalâmico para o tálamo, tronco cerebral, e cerebelo, onde ocorre a análise espacial e temporal, e para os sistemas hipotalâmico e límbico, onde se originam as respostas emocionais (afetivas) e autonômicas⁽³⁶⁾.

Liberação de substâncias endógenas (alorfinas), em certas circunstâncias, pode diminuir a sensação dolorosa. Sua fórmula, similar à morfina, justificaria sua ação analgésica⁽³⁶⁾. A possibilidade de cada mulher poder secretar em maior ou menor proporção estas substâncias explicaria, em grande parte, a maior ou menor intensidade da dor sentida durante as contrações uterinas e também o porquê da sensação dolorosa variar de um momento para o outro durante o parto, numa mesma mulher⁽³⁷⁾.

Após um longo período de estudo, Hofmeyer et al.⁽³⁸⁾ e Fajardo et al.⁽³⁹⁾ afirmam que existe associação entre os níveis de beta-endorfina (β -EP) e o estresse fisiológico durante o trabalho de parto. Os níveis de β -EP e de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) são mais altos no plasma materno, estando intimamente inter-relacionados durante o trabalho de parto e até 24 horas após o parto.

Uma pesquisa realizada com a finalidade de descrever o papel fisiológico do ACTH no mecanismo do estresse, em resposta à dor, durante o trabalho de parto, mostrou um grande aumento nas concentrações de β -EP e ACTH. As concentrações aumentadas dos hormônios β -EP e ACTH estão relacionadas com o aumento do estado de ansiedade e a dor subjetiva durante o trabalho de parto e o seu declínio no pós-parto, com a abolição da dor⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾.

1.7 O alívio da dor

Hoje, com a ampliação dos conhecimentos, dos mecanismos fisiológicos que geram a dor durante o parto, diversos pesquisadores aconselham a utilização de métodos que permitam vencer de uma maneira natural o desafio da dor⁽⁴²⁾.

Apesar do otimismo na utilização destes métodos, a prática diária demonstra que nem sempre podem ser atingidos os objetivos postulados. Atualmente faz-se necessária a utilização de recursos efetivos para o combate da dor, com o mínimo de seqüelas para a mãe ou concepto.

1.8 Os métodos farmacológicos de alívio à dor

A medicina fornece métodos analgésicos e anestésicos que, se criteriosamente utilizados, constituem poderosos recursos para o controle da dor. Porém, estes métodos não estão isentos de inconvenientes como o alto custo operacional, as limitações do tempo de duração das anestésias e, principalmente, as prováveis iatrogenias existentes relacionadas, geralmente, à técnica incorreta de administração dessas drogas⁽⁴³⁾.

Um dos possíveis motivos do aumento de cesáreas sem causa médica é a falta de resultados concretos dos métodos psicoprofiláticos utilizados para eliminar ou mesmo atenuar as dores do parto. As limitações próprias destes métodos exigiram uma solução mais direta (analgesia) para evitar a dor, porém, menos natural. Isto trouxe como conseqüência, um grande aumento de intervenções cirúrgicas, sem deixar fluir o início do trabalho de parto de modo espontâneo e sem que exista uma indicação médica que justifique a realização de tal procedimento⁽⁴³⁾.

Há também, quem recomende a utilização de analgesia para a realização do parto normal, defendendo a necessidade de orientar a mulher sobre os riscos e benefícios causados pelos anestésicos. Para exemplificar, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor da Direção Geral de Saúde em 2001 contempla especificamente a dor de parto. Este documento recomenda a utilização de anestesia epidural e aponta a

necessidade de informar as futuras mães acerca desta técnica, no sentido de proporcionar uma escolha consciente. Apresenta ainda as vantagens e riscos da analgesia epidural e dá indicações particulares para a sua utilização⁽⁴⁴⁾.

1.9 Métodos não farmacológicos de alívio à dor

Na prática obstétrica, observa-se que a ansiedade e a dor da parturiente parecem ser amenizadas mediante utilização de Métodos de Preparo para o Parto. Vários métodos não invasivos e não farmacológicos têm sido eficaz e indicados para aliviar a dor durante o trabalho de parto e parto.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera essencial que sejam explorados os métodos não-farmacológicos de alívio da dor, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. Estes métodos são classificados pela OMS como Categoria C – práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão. Dentre os métodos considerados não farmacológicos de alívio a dor, pontuamos: massagem, banho, presença contínua de acompanhante, explicação e orientação antecipada de procedimentos, liberdade para assumir a posição desejada durante o trabalho de parto e outros⁽⁴⁵⁾.

A estimulação cutânea (massagem) é uma técnica utilizada que promove alívio da dor por promover relaxamento fisiológico, ativação de mecanismos inibitórios da dor, atuando principalmente no bloqueio ou diminuição da transmissão de impulsos dolorosos⁽⁴⁶⁾. Há ativação de fibras do sistema proprioceptivo, estimulação do sistema supressor de dor e inibição da condução do impulso nervoso em nível medular⁽⁴⁷⁾. Utilizada durante o trabalho de parto funciona como uma estimulação táctil agradável que combate o estímulo doloroso desagradável. Quando associada a movimentações, mudanças de posições e respiração, pode ser de grande valia tanto para o controle da dor no trabalho de parto quanto para o parto⁽⁴⁸⁾⁽⁴⁹⁾.

Hidroterapia (banho de aspensão, banho de imersão ou ducha): utilizado durante o trabalho de parto e o parto, promove conforto e relaxamento com diminuição

de adrenalina e aumento de ocitocina e endorfinas. A Água morna resulta em vasodilatação periférica com relaxamento muscular e alívio da dor⁽⁵⁰⁾. O banho morno tanto de aspersão quanto de imersão, no alívio da dor durante o trabalho de parto tem as vantagens de reduzir e postergar o uso de fármacos no controle da dor, proporcionando condições para a colaboração ativa da parturiente⁽⁴⁵⁾⁽⁵¹⁾.

A aplicação do calor, reduz a dor por diminuir a isquemia tecidual por meio do aumento do fluxo sanguíneo e do metabolismo da região e diminuição do tono vasomotor. O calor também melhora as propriedades viscoelásticas do tecido conectivo, produz alívio da rigidez articular, alivia o espasmo muscular⁽⁴⁷⁾.

A utilização da crioterapia (utilização do frio em formas líquida, sólida ou gasosa) tem como mecanismo de ação o frio para alívio de dor, que este reduz a transmissão de dor das fibras, diminui a excitabilidade nas terminações livres, abaixa o metabolismo celular tecidual localizado, aumentando o limiar de dor das fibras, age como contra-irritante e estímulo de liberação de endorfinas, proporciona vasoconstricção impedindo o extravasamento plasmático por ocasião dos traumatismos, apresenta uma ação analgésica em consequência da diminuição na velocidade de propagação dos estímulos nociceptivos, promove o aumento da circulação periférica quando o estímulo é retirado, reduz a produção de histamina que determina o aumento da permeabilidade dos vasos, diminui a dor, a atividade enzimática e o espasmo muscular⁽⁴⁾. É relevante a eficácia da crioterapia na obtenção de alívio da dor em parturientes. Mesmo fazendo uso de solução analgésica as parturientes continuavam a referir dor forte, enquanto que a crioterapia proporcionou-lhes alívio ou melhores condições de suportar a dor⁽⁵²⁾.

O método de vibração é um modo de massagem elétrica, que pode ser vigorosa ou não. Os possíveis mecanismos de ação assemelham-se aos da massagem e de outros métodos de estimulação cutânea. Podem ser utilizados para diversos tipos de dor, especialmente as musculares. O vibrador deve ser aplicado nas regiões dolorosas e em regiões contralaterais. A vibração não deve ser dolorosa⁽⁴⁷⁾.

A *Terapia Cognitivo Comportamental* se baseia no princípio de que afeto e comportamento são determinantes na avaliação subjetiva de eventos. Assim, o

processo do pensamento tem um papel importante na determinação do comportamento e nas reações emocionais. As falsas crenças, atribuições etiológicas inadequadas, concentração excessiva da atenção, presença de expectativas impróprias, medos infundados, pensamentos negativos, distorção das informações e dos conceitos, são características cognitivas que podem influenciar dramaticamente a percepção dolorosa e a resposta a ela⁽⁵³⁾.

Desse modo, a psicoterapia durante o pré-natal objetiva corrigir as distorções negativas de crenças e convicções das gestantes, assim como atitudes relativas a si mesma, suas capacidade físicas durante o parto. Trocas de informações, auto-avaliação se conseguem utilizando novas estratégias de enfrentamento, identificando sentimentos e pensamentos negativos associados à dor e incapacidades, demonstrando conexões sustentadas por pensamentos e sentimentos positivos⁽⁵⁴⁾.

A Técnica de relaxamento pode ser definida como o estado de relativa ausência de ansiedade e tensão muscular. Há diminuição do consumo de oxigênio, do tônus muscular, da pressão arterial, da freqüência respiratória e cardíaca, aumento da freqüência de ondas tipo alfa, entre outras ondas do traçado eletroencefalográfico. Técnicas de relaxamento podem ser agrupadas de acordo com o procedimento inicialmente utilizado: relaxamento respiratório, relaxamento progressivo, auto-relaxamento, imaginação dirigida e meditação. Tais estratégias podem ser utilizadas em associação⁽⁴⁷⁾.

Como citado acima, o método de *respiração* tem como protagonistas Read e Lamaze, que utilizam o princípio da teoria de Pavlov e visa construir um novo reflexo condicionado à parturiente: respiração-relaxamento no momento da contração uterina. Desviando a atenção para a respiração consciente, permite que a parturiente se distraia das dores e das contrações uterinas e passe a se concentrar na respiração e relaxamento⁽³²⁾.

O método de hipnose é um estado alterado de consciência, no qual a mente interpreta a imaginação como realidade. A hipnose é absorção da atenção do sujeito: a atenção seria focalizada através de uma indução ou de uma auto-indução, absorvendo a atenção da mente consciente, dando a oportunidade à mente inconsciente de se

manifestar através dos fenômenos hipnóticos. Um estado de consciência diferente do estado de vigília e pode ocorrer no dia- a-dia, quando se está acordado, no entanto, é diferente de estar simplesmente em vigília. Este método tem demonstrado reduções significativas do uso de analgesia durante o trabalho de parto⁽⁵⁵⁾.

A acupuntura é um método alternativo bastante utilizado para alívio da dor. Seu mecanismo de ação se explica por produzir analgesia através da liberação de endorfinas pelo SNC. Acredita-se que os estímulos gerados nos acupontos agem em diferentes níveis do SNC. As mudanças fisiológicas desencadeadas pela acupuntura incluem um aumento significativo do fluxo sanguíneo das áreas do SNC como córtex somatossensorial e tálamo, uma região do SNC responsável pelo processamento de impulsos nervosos relacionados à dor, temperatura e tato⁽⁵⁶⁾. Ocorre então a formação de um arco reflexo com aumento da liberação de opióides endógenos que podem ativar, por exemplo, receptores opióides na Substância Cinzenta Pariaquedutal, uma área mesencefálica relacionada à Via Descendente Antinociceptiva⁽⁵⁷⁾. É possível verificar a liberação de opióides como endorfinas, encefalinas e dimorfinas no líquido cefaloraquidiano, podendo ser um dos mecanismos de modulação da passagem da mensagem dolorosa e resultando no efeito analgésico da acupuntura⁽⁵⁸⁾.

A Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS) é um método não farmacológico de alívio o dor utilizado também em mulheres durante o trabalho de parto e parto. Produz analgesia através da colocação de dois eletrodos superficiais nos dermatômos correspondentes a T10 a L1 lateralmente a linha mediana e mais dois eletrodos no nível das vértebras S2 a S4. O estímulo elétrico consiste de impulsos bifásicos que variam quanto à amplitude e freqüência conforme a intensidade da dor⁽⁵⁹⁾. Este método apresenta alívio da dor em mulheres durante todo o período de trabalho de parto, evitando o uso de analgesia bem como, mulheres que apresentam alívio da dor por um período longo na fase ativa do trabalho de parto, considerando que nesta fase a dor aumenta em associação à dilatação cervical⁽⁶⁰⁾.

1.10 A posição da mulher e a sensação dolorosa

Há mulheres que optam durante o parto pela posição vertical. Alguns estudos indicam que a posição vertical é uma posição favorável para acelerar o processo de dilatação, minimizando o sofrimento causado pelas contrações uterinas e evitando a necessidade do uso de anestésicos. Uma pesquisa realizada com mulheres que não receberam preparo para o parto durante o pré-natal, demonstrou que o corpo em movimento e na posição vertical durante o trabalho de parto evitou ou retardou o uso da anestesia, portanto, acredita-se que orientar a postura e a mobilidade adequada à parturiente influencia de maneira positiva a fase ativa do trabalho de parto: aumenta a tolerância da parturiente à dor, evitando o uso de fármacos durante o trabalho de parto e melhora a evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa⁽⁶¹⁾.

Basile⁽⁶²⁾ realizou um estudo randomizado com 81 mulheres que tiveram o parto em DLE e 77 mulheres em posição SS. As mulheres que tiveram o parto em DLE apresentaram menor frequência de contrações uterinas sem alteração da duração do segundo período clínico do parto, menos edema vulvar (13,6%), menos ocorrência de episiotomia (16%) e maiores valores de hemoglobina na alta. As que tiveram o parto SS apresentaram maior frequência de contrações uterinas, edema vulvar (29,9%) e episiotomia (35,1%) e valores menores de hemoglobina 40 horas após o parto. Porém em DLE, as mulheres apresentaram 37% de laceração de lábios vaginais em comparação com 19,5% das mulheres em SS.

A mesma autora concluiu que em DLE existe maior risco de laceração de lábios e em SS os riscos são de maior frequência de contrações uterinas, edema vulvar e episiotomia e valores menores de hemoglobina 40 horas após o parto.

1.11 O comportamento e a dor

Um estudo realizado no Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher na Universidade Estadual de Campinas, Sabatino et al.⁽²⁷⁾ afirma que a preparação psicofísica é eficaz, pois comprova que quase todas as mulheres após esta preparação,

apresentam durante o trabalho de parto comportamento considerado adequado (excelente, muito bom e bom), no parto vertical sem solicitação de analgesia. Durante o parto há alguns casos em que as mulheres, consideram seus comportamentos como inadequado (regular e mau), porém ainda mantém alto o índice anterior.

1.12 A experiência dolorosa na memória da mulher

A experiência dolorosa no momento do parto tem significado importante na memória da mulher.

Conforme um estudo sobre a dor sentida durante o trabalho de parto e parto realizado por Niven⁽⁶³⁾ aplicando dois instrumentos de avaliação da dor em 33 mulheres, permitiu descobrir que todas as mães, passado três a quatro anos, são capazes de recordar o parto e de completar as escalas de avaliação da dor, sendo que a memória da experiência de parto é bastante exata e correlaciona-se altamente com o relato que se fez no momento do parto.

Por sua vez, Algom e Lubel⁽⁶⁴⁾ desenvolveram uma pesquisa com 69 mulheres para avaliar a acuidade da percepção dolorosa associada à contração uterina bem como a acuidade da memória associada às mesmas contrações uterinas após o parto. Após proceder a monitorização das contrações uterinas, observaram que durante o parto as mulheres têm correta percepção da sensação dolorosa associada às contrações uterinas. Verificaram ainda, que a experiência de dor relatada através da memória é bastante semelhante à experiência perceptiva e espelha da mesma forma os dados fisiológicos de intensidade da contração uterina. Comprovaram após seis meses do parto, quando aplicaram a mesma escala de dor e as mulheres foram capazes de responder dados semelhantes aos observados no parto durante monitorização e registro da percepção dolorosa.

Portanto, a sensação dolorosa percebida no momento do parto preserva-se na memória por muito tempo após a experiência vivida.

O mesmo foi observado no estudo realizado por Robson e Kumar⁽⁶⁵⁾ onde observaram que o envolvimento emocional da mãe com o bebê é significativamente mais demorado quando o parto é muito doloroso.

Waldenstrom⁽⁶⁶⁾ procurou investigar o modo como as mulheres recordam a dor sentida durante o parto em dois momentos: no segundo mês do puerpério e um ano após o parto. Para isso seguiu uma mostra de 2428 mulheres recrutadas no início da gravidez. Verificou que 42% das mulheres fizeram a mesma avaliação da intensidade da dor sentida. Um ano após o parto, 35% das mulheres recordam a dor de forma menos severa e 18% de forma mais severa.

Frente ao exposto indaga-se: A dor no trabalho de parto difere daquela percebida durante o parto (período expulsivo)? O comportamento apresentado pela mulher (que é mais facilmente observável pela enfermagem e médicos que a assiste) tem correspondência com a sensação dolorosa? A posição durante o parto altera a sensação dolorosa?

Com a finalidade de responder a estas questões, esta pesquisa propôs estudar a dor e o comportamento de mulheres atendidas em uma maternidade pública da região metropolitana de São Paulo e que tiveram parto normal, sem uso de ocitocina ou analgesia, nas posições semi-sentada e em decúbito lateral esquerdo e litotomia.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento, durante o trabalho de parto e parto, de mulheres que tiveram parto normal, sem analgesia, nas posições semi-sentada, decúbito lateral esquerdo e litotomia.

2.2 Específicos

- Descrever a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento durante o trabalho de parto e parto de mulheres que tiveram o parto nas posições semi-sentada, decúbito lateral esquerdo e litotomia.
- Verificar se existe associação entre a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento durante o trabalho de parto e parto.
- Averiguar se a sensação dolorosa e o comportamento referidos pela mulher têm associação com o trabalho de parto e parto.
- Verificar se a posição materna durante o parto (período expulsivo) interfere na intensidade da sensação dolorosa e no comportamento.

3. ARTIGO

Dor e Comportamento de Mulheres durante o Trabalho de Parto e Parto*

Pain and Behavior of Women during the Labor and Childbirth
El dolor y Comportamiento del Mujeres durante lo trabajo del parto e parto

Evenise Nilsen¹

Hugo Sabatino²

Maria Helena Baena de Moraes Lopes³

*Extraído da dissertação "Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2009.

¹ Enfermeira Obstetra. Mestranda pela Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP.

Endereço: R. Alaor C. de Oliveira, 171 – Parque São Bento – Limeira-SP. Telefone: (19) 3441-8459. Endereço eletrônico: e025825@dac.unicamp.br

² Professor Associado do Departamento de Tocoginecologia da FCM- UNICAMP

Endereço: R. Camargo Pimentel, 377 – Jardim Guanabara – Campinas. Telefone (19) 3241-8803 – Endereço eletrônico: sabatino@caism.unicamp.br

³ Enfermeira Livre-Docente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da FCM- UNICAMP.

Orientadora. Endereço: R. Conceição, 552 – apto. 25 – Centro – Campinas – SP. Telefone: (19) 3231-2094 - Endereço eletrônico: mhbaena@fcm.unicamp.br

RESUMO

Avaliou-se a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento, durante o trabalho de parto e parto, de mulheres que tiveram parto normal, sem analgesia, nas posições semi-sentada, decúbito lateral esquerdo e litotomia. O estudo foi descritivo, transversal e correlacional. Foram usados um questionário validado e duas escalas de dor. Observou-se que a dor entre as mulheres que pariram em litotomia foi significativamente menor em comparação com DLE ($p=0,003$), e a duração do período expulsivo não foi diferente entre os grupos. Houve associação entre dor e comportamento. A dor no trabalho de parto e parto estavam associadas entre si, assim como o comportamento nesses dois momentos. Conclui-se que: houve associação entre intensidade da sensação dolorosa e o comportamento; a dor no parto em posição de litotomia foi menor e o tempo de duração do período expulsivo não explica esta diferença.

DESCRITORES: Dor, Medição da dor, Comportamento, Trabalho de parto, Parto normal.

ABSTRACT

It was evaluated the intensity of painful sensation and the behavior, during the labor of childbirth and childbirth, among women who had natural childbirth, without analgesia, in half-seated position, left lateral decubitus and litotomia. The study it was descriptive, transversal and correlational. A validated questionnaire and two scales of pain had been used. Pain among women who had delivery in litotomia was significantly lower compared with DLE ($p=0.003$), and the duration of the expulsive period was not different between the groups. There was association between pain and behavior. Pain in the labor of childbirth and in the childbirth was associated, as well as with behavior in these two moments. In conclusion: there was association between intensity of the painful sensation and the behavior; the pain during the childbirth in litotomia position was lower and the time of duration of the expulsive period does not explain this difference.

KEYWORDS: Pain, Pain measurement, Behavior, Labor, obstetric, Natural childbirth.

RESUMEN

Se evaluó la intensidad de la sensación dolorosa y el comportamiento, durante el trabajo de parto y parto, de mujeres que tuvieron a parto normal, sin analgesia, en las posiciones semi-sentada, decúbito lateral izquierdo y litotomia. El estudio fue descriptivo, transversal y correlacional. Fueron usados un cuestionario validado y dos escalas de dolor. Se observó que el dolor entre las mujeres que parieron en litotomia fue significativamente menor en comparación con DLE ($p=0,003$), y la duración del período expulsivo no fue diferente entre los grupos. Hubo asociación entre dolor y comportamiento. El dolor en el trabajo de parto y parto estaban asociadas entre sí, así como el comportamiento en esos dos momentos. Se concluye que: hubo asociación entre intensidad de la sensación dolorosa y el comportamiento, el dolor en el parto en posición de litotomia fue menor y el tiempo de duración del período expulsivo no explica esta diferencia.

DESCRIPTORES: Dolor, Dimensión del dolor, Conducta, Trabajo de parto, Parto normal.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, grandes avanços foram feitos na compreensão dos mecanismos que são subjacentes à dor e ao seu tratamento.

No trabalho de parto, durante a fase de dilatação, predomina a dor visceral, com estímulo doloroso (nociceptivo) proveniente do mecanismo de distensão do segmento inferior uterino e dilatação cervical. Na fase do período expulsivo, a dor tem característica somática pela distensão e tração das estruturas pélvicas ao redor da cúpula vaginal e a distensão do assoalho pélvico e períneo⁽¹⁾.

A intensidade da dor sentida pelas mulheres no trabalho de parto e parto é amplamente variável, e está sujeita a influências psíquicas (comportamental), temperamentais (motivação), culturais (educação), orgânicas (constituição genética) e aos possíveis desvios da normalidade (estresse), além de fatores outros tais como distócias, que podem aumentá-la, e liberação de endorfinas, que pode diminuí-la⁽¹⁾.

Por ser um fenômeno passível de tais influências, a dor é considerada uma experiência subjetiva e pessoal, e deve ser mensurada para permitir a escolha eficaz de um método de alívio à dor. A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital, portanto, deve ser sempre registrada ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que são avaliados outros sinais vitais⁽²⁾.

A avaliação do fenômeno doloroso pode ser realizada por meio de exames laboratoriais, observações de comportamentos relacionados à dor e descrições verbais e/ou escritas da dor. Existem vários métodos para mensurar a percepção e sensação da dor. Instrumentos unidimensionais que quantificam apenas a intensidade da dor podem ser usados em hospitais e clínicas para coleta de informações rápidas não invasivas, porém válidas, sobre dor e analgesia⁽³⁾. Também podem ser usados os instrumentos multidimensionais que englobam os questionários, desenhos da localização da dor, inventários de aspectos psicológicos na dor e outros.

Na prática obstétrica, vários métodos não invasivos e não farmacológicos têm sido indicados para aliviar a dor no trabalho de parto e parto como técnicas de

respiração; massagens; banhos; presença contínua de acompanhante; explicação e orientação antecipada de procedimentos, e liberdade para assumir a posição desejada durante o trabalho de parto e parto.

Como a arte nos tem demonstrado ao longo da história, as mulheres através das culturas usavam posições verticais e/ou posições neutras para serem favorecidas com a força da gravidade (por ex., deitada de lado ou de quatro) para parir os seus bebês. No parto em posição SS, a mulher fica sentada em um assento próprio para o parto, com inclinação cerca de 30° do encosto das costas e as pernas afastadas e fletidas. Esta posição é considerada como posição vertical, devido à inclinação do encosto. Sabe-se que as contrações uterinas na posição vertical são mais freqüentes e mais intensas devido à ação da gravidade e aos puxos, o que proporciona maior eficácia ao trabalho de parto com um cansaço menor para a mulher⁽⁴⁾.

Por outro lado, um estudo randomizado e controlado que comparou o parto nas posições semi-sentada (SS) e decúbito lateral esquerdo (DLE), envolvendo 158 mulheres, 81 no grupo em DLE e 77 no grupo em SS, mostrou que a posição em DLE reduz o uso de ocitocina bem como de episiotomia; há diminuição da perda sangüínea materna; redução de traumas perineais e maiores valores de hemoglobina na alta de mulheres que apresentaram períneo íntegro⁽⁴⁾.

Frente ao exposto indaga-se: A dor no trabalho de parto difere daquela percebida durante o parto (período expulsivo)? O comportamento apresentado pela mulher (que é mais facilmente observável pela enfermagem e médicos que a assistem) tem correspondência com a sensação dolorosa? A posição durante o parto altera a sensação dolorosa?

Com a finalidade de responder a estas questões, esta pesquisa propôs estudar a dor e o comportamento de mulheres atendidas em uma maternidade pública da região metropolitana de São Paulo e que tiveram parto normal, sem uso de ocitocina ou analgesia, nas posições semi-sentada (SS), decúbito lateral esquerdo (DLE) e litotomia (LITO).

OBJETIVOS

Descrever a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento durante o trabalho de parto e parto de mulheres que pariram nas posições semi-sentada, decúbito lateral esquerdo e litotomia; verificar se existe associação entre a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento durante o trabalho de parto e parto; averiguar se a sensação dolorosa e o comportamento referidos pela mulher têm associação com o trabalho de parto e parto; verificar se a posição materna durante o parto (período expulsivo) interfere na intensidade da sensação dolorosa e no comportamento.

MÉTODOS

Tratou-se de estudo descritivo, transversal e correlacional, desenvolvido entre agosto de 2008 a janeiro de 2009, no setor de Alojamento Conjunto (AC) de uma maternidade pública localizada na cidade de Itapeverica da Serra-SP, onde as mulheres optam pela posição no parto.

Foram incluídas mulheres com 18 anos de idade ou mais que vivenciaram o processo do nascimento de forma fisiológica, sem utilização de ocitocina sintética, sem utilização de substâncias farmacológicas de alívio a dor e que tiveram partos em posição SS, litotomia ou DLE. Foram excluídas as mulheres que estiveram impossibilitadas de preencher os instrumentos de coleta de dados devido a analfabetismo ou dificuldade de compreensão do instrumento utilizado.

O tamanho da amostra foi baseado em um estudo prévio, onde foi observado que 67,5% das mulheres relataram menor dor no trabalho de parto e parto, e 85,7%, maior dor nestes períodos⁽⁵⁾. Baseado nesta diferença, considerando-se um poder do teste de 80% e um nível de significância de 5%, o tamanho da amostra foi calculado em $n = 558$ (186 em cada grupo).

Para a elaboração do questionário construído para ser respondido pela mulher no puerpério mediato, utilizou-se como base o Questionário Pós-Parto do Grupo de Parto Alternativo do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) – Hospital

da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), cujo uso foi autorizado pelo autor.

Devido às adaptações feitas no instrumento, houve necessidade de validação do seu conteúdo. Para tanto, foi preciso compor uma equipe de juízes para análise do instrumento⁽⁶⁾. Sete profissionais que concordaram em participar como juízes, assinando um termo de consentimento livre esclarecido, receberam uma carta-convite, na qual eram apresentados os objetivos do estudo, os aspectos que deveriam ser avaliados e os instrumentos: original e adaptado. Cada juiz avaliou de forma independente o instrumento e em reunião, onde se buscou o consenso, os juízes concordaram com a adaptação, solicitando algumas alterações relacionadas à clareza das questões.

O questionário validado foi testado em 10 mulheres, no puerpério mediato, que não foram incluídas no estudo. Como não apresentaram nenhuma dúvida quanto ao preenchimento, não foi necessário realizar nenhuma alteração.

O questionário continha as seguintes variáveis de controle: idade; estado civil (solteira, casada, desquitada, divorciada ou viúva); situação conjugal (não tem companheiro - tem e vive com o companheiro - tem, mas não vive com o companheiro); cor da pele (branca, amarela, parda ou negra); escolaridade (última série/ano cursado, calculado posteriormente em anos de estudo); se fez acompanhamento de saúde com algum profissional da saúde (sim ou não, especificando tipo de profissional e tempo de acompanhamento); experiência dolorosa anterior (sim ou não, especificando qual); número de gestações; número de partos vaginais, número de cesáreas; número de partos fórceps; paridade; abortos; número de consultas pré-natais; planejamento da gravidez (sim ou não); aceitação do companheiro nesta gravidez (sim, não ou em parte); ganho ponderal (sim, não e quanto em Kg); presença de acompanhante durante o período de dilatação (sim ou não e quem); presença de acompanhante durante o período expulsivo (sim ou não e quem); métodos não farmacológicos de alívio à dor realizados durante o trabalho de parto (sim ou não e qual: técnica de respiração, banho morno, balanço de quadril, massagem, mudança freqüente de posição, deambulação, exercício com bola, exercício abaixa/levanta, balanço); métodos não farmacológicos de

alívio à dor realizados durante o parto (sim ou não e qual: técnica de respiração, massagem ou outros); realização de manobra de Kristeller (sim ou não). Constaram no questionário somente os métodos não farmacológicos de alívio a dor oferecidos na instituição onde se realizou o estudo. As variáveis de controle obtidas a partir do prontuário foram: peso do recém-nascido (em Kg); intervenções cirúrgicas durante o parto (episiotomia médio-lateral, mediana, sutura de rotura, rotura parauretral, laceração Gl, GII, GIII, períneo íntegro ou outros); profissional que acompanhou o trabalho de parto (enfermeira obstetra, médico ou outro); profissional que realizou o parto (enfermeira obstetra, médico ou outro); variedade de posição fetal; tempo de duração do período de dilatação (em minutos); tempo da ruptura das membranas (em minutos); tempo de duração do período expulsivo (em minutos); tempo da admissão até o término do parto (em minutos). O instrumento continha ainda as variáveis de estudo: intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto e durante o parto (parto sem dor, dor muito suportável; dor suportável; dor dificilmente suportável); comportamento (excelente, muito bom, bom, regular), e posição do parto (SS, DLE ou litotomia).

Para avaliação de dor foram também utilizadas a Escala Analógica-Visual (EAV) e Alfanumérica (EAN).

Vale salientar que a pesquisadora que aplicou os questionários é pessoa externa à instituição. A coleta de dados ocorreu no AC durante o período matutino. Foram abordadas mulheres no puerpério mediato cerca de doze horas após o parto. Após a pesquisadora explicar às mulheres a finalidade da pesquisa, leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e entregou-o às participantes para assinatura. Somente após a assinatura do TCLE foi entregue para preenchimento o questionário pós parto e seqüencialmente as escalas Analógico-visual (EAV) e alfanuméricas (EAN).

As puérperas preencheram os instrumentos em cerca de dez minutos, com respostas relacionadas à dor e ao comportamento apresentados por elas, segundo sua própria avaliação, sem interferência de terceiros. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê

de Ética em Pesquisa da instituição de origem dos pesquisadores (Parecer Projeto nº 049/2008).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi criado um banco de dados no programa Excel 6.0 da Microsoft onde os dados foram inseridos e conferidos. As variáveis foram analisadas descritivamente e calculadas as frequências absoluta (n) e relativa (%).

As variáveis estado civil, cor da pele, número de gravidezes, número de cesáreas e procedimentos para aliviar a dor (realização de técnica de respiração, massagem e exercício com a bola) foram consideradas variáveis de ajuste após análise de covariância pelo Teste ANCOVA. As demais variáveis não homogêneas entre os grupos (número de partos, ganho ponderal, procedimento para aliviar a dor - balanço do quadril, intervenções – episiotomia ou sutura de rotura/episiotomia, variedade de posição fetal) não foram consideradas como co-variáveis devido ao pequeno número de casos, impossibilitando análise multivariada.

Todos os dados foram descritos através de média, desvio-padrão, mediana e valores mínimo e máximo. A comparação da dor (EAV e EAN) entre os dois períodos, trabalho de parto e parto, foi realizada através do teste de Wilcoxon pareado (Wilcoxon Signed Rank-Test). A homogeneidade entre as diferentes posições quanto às variáveis de controle foi avaliada através dos testes de Qui-quadrado, Exato de Fisher ou Kruskal-Wallis. A associação entre dor e comportamento (ambas pelo questionário) foi avaliada pelo teste exato de Fisher, e associação da dor com os diferentes períodos (trabalho de parto e parto), bem como com o comportamento foi avaliado pelo teste Exato de Fisher ou McNemar (quando as categorias foram agrupadas em duas). Para avaliar a dor (EAV e EAN) nas diferentes posições e em cada momento, utilizou-se uma transformação matemática (BOXCOX) para obter distribuição normal dos dados, a fim de utilizar a ANCOVA para realizar análise com ajuste de variáveis não homogêneas entre as diferentes posições, após, usou-se o teste Exato de Fisher. A dor (no questionário) foi avaliada segundo o tipo de posição através dos testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher. A dor (EAV e EAN) segundo o comportamento foi avaliada

através do teste de Kruskal-Wallis, e caso fosse significativo através das comparações múltiplas pelo teste de Mann-Whitney. Para correlacionar a dor segundo EAV e EAN utilizou-se o coeficiente de Correlação de Spearman e para verificar se existia associação entre o questionário e as duas escalas, foi usado o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância foi de 5% e o software usado foi o SAS versão 9.1.3.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 186 mulheres em posição SS, 186 mulheres em DLE e 46 mulheres em posição litotômica, durante um período de seis meses. Duas mulheres que atendiam aos critérios de inclusão, não aceitaram participar do estudo.

O menor número de mulheres submetidas ao parto em posição litotômica se deve ao fato do protocolo da instituição estimular os partos em posição SS e DLE. Optou-se por não estender o período de coleta de dados, uma vez que os objetivos do estudo puderam ser contemplados, mesmo com o menor tamanho amostral nessa posição, e os dados apresentaram significância estatística. As Tabelas 1 e 2 apresentam a intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto e parto de acordo com a posição no parto. Quando foi analisada a intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto de acordo com as três posições estudadas, não houve diferença significativa (EAV: $p=0,5564$ e EAN: $p=0,3357$). Contudo, durante o parto (período expulsivo), constatou-se que a dor diferiu entre as posições DLE e litotomia (EAV: $p=0,003$; EAN: $p=0,0003$), ou seja, as mulheres que tiveram o parto em posição de litotomia apresentaram menos dor. Vale salientar que o tempo de período expulsivo foi semelhante para as três posições de parto ($p=0,171$, pelo teste de Kruskal-Wallis).

Conforme apresentado na Tabela 2, as mulheres que tiveram parto em DLE e SS mais freqüentemente referiram dor, nos dois momentos no parto, como “suportável” e “difícilmente suportável”. As mulheres que tiveram o parto na posição de litotomia, durante o parto, referiram com maior freqüência que a dor foi “muito suportável”, em comparação com as mulheres que tiveram parto nas demais posições, no entanto, a diferença não foi significativa tanto no trabalho de parto, quanto no parto ($p=0,0535$ e $p=0,1332$, respectivamente, usando o Teste Exato de Fisher).

Tabela 1. Intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto e parto, de acordo com a posição no parto, usando as escalas Analógica-Visual (EAV) e Alfanumérica (EAN). Itapecerica da Serra/SP- 2009

Variáveis	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
EAV						
Trabalho de parto						
DLE	186	8,02	2,32	0,00	8,80	10,00
LITO	46	8,11	1,99	2,70	9,10	9,90
SEMI-SENTADA	186	7,86	2,13	0,30	8,50	10,00
Parto						
DLE	186	8,04	2,31	0,00	8,60	10,00
LITO	46	6,91	2,31	2,60	6,30	10,00
SEMI-SENTADA	186	7,59	2,46	0,80	8,50	10,00
EAN						
Trabalho de parto						
DLE	186	8,04	1,97	1,50	8,35	10,00
LITO	46	7,88	2,01	2,70	8,65	9,90
SEMI-SENTADA	186	7,87	1,90	0,80	8,10	10,00
Parto						
DLE	186	8,12	2,08	0,50	9,00	10,00
LITO	46	6,92	2,09	3,70	7,35	9,70
SEMI-SENTADA	186	7,68	2,29	1,00	8,45	10,00

Legenda: DLE = posição decúbito lateral esquerdo
LITO = posição litotomia
SS = posição semi-sentada

Tabela 2. Intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto e parto, de acordo com a posição no parto, usando como instrumento o questionário. Itapecerica da Serra/SP- 2009

	DLE (n=186)		LITO (n=46)		SS (n=186)	
	n	%	n	%	n	%
Dor no Trabalho de Parto						
Parto sem dor	0	0,0	0	0,0	5	2,7
Dor muito suportável	23	12,4	6	13,0	30	16,1
Dor suportável	74	39,8	20	43,5	78	41,9
Dor dificilmente suportável	89	47,8	20	43,5	73	39,2
Dor no Parto						
Parto sem dor	0	0,0	0	0,0	2	1,1
Dor muito suportável	26	14,0	14	30,4	32	17,2
Dor suportável	88	47,3	19	41,3	84	45,2
Dor dificilmente suportável	72	38,7	13	28,3	65	34,9

Legenda: DLE = posição decúbito lateral esquerdo
LITO = posição litotomia
SS = posição semi-sentada

Na tabela 3 é apresentado o comportamento durante o trabalho de parto e parto nas diferentes posições de parto. Usando-se o Teste de Qui-quadrado, observou-se que tanto no trabalho de parto, quanto no parto, houve diferença entre os grupos ($p=0,0002$ e $p=0,044$, respectivamente). Maior proporção de mulheres referiu comportamento “excelente” ou “muito bom” no trabalho de parto e parto (38,1% e 41,4%, respectivamente) no grupo que teve parto na posição DLE.

Tabela 3. Comportamento durante o trabalho de parto e parto, de acordo com a posição no parto. Itapecerica da Serra/SP- 2009

	DLE (n=186)		LITO (n=46)		SS (n=186)	
	n	%	n	%	n	%
Comportamento no Trabalho de Parto						
Excelente	25	13,4	4	8,7	12	6,5
Muito bom	46	24,7	5	10,9	34	18,3
Bom	87	46,8	16	34,8	89	47,8
Regular	28	15,1	21	45,7	51	27,4
Comportamento no Parto						
Excelente	35	18,8	2	4,3	17	9,1
Muito bom	42	22,6	9	19,6	39	21,0
Bom	82	44,1	28	60,9	99	53,2
Regular	27	14,5	7	15,2	31	16,7

Legenda: DLE = posição decúbito lateral esquerdo

LITO = posição litotomia

SS = posição semi-sentada

Quanto à associação entre a intensidade da sensação dolorosa avaliada pelas escalas EAV e EAN e o comportamento durante o trabalho de parto e parto, notou-se que a dor no trabalho de parto estava associada com a dor no parto ($p < 0,0001$ tanto pelo Teste Exato de Fisher quanto pelo Qui-quadrado de McNemar, quando categorias são agrupadas). Considerando-se a amostra como um todo, isto é as 418 mulheres, independente da posição no parto e usando-se o teste de Wilcoxon Pareado, observou-se que, tanto pelo EAV ($p = 0,0611$) quanto pelo EAN ($p = 0,2938$), a dor não diferiu comparando-se os dois momentos, isto é, a dor no parto não foi maior ou menor do que a dor no trabalho de parto. Os mesmos resultados foram obtidos usando-se o questionário ($p = 0,2274$ e $p = 0,1653$, no trabalho de parto e parto, respectivamente).

Verificou-se se existia correspondência entre os instrumentos utilizados, ou seja, entre as escalas de dor e o questionário. O teste de Kruskal-Wallis demonstrou associação entre o questionário e as escalas EAV e EAN tanto no trabalho de parto ($p < 0,0001$, para ambas) quanto no parto ($p = 0,0003$ e $p = 0,0027$, respectivamente). Já o Índice de Correlação de Spearman mostrou haver uma correlação positiva significativa entre as escalas EAV e EAN, mostrando que são forte e diretamente proporcionais ($r = 0,8361$ $p < 0,0001$, no trabalho de parto; $r = 0,8102$ $p < 0,0001$, no parto).

O comportamento no trabalho de parto e parto também mostrou associação ($p < 0,0001$ tanto pelo Teste Exato de Fisher quanto pelo Qui-quadrado de McNemar, quando categorias são agrupadas).

DISCUSSÃO

As mulheres, independente da posição, descreveram a intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto com valores médios de 7 a 8 e a maioria delas referiu dor “suportável” ou “difícilmente suportável”.

A intensidade da sensação dolorosa percebida pelas mulheres durante o trabalho de parto e avaliadas por meio dos três instrumentos utilizados não mostrou diferenças associadas às posições no parto, portanto não se pode afirmar que as mulheres que tiveram parto em litotomia eram menos sensíveis à dor.

No presente estudo, não se obteve a informação sobre qual posição foi adotada pelas mulheres durante o trabalho de parto. Embora não tenha sido identificada nenhuma diferença entre os grupos quanto à sensação dolorosa, estudos mostram que a posição pode interferir com as contrações uterinas, a duração do período de dilatação e a percepção de dor. Isso pode ser confirmado por meio de um estudo realizado com nulíparas as quais foram divididas em dois grupos conforme o término do parto (cócoras ou litotomia). A distribuição da duração do período de dilatação no grupo de cócoras ($n=106$) teve mediana=600 minutos, claramente deslocada à esquerda se comparada com a distribuição apresentada pelo grupo de litotomia ($n=39$) com Mediana=765 minutos, que foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$)⁽⁷⁾.

Após um longo período de estudo sobre a concentração de hormônios maternos, concluiu-se que existe associação entre os níveis de beta-endorfina (β -EP) e o estresse fisiológico durante o trabalho de parto. Os níveis de β -EP e de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) são mais altos no plasma materno, estando intimamente inter-relacionados durante o trabalho de parto e até 24 horas após o parto⁽⁸⁻⁹⁾.

Uma pesquisa realizada com a finalidade de descrever o papel fisiológico do ACTH no mecanismo do estresse, em resposta à dor, durante o trabalho de parto,

mostrou um grande aumento nas concentrações de β -EP e ACTH. As concentrações aumentadas dos hormônios β -EP e ACTH estão relacionadas com o aumento do estado de ansiedade e a dor subjetiva durante o trabalho de parto e o seu declínio no pós-parto, com a abolição da dor⁽¹⁰⁾.

Um estudo analítico realizado com 75 mulheres que se submeteram ao parto normal e foi analisado o efeito da deambular durante o trabalho de parto, constatou que quando o trabalho de parto progride dentro da fase pélvica do parto, estas mesmas características podem conduzir a uma percepção aumentada de dor como resultado da velocidade e rapidez com que o feto freqüentemente desce através da pelve materna⁽¹¹⁾.

Sabe-se que na posição vertical, as contrações apresentam menos irregularidades em sua forma e ritmo. Certamente por isso, a posição vertical, durante o trabalho de parto, interfere de forma favorável sobre as contrações, permitindo uma melhor qualidade na obtenção da dinâmica uterina, uma diminuição na duração do parto e uma menor necessidade de administração da ocitocina⁽¹²⁾. Ainda comenta o mesmo autor que, na posição vertical, a ação da gravidade sobre o feto é sinérgica com a das contrações.

Quanto à dor percebida durante o parto, verificou-se que as mulheres que pariram em litotomia referiram dor de menor intensidade, quando comparadas às que tiveram o parto em DLE, o que não pode ser explicado pela duração do período expulsivo.

No estudo com nulíparas já citado, não houve diferença significativa em relação à duração do período expulsivo⁽⁷⁾. Discordando deste estudo, uma pesquisa realizada com 179 mulheres que tiveram o parto em posição SS e 187 que tiveram o parto em litotomia (grupo controle). A duração do período expulsivo, foi mais curta no grupo que permaneceu em posição SS⁽¹³⁾.

Em outro estudo, o mesmo autor após estudar o parto de 151 mulheres divididas em dois grupos aleatoriamente onde 73 mulheres pertenciam ao grupo de parto vertical e 78 ao grupo de parto horizontal verificou que a duração do período de expulsão, foi similar em ambos os grupos. Todavia, o intervalo de tempo de distensão do períneo

durante a expulsão foi, em média, marcadamente mais curto quando este foi realizado de forma considerada parto vertical.

O parto em DLE reduz o uso de episiotomia e de traumas perineais em comparação com a posição SS⁽⁵⁾, que é considerada uma posição vertical. Como o risco de trauma perineal é menor, é provável que o período de distensão seja mais prolongado, permitindo que o períneo se distenda aos poucos, sem se romper, fazendo com que a mulher sinta mais dor. Essas conjecturas carecem de melhor investigação.

Um estudo caso-controle realizado com dois grupos de mulheres que tiveram o parto de forma vertical e horizontal concluiu que não há uma única posição ótima para o período expulsivo, mas sim, uma larga variação de preferências entre indivíduos, as quais podem mudar durante o progresso do trabalho de parto. As posições verticais e a mobilidade durante o trabalho de parto são, indubitavelmente, aceitáveis e confortáveis para as parturientes, como foi demonstrado pelo alto grau de cooperação, apesar da falta de preparação pré-natal específica⁽¹³⁾.

A dor avaliada pela EAV e EAN estava associada com o comportamento tanto no trabalho de parto quanto no parto, isto é, quanto maior é a dor no trabalho de parto e parto relatada pelas mulheres, pior foi o comportamento apresentado por elas em ambos os grupos. Os mesmos resultados foram obtidos quando se comparou as respostas do questionário referentes à dor e comportamento no trabalho de parto e no parto.

Uma pesquisa etnográfica desenvolvida por meio de entrevistas e observação direta com as mulheres em trabalho de parto e parto, concluiu que, para aliviar a dor de parto, as mulheres adotam alguns comportamentos não-verbais, muitas vezes, em associação ou alternadamente com a expressão verbal. Às vezes, mais de um comportamento não-verbal é assumido na busca de alívio da sensação dolorosa⁽¹⁴⁾.

As falsas crenças, atribuições etiológicas inadequadas, concentração excessiva da atenção, presença de expectativas impróprias, medos infundados, pensamentos negativos, distorção das informações e dos conceitos, são características cognitivas que podem influenciar dramaticamente a percepção dolorosa e a resposta a ela⁽¹⁵⁾.

Um ensaio clínico realizado com 100 puérperas verificou-se diferença significativa no alívio da dor após a aplicação de técnicas não farmacológicas, demonstrando redução dessa dor à medida que aumentava a dilatação do colo⁽¹⁶⁾.

Dentre 418 mulheres que participaram desta pesquisa, 39 relataram no questionário que a intensidade da sensação dolorosa aumentou no parto e 49 mulheres relataram que a dor diminuiu. No entanto, quando se comparou a intensidade da sensação dolorosa nos dois momentos, não houve diferenças. De fato, houve associação entre a dor nos dois períodos (trabalho de parto e parto), conforme EAV, EAN e questionário, o que difere do resultado de outros estudos.

Este achado difere de estudo realizado com 151 mulheres que tiveram o parto em posição de cócoras e participaram de um curso preparatório para o parto, que demonstrou ser a intensidade da sensação dolorosa durante o período expulsivo menor em relação ao primeiro período do parto⁽⁵⁾.

Após terem sido observadas 19 mulheres em trabalho de parto e parto por meio de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, notou-se que há necessidade de aprimoramento da prática obstétrica voltada para o controle da dor de parto, em especial na sua fase ativa, onde as mulheres relatam maior dor⁽¹²⁾.

Um estudo randomizado com 89 mulheres que avaliou o tempo e a progressão do trabalho de parto, a dor, complicações obstétricas e comportamento, mostrou que à medida que o trabalho de parto progride, as contrações aumentam de intensidade e a dilatação se torna maior, as mulheres relatam cada vez mais dor, raiva, medo, tristeza e cansaço e cada vez menos energia e emoções positivas⁽¹⁷⁾.

A importância de se mensurar a dor clinicamente ganhou maior atenção nas últimas décadas mediante a nova concepção sobre os mecanismos envolvidos na interpretação e resposta da dor⁽¹⁸⁾. Os instrumentos unidimensionais ainda prevalecem na mensuração da experiência dolorosa, porém, o desafio de se considerar a multidimensionalidade da dor tem levado muitos pesquisadores a elaborar e utilizar instrumentos mais precisos e abrangentes em suas pesquisas. Sabe-se que tanto as escalas unidimensionais quanto as multidimensionais possuem algumas limitações, embora no presente estudo os instrumentos utilizados sejam de fácil aplicação e

tenham se mostrado úteis para avaliar a dor no trabalho de parto e parto, permanece o desafio de se buscar um instrumento que seja de fácil aplicação à prática clínica, ao mesmo tempo em que considere a multidimensionalidade e a especificidade da dor no trabalho de parto e parto⁽¹⁹⁾.

Frente aos achados, algumas questões permanecem não respondidas e podem ser temas de futuras investigações: será que as mulheres em posição DLE apresentaram maior dor durante o período expulsivo porque a distensão de períneo é mais prolongada nesta posição? Alguma variável não controlada interferiu nos resultados? Deve-se lembrar que na instituição onde foi desenvolvido o estudo as mulheres escolhem a posição no parto, assim, o uso de uma posição não escolhida pela mulher, a princípio, não explicaria a maior sensação dolorosa em DLE, mas esse é um aspecto que também deve ser investigado.

Como houve ajuste de apenas algumas variáveis, outras podem estar interferindo nos resultados obtidos, dessa forma seria conveniente desenvolver novos estudos prospectivos, controlados e randomizados.

Estudos que avaliam a dor no trabalho de parto e parto, na busca de fundamentação teórica para intervenções que visam o seu alívio, são importantes, mas deve-se lembrar sempre que amenizar os desconfortos vai além das intervenções biológicas. O enfoque deve permitir a expressão de sentimentos, de forma que as subjetividades sejam afloradas. Para isso, é necessário ouvir a mulher em situação de dor e buscar alternativas para amenizar seu sofrimento como a posição de parto que melhor lhe convém e oferecer meios para que seja respeitado o seu direito de parir com dignidade.

CONCLUSÃO

A dor no trabalho de parto e no parto foi considerada com maior freqüência como “suportável” e “dificilmente suportável”, a dor e o comportamento não diferiram nesses dois períodos, e os instrumentos usados avaliam de forma equivalente a dor, sendo que o EAV e o EAN foram mais adequados para identificar diferenças.

A intensidade da sensação dolorosa e o comportamento estão associados tanto no trabalho de parto quanto no parto.

A dor em mulheres que tiveram parto na posição de litotomia foi menor em comparação às que tiveram o parto em DLE e o tempo de duração do período expulsivo não explica esta diferença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(5): 16-24.
2. Souza et. al. Mensuração da Dor. In: Teixeira MJ. *Dor- Contexto interdisciplinar.* Curitiba: Ed.Sociedade Brasileira de Anestesiologia. 2004;180-6p.
3. Sakata RK, Hisatugo MKI, Aoki SS, Vlainich R, Issy AM. Avaliação da dor. In: Cavalcanti IL, Maddalena ML. *Dor,* Rio de Janeiro: Ed. Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro; 2003.p.85-93.
4. Basile ALO. Riscos e benefícios maternos e neonatais das posições lateral-esquerda e vertical semi-sentada no parto [Tese - Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2005.
5. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MHBM, Sanfelice CFO. Análisis de la Intensidad Dolorosa referida durante el Parto. In Sabatino H. *Atención AL Nacimiento Humanizado: Basado em Evidencias científicas [Libro eletrônico]* Campinas: Ed. Unicamp; 2007. p.481-96.
6. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health.* September; 2006 p.489–97.
7. Vilarino JF, Sabatino H. Avaliação Obstétrica de Partos em Posição de Cócoras. In: Sabatino et al. *Parto Humanizado.* Campinas: Ed. Unicamp; 2000. p.171:85.

8. Hofmeyr GF, Gülmezoglu AM, Nikodem VC, Van DS, Hendricks MS. Labor experience and b-endorphin levels. *Int J Gynecol & Obstetrics*. 1995;50(3):299-300.
9. Florido C, Oltras CM, Fajardo MC, González-Scañuela E, Villaverde C, González-Gómez F. Plasma concentrations of b-endorphin and adrenocorticotropic hormone in women with and without childbirth preparation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997;73(2):121-5.
10. Saito E, Gualda DMR. Worrying about labor and delivery pain and its manifestation during childbearing process. In: *Anais 8º Simp. Bras. Comun. Enfermagem. Brazilian Nursing Communication Symposium; 2002; São Paulo.SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2002 May*. Available from:
http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200031&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Access on: 14 May. 2009.
11. Mamede FV. O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto [Tese na Internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007. Disponível em:
http://www.amigasdoparto.org.br/2007/dls/tese_FVMamede.pdf
12. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Representation of parturient about the labor pain. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [serial on the Internet] 2008 [Citado em 11 de maio de 2009]; 10(1):[100-9]. Available from:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a09.htm>
13. Gardosi J. A posição materna no segundo estágio do parto. In: *Sabatino et al. Parto Humanizado*. Campinas: Ed Unicamp; 2000. p.115:48.
14. Leventhal EA, Leventhal H, Shacham S, Easterling DV. Active coping reduces reports of pain from childbirth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Jun; 1989. p.365-71.

15. Perissinotti DMN, Figueiró JAB. Psicoterapias: Indicação, modalidade e tratamento para doentes com dor. In: Figueiró JAB, Angelotti G, Pimenta CAM. Dor & Saúde Mental. São Paulo: Atheneu; 2005. p.93-104.
16. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2009 Jul 15]; 43(2): 438-445. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200025&lng=pt&nrm=iso
17. La Fuente P. Deambulação durante o trabalho de parto e tipos de puxos: Sua influência sobre a evolução do parto e o bem estar fetal. In: Sabatino et al. Parto Humanizado. Campinas: Ed. Unicamp; 2000. p.57:90.
18. Melzack R, Wall P.D. Pain mechanisms: a new theory. Science. 19 Nov;1965. p.971-9.
19. Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. Rev. Latino Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 1998 [citado 1998 Julho];6(3):[77-84] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13894.pdf>.

4. CONCLUSÕES

Os resultados encontrados permitem concluir que:

- A dor no trabalho de parto e no parto é considerada como “suportável” e “difícilmente suportável” e as mulheres apresentaram mais frequentemente comportamento “bom” ou “regular”. Os instrumentos usados avaliaram de forma equivalente a dor, sendo que o EAV e o EAN foram mais adequados para identificar diferenças.
- Existe associação entre intensidade da sensação dolorosa e o comportamento.
- A dor e o comportamento estão associados tanto no trabalho de parto quanto no parto.
- A dor em mulheres que tiveram parto na posição de litotomia foi menor em comparação às que tiveram o parto em DLE e o tempo de duração do período expulsivo não explica esta diferença.

5. REFERÊNCIAS BIBLOGRÁFICAS

1. Gozzani JL. Fisiopatologia da dor. In: Cavalcanti IL, Maddalena ML. ED. Dor. Rio de Janeiro: Ed.Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro-SAERJ;2003. (1):13-35.
2. Menezes MS. Anatomia e Fisiopatologia da dor. In: Manica J et al. Anestesiologia: Princípios e Técnicas.3º ed.Porto Alegre:Ed.Arte Médica; 2005.75:1251-57.
3. Cavalcante VO. Fisiopatologia da dor. In: Figueiró JAB, Angelotti G, Pimenta CAM. Dor & Saúde Mental. São Paulo: Ed.Atheneu; 2005. 2:23-25.
4. Guyton AC, John EH. Tratado de Fisiologia Médica. 11º Ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier; 2006. 48:598-609p.
5. Souza et. al. Mensuração da Dor. In: Teixeira MJ. Dor- Contexto interdisciplinar. Curitiba: Ed.Sociedade Brasileira de Anestesiologia. 2004;180-6p.
6. Scopel E, Alencar M, Cruz RM. Medidas de avaliação da dor. In: Lecturas: Educación Física y Deportes. Rev. Digital. Buenos Aires. [serial on-line] 2007 Febrero [Acesso em 18 Dez 2007];11(105):1. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2236663&orden=105665&info=link> –.
7. Sakata RK, Hisatugo MKI, Aoki SS, Vlainich R, Issy AM. Avaliação da dor. In: Cavalcanti IL, Maddalena ML. Dor. Rio de Janeiro: Ed. Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro; 2003. 3:85-93.
8. Pimenta CAM, Cruz DALM. Avaliação do doente com dor crônica em consulta de enfermagem: proposta de instrumento segundo diagnósticos de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on-line].1999 July [cited 2009 May 13]; 7(3):49-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300008&lng=en. Doi:10.1590/S0104-11691999000300008.

9. Sousa FF, Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Revista DOR*. 2005. 6(1):469-513.
10. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet*. 1974. Nov; 2(7889):1127-31.
11. Collins SL, Moore RA, Mcquay, HJ. The visual analogue pain intensity scale: What is moderate pain in millimeters? *Pain*. 1997. 72:95-97.
12. Hicks CL, Von Baeyer CL, Spafford PA, Van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*. 2001. 93:173-83.
13. Cook DB, O'connor PJ, Eubanks SA, Smith JC, Lee M. Naturally occurring muscle pain during exercise: assessment and experimental evidence. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 1997. 29:999-1012.
14. Mccaffery M, Pasero C. *Pain Clinical Manual*. St Louis, MO: Mosby. 1999.
15. Melzack R, Katz J. The McGill Pain Questionnaire: Appraisal and current status. In: Turk, D. G. e Melzack, R. *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guilford. 1992. 152-165p.
16. Fishman B, Pasternak S, Wallenstien SL. *The Memorial Pain Assessment Card: a valid instrument for the evaluation of cancer pain*. *Cancer*. 1987. 60:1151-1158.
17. Ramer L, Richardson JL, Cohen M Z. Multimeasure Pain Assessment in an ethnically diverse group of patients with cancer. *Journal of Transcultural Nursing*. 1999. 10: 94-101.
18. Frutuoso JT. *Mensuração de Aspectos Psicológicos Presentes em Portadores de Dor Crônica Relacionada ao Trabalho*. [Tese Doutorado] Santa Catarina, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2006.

19. Gracely RH, Dubner R. Pain assessment in humans: a reply to hall. *Pain*. 1981. 11:109-20.
20. Fontes K B, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc. Cuid. Saude*. [serial on-line] 2007 [Acesso em 08 de abril de 2009];6(2):481-7. Available from:
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5361/3397>.
21. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on-line] 2006 Apr. [access on 15 May 2009]; v. 14,n.2 Ribeirão Preto. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200018&lng=en&nrm=iso>.doi:10.1590/S0104-11692006000200018.
22. Nogueira AA, Reis FJC, Poli Neto OB. Management of chronic pelvic pain in women. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. [serial on-line] 2006 December [cited 2009 May 15]; 28(12):733-40. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006001200008&lng=pt. doi:10.1590/S0100-72032006001200008.
23. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 May;186(5):16-24.
24. Caton D, Corry MP, Frigoletto FD, Hopkins DP, Lieberman E, Mayberry L et al. The nature and management of labor pain: executive summary. *Am J of Obstet Gynecol* 2002;186:S1-15.
25. Niven CA, Murphy-Black RM. Memory for Labor Pain: A Review of the Literature. *December. Birth*. 2000. 27(4):244–253.

26. Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. Núcleo de cuidados paliativos. Associação portuguesa dos médicos de clínica geral. Revista Portuguesa de Clínica Geral. [serial on-line] 2007 [cited 2008 May 19]; 23:457-64. Available from:<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20071001164555793009.pdf>
27. Sabatino H, Dunn PM, Caldeyro-Barcia R. Parto Humanizado, Campinas. Ed Unicamp. 2000. III(3):193.
28. Rezende J, Aranda OL. Anamnese e exame físico. In: Rezende J. Obstetrícia. 10° ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2005. 9(C):201.
29. Gentz BA. Alternative Therapies for the management of pain during labor and delivery. Clin Obstet Gynecol. 2001; 44:704-32.
30. Simkin P. Commentary: The Meaning of Labor Pain. Birth. 2000. December; v.27. Issue 4:254.
31. Bastos CO, Sales PCA, Pereira RR. Analgesia do Trabalho de Parto. Curso de Educação à Distância – Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA). Rio de Janeiro. Ed. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. 2002. 63-83p.
32. Rezende J. O Parto. Estudo Clínico e Assistência – A dilatação e a Expulsão. In: Rezende J. Obstetrícia. 10° ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan. 2005. 15(A):337-54.
33. Mamede FV. O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto -SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
34. Flynn AM, Kelly J, Hollins G., Lynch PF. Ambulation in labour. Br. Med. J. [serial on-line] 1978 August [cited 2009 May 10]; 2(6137): 591-3. Available from E:\bibliografia\part1cap1\Texto1\Texto1.htm.

35. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Representation of parturient about the labor pain. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [serial on-line] 2008 Mar [Acesso em 11 de maio de 2009]; 10(1):[100-9]. Available from:http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10_n1a09.htm
36. Morgan GEJ, Maged SM. *Anestesiologia Clínica: Anestesia Obstétrica*. 2º ed. Rio de Janeiro: Ed.Revinter. 2005. 43:677-83.
37. Santos AC, O´Gorman DA, Finster M..Anestesia Obstétrica. In: Barash PG et al. *Anestesia Clínica*. Rio de Janeiro: Ed Manole; 2004.42:1141-48.
38. Hofmeyr GF, Gülmezoglu AM, Nikodem VC, Van DS, Hendricks MS. Labor experience and b-endorphin levels. *Int J Gynecol & Obstetrics*. 1995 September; v.50(3):299-300.
39. Fajardo MC, Florido J, Villaverde C, Oltras CM, González-Ramirez AR, González-Gómez F. Plasma levels of beta-endorphin and ACTH during labor and immediate puerperium. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1994 Jun. v.55(2):105-8.
40. Rowlands S, Permezel M. *Physiology of pain in labour*. Baillieres Clin Obstet Gynecol 1998; 12(3):347-362.
41. Florido C, Oltras CM, Fajardo MC, González-Scañuela E, Villaverde C, González-Gómez F. Plasma concentrations of b-endorphin and adrenocorticotropic hormone in women with and without childbirth preparation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997 Jun; v.73(2):121-5.
42. Vilarino JF, Sabatino H. *Avaliação Obstétrica de Partos em Posição de Cócoras*. In: Sabatino et al. *Parto Humanizado*. Campinas. Ed Unicamp. 2000. III(3):171:85.

43. Dallazzana JEF, Aquino RB. Anestesia em Obstetrícia. In: Manica J & Col. Anestesiologia: Princípios e Técnicas. 3º ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas. 2005;50:856-69.
44. Programa Nacional de Controle da Dor. Direcção Geral da Saúde. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD de 18/06/08. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal. Available from: www.efic.org/declarationonpain.html
45. Silva F, Oliveira SMJV. The effect of immersion baths on the length of childbirth labor. Rev. esc. enferm. USP [serial on-line] 2006 Mar [access on 24 June 2009]; 2006; v. 40, n. 1. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0080-62342006000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100008&lng=en&nrm=iso)>.doi:10.1590/S0080-62342006000100008.
46. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002; 186-187 p.
47. Corrêa CF, Pimenta CAM. Princípios do Tratamento da Dor. In: Figueiró JAB, /Angelotti G, Pimenta CAM. Dor & Saúde Mental. São Paulo: Ed. Atheneu; 2005. 1(4)44-50.
48. Balaskas, J. Parto ativo-guia prático para o parto normal. Trad. Adailton Salvatore Meira. São Paulo: Ground. 1993.
49. Oliveira CC, Maugin C et al. A Dor e o controle do sofrimento II. Revista de Psicologia. Minas Gerais. 1997. v.1 (2): 1-28.
50. Fraga A, Pfitscher L. Manejo não Farmacológico para Alívio da Dor no Trabalho de Parto. V Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal: Modos de se fazer Enfermagem Obstétrica e Neonatal – da Formação à atenção. 14 a 17 de outubro de 2007. Bento Gonçalves-RS [on-line] Acesso site: http://www.abenfors.org.br/cobeon /e-book/oficinas/5/cobeon_39.pdf

51. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC, Melo ES, Paiva CP, Vieira D, Costa IKF. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. Rev. Eletr. Enf. 2008;10(3):600-9. Available from:<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>
52. Nunes S, Vargens OMC. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório. Rev. enferm. UERJ. [serial on-line] 2007 set [acesso em 24 jun. 2009] v.15, n. 3. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522007000300003&lng=pt&nrm=iso>..
53. Perissinotti DMN; Figueiró JAB. Psicoterapias: Indicação, modalidade e Tratamento para doentes com dor. In: Figueiró et al. Dor & Saúde Mental. São Paulo: Atheneu. 2005. 9:93-104.
54. Pimenta CAM; Cruz DALM. Terapia cognitiva comportamental e dor: análise das evidencias. 6º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. São Paulo; 2003.
55. Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, Bushnell M.C. & Duncan GH. Dissociation of sensory and effective dimensions of pain using hypnotic modulation. Pain, 1999; 82: 159-71.
56. Lewith GT, White PJ, Pariente J. Investigating Acupuncture Using Brain Imaging Techniques. The Current State of Play. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine. 2005; v.2(3):315-9.
57. Gonçalves EM, Franceschini Filho S. Os Meridianos de Acupuntura e as pesquisas científicas. Revista do Biomédico. 2006. set./out.; 73:32-5.
58. Corbett AD, Henderson G, Micknight AT, Paterson SJ. 75 years of opioid research: the exciting but vain quest for the Holy Grail. British Journal of Pharmacology. 2006,Jan.147 Suppl 1:S153-62.

59. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: 2001.(8):68-76
60. Knobel R, Radunz V, Carraro TE. Utilização de estimulação elétrica transcutânea para alívio da dor no trabalho de parto: um modo possível para o cuidado à parturiente. Texto contexto - enferm. [serial on-line] 2005 June [access on 24 June 2009] v. 14, n. 2. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200010&lng=en&nrm=iso>doi: 10.1590/S0104-07072005000200010.
61. Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influence of maternal mobility on duration of the active phase of labor., *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* .2006; v.28:11.
62. Basile ALO. Riscos e benefícios maternos e neonatais das posições lateral-esquerda e vertical semi-sentada no parto. [Tese - Doutorado]. São Paulo -SP: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
63. Niven CA. Labour pain: Long-term recall and consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 1988 April; 6(2):83-87.
64. Algom D, Lubel S. Psychophysics in the field: perception and memory for labor pain. *Perception & Psychophysics*. 1994 February. 55(2):133-141.
65. Robson KM, Kumar R. Delay onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*. 1980; 136:347-353.
66. Waldenstrom U. Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*. 2003. 30(4):248-54.
67. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MHBM, Sanfelice CFO. Análisis de la Intensidad Dolorosa referida durante el Parto. In Sabatino H. Atención AL Nacimiento Humanizado: Basado em Evidencias científicas [Libro eletrônico] Campinas: Ed. Unicamp. 2007;(23):481-96.

68. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2006 September; v.29(5):489–97.
69. Saito E, Gualda DMR. Worrying about labor and delivery pain and its manifestation during childbearing process. In: *Brazilian Nursing Communication Symposium*, 8, 2002, São Paulo (SP). *Anais 8º Simp. Bras. Comun. Enfermagem*. São Paulo (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2002 May. Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC00000052002000200031&lng=en&nrm=abn>. Access on: 14 May. 2009.
70. Gardosi J. A posição materna no segundo estágio do parto. In: Sabatino et al. *Parto Humanizado*. Campinas:Ed Unicamp. 2000. III(1):115:48.
71. Leventhal EA, Leventhal H, Shacham S, Easterling DV. Active coping reduces reports of pain from childbirth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Jun; 1989. p.365-71.
72. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev. esc. enferm. USP* [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2009 Jul 15]; 43(2): 438-445. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200025&lng=pt&nrm=iso
73. De La Fuente P. Deambulação durante o trabalho de parto e tipos de puxos: Sua influência sobre a evolução do parto e o bem estar fetal. In: Sabatino et al. *Parto Humanizado*. Campinas :Ed. Unicamp. 2000. II(3):57:90.
74. Melzack R, Wall P.D. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 19 Nov;1965. p.971-9.

75. Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. Rev. Latino Am. Enfermagem. 1998 julho; v.6(3):77-84

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Adaptado e validado pela pesquisadora, com autorização do autor, a partir do Questionário Pós-Parto desenvolvido pelo Grupo de Parto Alternativo da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp,

FICHA PÓS-PARTO

PARTE 1

PREENCHIMENTO PELA MÃE

<p>Data do preenchimento: ___/___/___</p> <p>Nome: _____ Idade: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos</p> <p>Estado civil [1] solteira [2] casada [3] desquitada [3] divorciada [4] viúva</p> <p>Situação conjugal [1] NÃO tem companheiro [2] TEM companheiro e VIVE com o companheiro [3] TEM companheiro, mas NÃO VIVE com o companheiro</p> <p>Cor [1] branca [2] amarela [3] parda [4] negra</p> <p>Última série/ano cursado _____.</p>
<p>Faz algum acompanhamento com profissional de saúde? [1] sim [2] não</p> <p>Qual profissional? [1] médico [2] enfermeira [3] fisioterapeuta [4] nutricionista [5] psicólogo [6] outros</p> <p>Há quanto tempo? _____</p> <p>Você já viveu alguma experiência que sentiu dor? [1] sim O que? _____ [2] não</p> <p>Quantas vezes ficou grávida? [1] UMA vez [2] DUAS vezes [3] TRÊS vezes [4] QUATRO vezes [5] CINCO vezes ou mais</p> <p>Já teve parto normal? [1] sim Quantos? _____ [2] não</p> <p>Já teve parto a fórcepe (ferro)? [1] sim Quantos? _____ [2] não</p>

Incluindo este parto, quantos partos você teve?

[0] NENHUM [1] UM [2] DOIS [3] TRÊS [4] QUATRO ou mais

Nesta internação, você teve a presença de um acompanhante durante o período de dilatação?

[1] sim **Quem?** [a] parente / amiga / vizinha [b] pessoa indicada pelo hospital (doula)

[2] não

E no momento em que o bebê estava nascendo?

[1] sim **Quem?** [a] parente / amiga / vizinha [b] pessoa indicada pelo hospital (doula)

[2] não

Nesta internação, quando você estava em trabalho de parto no período de dilatação, você recebeu algum procedimento para aliviar a dor que não seja remédio?

[1] sim [2] não

Qual?

[1] orientação sobre respiração	[2] tomou banho morno
[3] orientação e realização de balanço do quadril	[4] recebeu massagem
[5] orientação sobre mudança freqüente de posição	[6] caminhar
[7] realização de exercício com a bola	[8] realização de exercício abaixa e levanta

E durante o parto, você recebeu algum procedimento para aliviar a dor que não seja remédio?

[1] sim [2] não

Qual?

Já teve parto cesárea?

[1] sim Quantas? _____ [2] não

Já teve abortos?

[0] NENHUM [1] UM [2] DOIS [3] TRÊS [4] QUATRO ou mais

Quantas consultas fez de pré-natal nesta gravidez?

[0] nenhuma [1] UMA a CINCO consultas [2] SEIS ou mais consultas

Você havia planejado esta gravidez? [1] sim [2] não

Seu companheiro aceitou esta gravidez? [1] sim [2] não [3] em parte

Você ganhou peso na gravidez? [1] sim [2] não **Quanto engordou?** _____ Kg

Sua opinião a respeito da dor que você sentiu

A sensação dolorosa deve ser avaliada em relação ao “sofrimento físico” sentido ou não, durante as contrações uterinas. Faça um (X) na alternativa que achar adequada.

Durante o trabalho do parto, no período de dilatação (após internação, antes do bebê nascer):

[1] trabalho de PARTO SEM DOR: você não sentiu nenhuma dor. As contrações foram percebidas mas não incomodaram.

[2] trabalho de parto com DOR MUITO SUPORTÁVEL: quando algumas contrações incomodaram, mas foram suportáveis.

[3] trabalho do parto com DOR SUPORTÁVEL: quando muitas contrações incomodaram, mas foram suportáveis.

[4] trabalho de parto com DOR DIFICILMENTE SUPORTÁVEL: quando as contrações foram dificilmente suportáveis e solicitei ou pensei em solicitar remédios para dor.

Durante o parto (quando o bebê estava nascendo):

[1] PARTO SEM DOR: você não sentiu nenhuma dor. As contrações só incomodaram.

[2] DOR MUITO SUPORTÁVEL: quando algumas contrações incomodaram, mas foram suportáveis.

[3] DOR SUPORTÁVEL: quando muitas contrações incomodaram, mas foram suportáveis.

[4] DOR DIFICILMENTE SUPORTÁVEL: quando as contrações foram dificilmente suportáveis e solicitei ou pensei em solicitar remédios para dor.

Sua opinião sobre como você se comportou

Marque com um (X) na alternativa que explica como você se comportou durante os períodos de trabalho do parto (antes do bebê nascer) e do parto (quando o bebê estava nascendo). O comportamento que você teve durante o trabalho de parto e parto deve ser avaliado sem levar em conta a dor que você sentiu.

Durante o trabalho do parto, no período de dilatação (após internação, antes do bebê nascer):

[1] COMPORTAMENTO EXCELENTE [máxima serenidade]: quando você teve um controle do seu trabalho de parto e não sentiu medo nem ficou nervosa.

[2] COMPORTAMENTO MUITO BOM: quando você teve um controle bom do seu trabalho de parto, mas teve que se esforçar para dominar o medo e o nervosismo.

[3] COMPORTAMENTO BOM: quando o seu comportamento foi bom, mas teve alguns momentos em que você se desesperou.

[4] COMPORTAMENTO REGULAR: quando você ficou desesperada a maior parte do tempo.

Durante o parto (quando o bebê estava nascendo):

[1] COMPORTAMENTO EXCELENTE [máxima serenidade]: quando você teve um controle excelente do seu trabalho de parto e não sentiu medo nem ficou nervosa.

[2] COMPORTAMENTO MUITO BOM: quando você teve um controle bom do seu trabalho de parto mas teve que se esforçar para dominar o medo e o nervosismo.

[3] COMPORTAMENTO BOM: quando o seu comportamento foi bom, mas teve alguns momentos em que você se desesperou.

[4] COMPORTAMENTO REGULAR: quando você ficou desesperada a maior parte do tempo.

AS INFORMAÇÕES A SEGUIR SERÃO PREENCHIDAS PELA PESQUISADORA POR MEIO DO SEU PRONTUÁRIO (PASTA). **Muito obrigada por sua atenção. Suas informações serão muito importantes para o meu estudo!**

PARTE 2

PRENCHIMENTO PELA PESQUISADORA

Nº do prontuário: _____ **Data do parto:** ____/____/____ **Horário do parto:** _____

Posição do parto:

[1] semi-sentada [2] DLE [3] litotomia [4] outras _____

Peso do RN: _____ Kg.

Intervenções cirúrgicas durante o parto:

[1] episiorrafia médio-lateral [2] episiorrafia mediana [3] sutura de rotura
[4] sutura de rotura parauretral [5] outros _____

Profissional que acompanhou o trabalho de parto:

[1] enfermeira obstetra [2] médico [3] outro _____

Profissional que realizou o parto:

[1] enfermeira obstetra [2] médico [3] outro _____

Variedade de posição: _____

Tempo decorrido entre as primeiras contrações referidas pela gestante e o parto: _____ min.

Tempo decorrido entre a rotura das membranas e o parto: _____ min.

Tempo de duração do período expulsivo: _____ min.

Tempo de admissão até o parto: _____ min.

Pesquisadora: Evenise Cilene Guarino Nilsen

Rua Alaor Custódio de Oliveira nº 171

Parque São Bento – Limeira- SP. Cep:13484-267

Email :enilsen@terra.com.br

APÊNDICE 2

Escala Analógica Visual (EAV)

Marque na linha abaixo como você estava se sentindo em relação à dor do parto após a internação, durante o trabalho de parto, no período de dilatação (antes do bebê nascer). A sua resposta pode variar de “sem dor” a pior dor possível. Quanto mais à esquerda você marcar, menor a sua dor; quanto mais à direita, maior a dor.



Fonte: <http://www.dor.org.br/imagem/escala1.GIF>

Agora, marque na linha abaixo como você estava se sentindo em relação à dor durante o parto (quando o bebê estava nascendo).



Fonte: <http://www.dor.org.br/imagem/escala1.GIF>

APÊNDICE 3

Escala Alfanumérica (EAN)

Marque na linha abaixo como você estava se sentindo em relação à dor do parto após a internação, durante o trabalho de parto, no período de dilatação (antes do bebê nascer). A dor “aumenta” da esquerda para a direita, isto é, quanto menos dor você sentiu, mais à esquerda você deve marcar e quanto mais dor você sentiu, mais à direita.



Fonte: <http://www.dor.org.br/imagem/escala1.GIF>

Agora, marque na linha abaixo como você estava se sentindo em relação à dor durante o parto (quando o bebê estava nascendo).



Fonte: <http://www.dor.org.br/imagem/escala1.GIF>

APÊNDICE 4

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: DOR E COMPORTAMENTO DE MULHERES DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Responsável: Evenise Cilene Guarino Nilsen - Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Baena de Moraes Lopes – Professora Associada do Departamento de Enfermagem da FCM/Unicamp

Co-orientador: Prof. Dr. José Hugo Sabatino - Professor Associado do Departamento de Tocoginecologia da FCM/Unicamp

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento de mulheres no momento do trabalho de parto e parto.

Estou ciente que terei que responder um questionário com meu nome, idade e outras perguntas e também responder sobre como foi a intensidade da dor e meu comportamento durante o trabalho de parto e no momento do parto. Sei que no final do questionário têm dois riscos (escalas) para eu marcar um ponto pra mostrar como que foi a dor que senti no momento do trabalho de parto e no parto. As respostas de todos os questionários serão estudadas.

Participando desta pesquisa, estarei contribuindo para identificar qual é o momento do nascimento considerado mais doloroso para a mulher.

Fui informada de que esta pesquisa não trará nenhum risco para a minha saúde e que meu nome e informações que permitam minha identificação não serão revelados

(serão mantidos em sigilo, em segredo) quando essa pesquisa for apresentada em congressos e outras reuniões científicas ou quando for publicada. O questionário que responderei será guardado em local seguro. Todas as informações só poderão ser utilizadas para cálculos estatísticos, pesquisas ou para aulas sempre mantendo meu nome em segredo.

Não há previsão de ressarcimento, pois não há riscos previsíveis pela participação na pesquisa nem possibilidade de reembolso com os gastos porque a pesquisa ocorrerá somente no momento em que estiver internada.

A minha participação neste estudo é voluntária e tenho o direito de não aceitar ou interromper a minha participação a qualquer momento sem que isto me faça sofrer qualquer penalidade ou prejuízo. Também entendo que a pesquisadora tem o direito de me excluir do estudo a qualquer momento, se houver necessidade.

A responsável por este estudo me explicou sobre a necessidade dessa pesquisa e se prontificou a me explicar todas as minhas dúvidas.

Eu estou de acordo em participar do estudo de livre e espontânea vontade e entendo a importância dele. Sei que é meu direito manter uma cópia deste consentimento.

Eu,.....,
portador(a) do RG nº, ou outro documento
Endereçonº.....
Bairro:.....na cidade de,telefone:()
.....,concordo em participar da pesquisa “ Dor e Comportamento de
mulheres em Trabalho de Parto e Parto ”, conduzida pela pesquisadora Evenise Cilene
Guarino Nilsen.

Para questões relacionadas a este estudo, contate:

Pesquisadora Evenise Cilene Guarino Nilsen

Rua Alaor Custódio de Oliveira nº 171 Pq. São Bento – Limeira – SP.

Cep: 13484-267. Telefones: (19) 3441-8459 / 8192-2228

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp

Rua Alexander Fleming, 101 Cidade Universitária – Campinas-SP

Cep. 13083-970 Cx. Postal: 6030 Telefone (19) 3521-8936

Assinatura do pesquisador

Assinatura da participante

São Paulo, dede 2008.

APÊNDICE 5

A/C _____

CARTA CONVITE AO JUÍZ

Validação de Questionário

Na qualidade de aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), sob orientação da Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, estou desenvolvendo uma pesquisa que visa avaliar a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento de mulheres, durante o trabalho de parto e parto, normal, sem analgesia, nas posições semi-sentada e decúbito lateral esquerdo.

O projeto já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp. As mulheres que concordarem em participar da pesquisa deverão responder, no puerpério imediato, a um questionário que inclui duas escalas de dor.

O Questionário Pós-Parto utilizado no presente estudo teve como base o instrumento elaborado pelo Grupo de Parto Alternativo do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Unicamp, cujo uso foi autorizado pelo autor. Esse instrumento contém perguntas semi-fechadas e fechadas e foi adaptado para a presente pesquisa.

Portanto, gostaria de convidá-la para participar como juiz na validação do conteúdo do Questionário Pós-parto após adaptação, avaliando as questões quanto ao grau de clareza, relevância, pertinência e abrangência, bem como o instrumento como um todo quando à sua diagramação (*layout*). Para tanto estou encaminhando um instrumento de avaliação anexo com as instruções.

Caso aceite nosso convite, solicito a devolução do instrumento para a autora até o dia 05/05/2008. Para ser obtido consenso quanto às modificações necessárias, foi agendada uma reunião para o dia 06/05/2008 às 14h no Hospital Medical.

Agradeço antecipadamente a sua atenção.

Atenciosamente

Evenise Cilene Guarino Nilsen

APÊNDICE 6

Orientação para Validação de Conteúdo do Instrumento

O questionário a ser avaliado é constituído de duas partes. A primeira contém questões relativas à intensidade da sensação dolorosa e comportamento no momento do trabalho de parto e parto e variáveis de caracterização da amostra, será preenchida pela própria puérpera sem interferência de terceiros. A segunda parte do questionário será preenchida pela pesquisadora com dados relacionados ao parto e ao bebê.

Este instrumento foi elaborado pelo Grupo de Parto Alternativo do CAISM – Unicamp e adaptado pela pesquisadora para utilização no presente estudo, que busca avaliar a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento de mulheres, durante o trabalho de parto e parto, normal, sem analgesia, nas posições semi-sentada e decúbito lateral esquerdo.

O questionário será julgado por especialistas da área de dor e/ou assistência à saúde da mulher, para adequação do conteúdo teórico referente às questões adaptadas (validação de conteúdo) avaliando clareza, relevância, pertinência e abrangência conforme as seguintes opções de resposta: “**concordo**”, “**discordo**” e “**sugestões**”.

Os juízes ao observar a *clareza* do instrumento, irão avaliar o grau de compreensão das questões que serão aplicadas aos sujeitos participantes da pesquisa.

Quanto à *relevância*, será verificada a importância da questão em relação aos fenômenos estudados.

A avaliação da *pertinência* refere-se em relacionar o quanto a questão pertence ao assunto estudado.

Ao observar a *abrangência* do instrumento, os juízes avaliarão a dimensão que as questões abordam os fenômenos estudados.

O questionário também deverá ser avaliado como um todo quanto à sua diagramação (*layout*).

Em caso de dúvidas quanto ao preenchimento, favor entrar em contato por meio do e-mail: enilsen@terra.com.br.

APÊNDICE 7

Adaptado pela pesquisadora, com autorização do autor, a partir do Questionário Pós-Parto desenvolvido pelo Grupo de Parto Alternativo da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, para processo de validação de conteúdo.

FICHA PÓS-PARTO

PARTE 1

PREENCHIMENTO PELA MÃE (Variáveis de caracterização da amostra e de controle)

Data do preenchimento: ___/___/___	
Nome: _____	Idade: □□ anos
Estado civil	[1] solteira [2] desquitada [3] casada [4] amasiada [5] viúva () concordo () discordo
Sugestão:.....	
Quantos anos você estudou?	
colegial	[1] ANALFABETA [não estudou] [5] MÉDIO INCOMPLETO [até 3º ano]
	[2] FUNDAMENTAL COMPLETO [até 8º série] [6] SUPERIOR COMPLETO [faculdade]
	[3] FUNDAMENTAL INCOMPLETO [até 8º série] [7] SUPERIOR INCOMPLETO [faculdade]
	[4] MÉDIO COMPLETO [até 3º ano colegial] [8] PÓS-GRADUAÇÃO [após faculdade]
() concordo () discordo	
Sugestão:.....	
Mora com o pai da criança?	[1] sim [2] não () concordo () discordo
Sugestão:.....	
Quantas vezes ficou grávida? [1] UMA vez [2] DUAS vezes [3] TRÊS vezes [4] QUATRO vezes [5] CINCO vezes ou mais	
() concordo () discordo	
Sugestão:.....	

Quantas consultas fez de pré-natal nesta gravidez? [0] nenhuma [1] UMA a CINCO consultas [2] SEIS ou mais consultas
 concordo discordo

Sugestão:.....

Você havia planejado esta gravidez? [1] sim [2] não
 concordo discordo

Sugestão:.....

Você aceitou esta gravidez? [1] sim [2] não [3] em parte
 concordo discordo

Sugestão:.....

Seu companheiro aceitou esta gravidez? [1] sim [2] não [3] em parte
 concordo discordo

Sugestão:.....

Você ganhou peso na gravidez? [1] sim [2] não Quanto engordou? _____Kg
 concordo discordo

Sugestão:.....

<p>Teve quantos abortos?</p> <p>[0] NENHUM</p> <p>[1] UM</p> <p>[2] DOIS</p> <p>[3] TRÊS</p> <p>[4] QUATRO ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> discordo</p> <p>Sugestão:..... </p>	<p>Teve quantos partos?</p> <p>[0] NENHUM</p> <p>[1] UM</p> <p>[2] DOIS</p> <p>[3] TRÊS</p> <p>[4] QUATRO ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> discordo</p> <p>Sugestão:..... </p>	<p>Já teve cesárea?</p> <p>[1] sim Quantas? ____</p> <p>[2] não</p> <p><input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> discordo</p> <p>Sugestão:..... </p>	<p>Já teve parto normal ou fórceps?</p> <p>[1] sim Quantos? ____</p> <p>[2] não</p> <p><input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> discordo</p> <p>Sugestão:..... </p>
--	---	---	---

Sua opinião sobre seu comportamento

Marque com um (X) na alternativa que explica como você se comportou durante os períodos de trabalho do parto (antes do bebê nascer) e do parto (quando o bebê estava nascendo). O comportamento que você teve durante o trabalho de parto e parto deve ser avaliado sem levar em conta a dor que você sentiu.

Durante o trabalho do parto (após internação, antes do bebê nascer):

- [1] COMPORTAMENTO EXCELENTE [máxima serenidade]: quando controla perfeitamente seu trabalho de parto, sem temores e sem nervosismo.
- [2] COMPORTAMENTO MUITO BOM: quando controla seu trabalho do parto, porém teve que fazer um grande esforço para dominar momentos de medo ou nervosismo.
- [3] COMPORTAMENTO BOM: quando em geral o comportamento foi bom, porém não logrou evitar alguns momentos de descontrole.
- [4] COMPORTAMENTO REGULAR: quando o descontrole do comportamento se realizou em grande parte do período.
- [5] COMPORTAMENTO MAU: quando o descontrole se realizou em todo ou quase todo o período.

() concordo

() discordo

Sugestão:.....
.....

Durante o parto (no momento que o bebê estava nascendo):

- [1] COMPORTAMENTO EXCELENTE [máxima serenidade]: quando controla perfeitamente seu trabalho de parto, sem temores e sem nervosismo.
- [2] COMPORTAMENTO MUITO BOM: quando controla seu trabalho do parto, porém teve que fazer um grande esforço para dominar momentos de medo ou nervosismo.
- [3] COMPORTAMENTO BOM: quando em geral o comportamento foi bom, porém não logrou evitar alguns momentos de descontrole.
- [4] COMPORTAMENTO REGULAR: quando o descontrole do comportamento se realizou em grande parte do período.
- [5] COMPORTAMENTO MAU: quando o descontrole se realizou em todo ou quase todo o período.

() concordo

() discordo

Sugestão:.....
.....

Sua opinião sobre como foi sua sensação dolorosa

A sensação dolorosa deve ser avaliada em relação ao “sofrimento físico” sentido ou não, durante as contrações uterinas. Faça um (X) na alternativa que achar adequada.

Durante o trabalho do parto (após internação, antes do bebê nascer):

- [1] trabalho de PARTO SEM DOR: ausência total de sensação dolorosa. A sensação das contrações foi considerada todo tempo “incômoda”.
- [2] trabalho de PARTO MUITO SUPORTÁVEL: quando menos de dez contrações foram insuportáveis.
- [3] trabalho do PARTO SUPORTÁVEL: quanto mais de vinte contrações foram suportáveis.
- [4] trabalho de PARTO DIFICILMENTE SUPORTÁVEL: quando as contrações foram insuportáveis e solicitou analgésicos.
- [5]) trabalho do PARTO INSUPORTÁVEL: quando foi necessário dar analgésicos ou anestésicos.

() concordo

() discordo

Sugestão:.....
.....

Durante o parto (no momento que o bebê estava nascendo):

- [1] trabalho de PARTO SEM DOR: ausência total de sensação dolorosa. A sensação das contrações foi considerada todo tempo “incômoda”.
- [2] trabalho de PARTO MUITO SUPORTÁVEL: quando menos de dez contrações foram insuportáveis.
- [3] trabalho do PARTO SUPORTÁVEL: quanto mais de vinte contrações foram suportáveis.
- [4] trabalho de PARTO DIFICILMENTE SUPORTÁVEL: quando as contrações foram insuportáveis e solicitou analgésicos.
- [5]) trabalho do PARTO INSUPORTÁVEL: quando foi necessário dar analgésicos ou anestésicos.

() concordo

() discordo

Sugestão:.....
.....

As informações à seguir serão preenchidas pela pesquisadora por meio do seu prontuário (pasta).

Muito obrigada por sua atenção. Suas informações serão muito importantes para o meu estudo!

PARTE 2

PRENCHIMENTO PELA PESQUISADORA

Nº do prontuário: _____ Data do parto: ____/____/____ Horário do parto:

Posição em que deu a luz: [1] semi-sentada [2] decúbito lateral esquerdo
() concordo () discordo

Sugestão:.....
.....

Peso do RN: _____ Kg.

Intervenções cirúrgicas durante o parto: [1] episiotomia [2] sutura de rotura [3] outros _____
() concordo () discordo

Sugestão:.....
.....

Variedade de posição: _____

Tempo de duração do período de dilatação: _____ min.

Tempo de rotura de membranas: _____ min.

Tempo de duração do período expulsivo: _____ min.

Tempo de admissão até o parto: _____ min.

() concordo () discordo

Sugestão:.....
.....

Pesquisadora: Evenise Cilene Guarino Nilsen

Rua Alaor Custódio de Oliveira nº 171

Parque São Bento – Limeira- SP. Cep:13484-267

Email :enilsen@terra.com.br

Escala Analógica Visual (EAV)

Marque na linha abaixo como você estava se sentindo após a internação, antes do bebê nascer. A sua resposta pode variar de “sem dor” a dor insuportável. Quanto mais à esquerda você marcar, menor a sua dor; quanto mais à direita, maior a dor.



Fonte: <http://www.dor.org.br/imagem/escala1.GIF>

Agora, marque na linha abaixo como você estava se sentindo no momento em que o bebê estava nascendo.



Fonte: <http://www.dor.org.br/imagem/escala1.GIF>

Sugestão: () concordo () discordo
.....

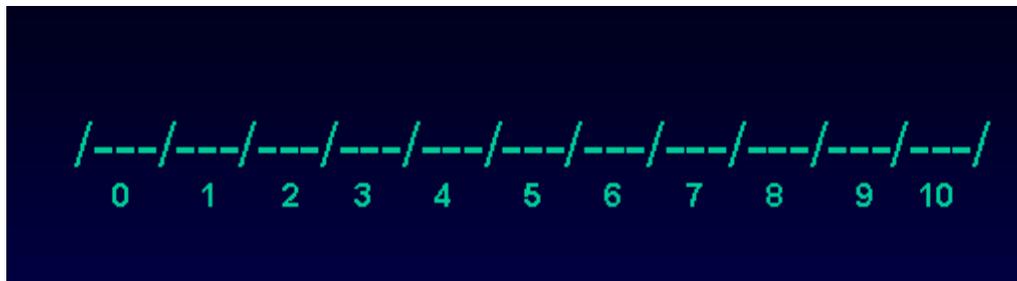
Escala Alfanumérica (EAN)

Marque na linha abaixo como você estava se sentindo após a internação, antes do bebê nascer. A dor “aumenta” da esquerda para a direita, isto é, quanto menos dor você sentiu, mais à esquerda você deve marcar e quanto mais dor você sentiu, mais à direita.



Fonte: <http://www.dor.org.br/imagem/escala1.GIF>

Agora, marque na linha abaixo como você estava se sentindo no momento em que o bebê estava nascendo.



Fonte: <http://www.dor.org.br/imagem/escala1.GIF>

concordo

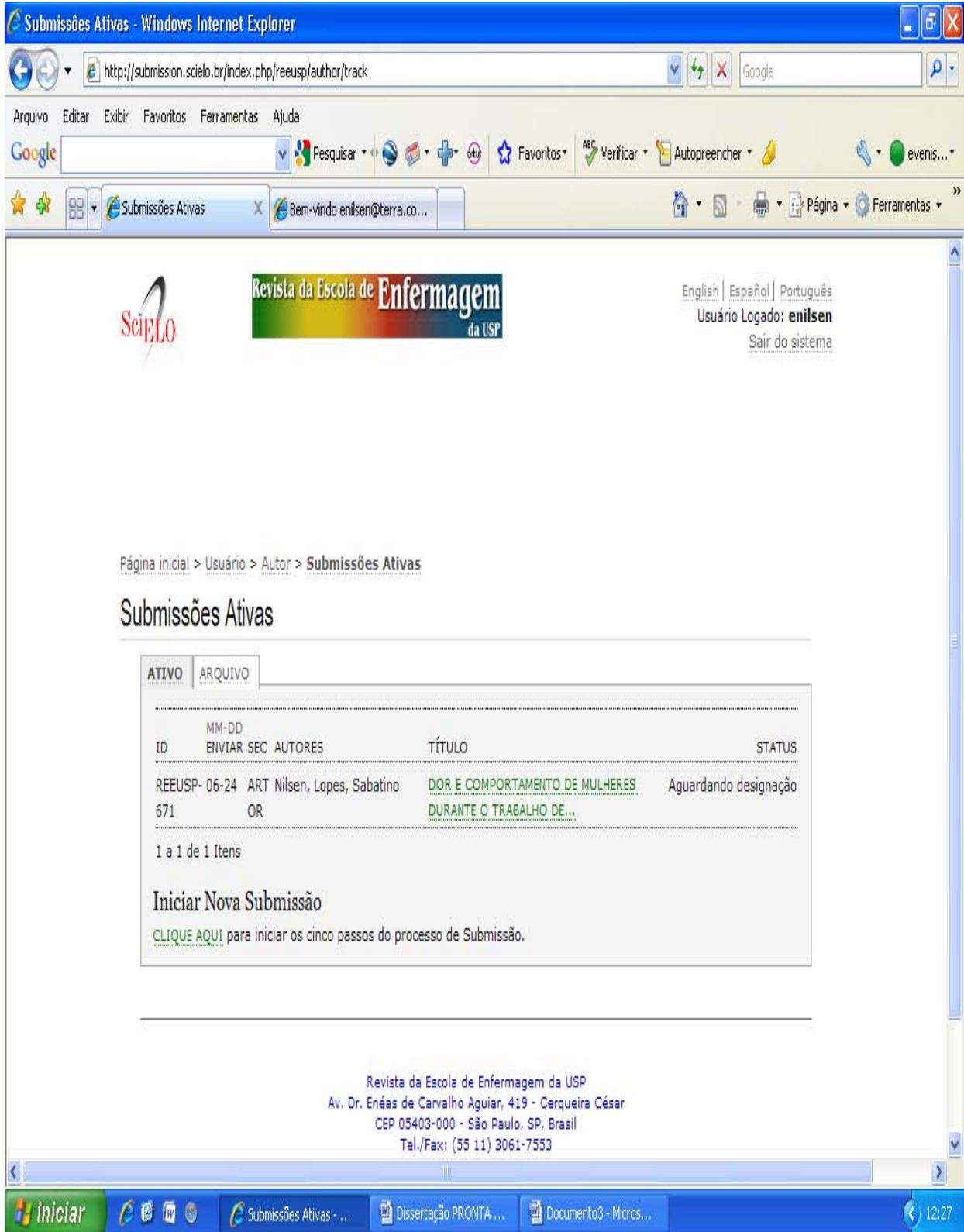
discordo

Sugestão:.....

A diagramação (*layout*) é adequada inadequada

Sugestões _____

APÊNDICE 8



Submissões Ativas - Windows Internet Explorer

http://submission.scielo.br/index.php/reeusp/author/track

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Google Pesquisar Favoritos Verificar Autopreencher

Submissões Ativas Bem-vindo enilsen@terra.co...

English Español Português

Usuário Logado: **enilsen**

Sair do sistema

Página inicial > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

Submissões Ativas

ATIVO ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIAR SEC	AUTORES	TÍTULO	STATUS
REEUSP- 671	06-24	ART Nilsen, Lopes, Sabatino OR	DOR E COMPORTAMENTO DE MULHERES DURANTE O TRABALHO DE...	Aguardando designação

1 a 1 de 1 Itens

Iniciar Nova Submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de Submissão.

Revista da Escola de Enfermagem da USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Cerqueira César
CEP 05403-000 - São Paulo, SP, Brasil
Tel./Fax: (55 11) 3061-7553

Iniciar Submissões Ativas - ... Dissertação PRONTA ... Documento3 - Micros... 12:27

APÊNDICE 9

De: "Arlete de Oliveira Batista" <reeusp@usp.br>
Para: "Evenise Guarino Nilsen" <enilsen@terra.com.br>
Assunto: [REEUSP] Agradecimento pelaSubmissão

Enviado: Qua 24/06/09 12:23

Prioridade: Normal

Evenise Guarino Nilsen,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Dor e Comportamento de Mulheres durante o Trabalho de Parto e Parto" para aRevista da Escola de Enfermagem da USP. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/reeusp/author/submission/14549>

Login: enilsen

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos o interesse em publicar em nossa Revista.

Arlete de Oliveira Batista
Revista da Escola de Enfermagem da USP
Revista da Escola de Enfermagem da USP
<http://submission.scielo.br/index.php/reeusp>

E-mail verificado pelo Terra Anti-Spam.

Para classificar esta mensagem como spam ou não spam, visite

<http://ecp.terra.com.br/cgi-bin/reportsam.cgi?>

+ d=SCY1MTIyNzQ1I3Blcm0hdGVycmEmMSwxMjQ1ODYwMzcwLjYyMDA0Mi42NiUyLmNvc21vbGVkby5oc3QudGVycmEuY29tLmJyLDIzMTI=TerraMail

Verifique periodicamente a pasta Spam para garantir que apenas mensagens indesejadas sejam classificadas como Spam.

Esta mensagem foi verificada pelo E-mail Protegido Terra.

Atualizado em 24/06/2009

De: "Arlete de Oliveira Batista" <reeusp@usp.br> - [REEUSP] Agradecimento pelaSubmissão

ANEXOS

ANEXO 1

GRUPO DE PARTO ALTERNATIVO
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

QUESTIONÁRIO PÓS PARTO

NOME: _____

ENDEREÇO COMPLETO _____

DATA DO PARTO __/__/__/__ NOME DO MÉDICO _____

LOCAL DO PARTO _____

FOI PARTO DE CÓCORAS? _____ CASO NEGATIVO, EXPLIQUE PORQUE NÃO FOI DE CÓCORAS

ASSISTIU A QUANTAS AULAS TEÓRICAS? ____ SEU MARIDO? _____

ASSISTIU QUANTAS AULAS PRÁTICAS? _____

DURANTE O TRABALHO DO PARTO (PERÍODO DE DILATAÇÃO), A SENSÇÃO DAS CONTRAÇÕES ERA PERCEBIDA: A) NA REGIÃO LOMBAR EXCLUSIVAMENTE _____ B) NA REGIÃO ABDOMINAL EXCLUSIVAMENTE _____ C) EM OUTRA REGIÃO (QUAL?) ____ D) NAS REGIÕES LOMBAR E ABDOMINAL _____ E) NAS REGIÕES LOMBAR, ABDOMINAL E OUTRAS REGIÕES _____

COMENTÁRIOS _____

DURANTE O TRABALHO DO PARTO (PERÍODO EXPULSIVO), A SENSÇÃO DAS CONTRAÇÕES ERA PERCEBIDA: A) NA REGIÃO LOMBAR EXCLUSIVAMENTE _____ B) NA REGIÃO ABDOMINAL EXCLUSIVAMENTE _____ C) NA REGIÃO PERINEAL EXCLUSIVAMENTE _____ D) NAS REGIÕES LOMBAR E ABDOMINAL _____ E) NAS REGIÕES LOMBAR, E PUDENDA _____ F) NAS TRÊS REGIÕES _____ G) EM OUTRA REGIÃO _____

COMENTÁRIOS _____

COMPORTAMENTO

FATOR COMPORTAMENTO, DEVE SER JULGADO E AVALIADO COM TOTAL INDEPENDÊNCIA DA SENSÇÃO DOLOROSA. FAÇA UM (X) NA ALTERNATIVA, QUE CONSIDERA A SEU ENTENDER CORRESPONDENTE AO SEU COMPORTAMENTO DURANTE OS PERÍODOS DE TRABALHO DO PARTO (PERÍODO DE DILATAÇÃO) E DO PARTO (PERÍODO EXPULSIVO).

1 -DURANTE O TRABALHO DO PARTO:

A) COMPORTAMENTO EXCELENTE (MÁXIMA SERENIDADE)____ (QUANDO CONTROLA PERFEITAMENTE SEU T. PARTO, SEM TEMORES E SEM NERVOSISMO).

B) COMPORTAMENTO MUITO BOM _____ (QUANDO CONTROLA SEU TRABALHO DO PARTO, PORÉM TEVE QUE FAZER UM GRANDE ESFORÇO PARA DOMINAR MOMENTOS DE MEDO OU NERVOSISMO).

C) COMPORTAMENTO BOM ____ (QUANDO EM GERAL O COMPORTAMENTO FOI BOM PORÉM NÃO LOGROU EVITAR ALGUNS MOMENTOS DE DESCONTROLE).

D) COMPORTAMENTO REGULAR____ (QUANDO O DESCONTROLE DO COMPORTAMENTO SE REALIZOU EM GRANDE PARTE DO PERÍODO).

E) COMPORTAMENTO MAU _____ (QUANDO O DESCONTROLE SE REALIZOU EM TODO OU QUASE TODO O PERÍODO)

2) DURANTE O PARTO

A) COMPORTAMENTO EXCELENTE _____

B) COMPORTAMENTO MUITO BOM _____

C) COMPORTAMENTO BOM _____

D) COMPORTAMENTO REGULAR _____

E) COMPORTAMENTO MAU _____

SENSAÇÃO DOLOROSA

FATOR SENSACÃO DOLOROSA DEVE SER AVALIADO EM RELAÇÃO AS “MOLÉSTIAS” SENTIDAS OU NÃO, DURANTE AS CONTRAÇÕES UTERINAS. FAÇA UM (X) NA ALTERNATIVA ADEQUADA.

1) DURANTE O TRABALHO DE PARTO:

A) TRABALHO DO PARTO SEM DOR _____ (AUSÊNCIA TOTAL DE SENSACÃO DOLOROSA. A SENSACÃO DAS CONTRAÇÕES FOI CONSIDERADA TODO TEMPO “INCÔMODA”).

B) TRABALHO DE PARTO MUITO SUPORTÁVEL _____ (QUANDO MENOS DE DEZ CONTRAÇÕES FORAM INSUPORTÁVEIS).

C) TRABALHO DO PARTO SUPORTÁVEL _____ (QUANTO MAIS DE VINTE CONTRAÇÕES FORAM SUPORTÁVEIS).

D) TRABALHO DE PARTO DIFICILMENTE SUPORTÁVEL _____ (QUANDO AS CONTRAÇÕES FORAM INSUPORTÁVEIS E SOLICITOU ANALGÉSICOS).

E) TRABALHO DO PARTO INSUPORTÁVEL _____ (QUANDO FOI NECESSÁRIO DAR ANALGÉSICOS OU ANESTÉSICOS).

2) DURANTE O PARTO:

A) PARTO SEM DOR _____

B) PARTO MUITO SUPORTÁVEL _____

C) PARTO SUPORTÁVEL _____

D) PARTO DIFICILMENTE SUPORTÁVEL _____

E) PARTO INSUPORTÁVEL _____

FATORES DO CURSO

PARA CONSEGUIR UMA MELHOR PREPARAÇÃO FUTURA, É MUITO IMPORTANTE CONHECER COMO INFLUI EM VOCÊ OS SEGUINTE FATORES DO CURSO.

NUMERE POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA OS FATORES, POR EXEMPLO: SE O FATOR QUE MAIS INFLUIU EM VOCÊ FORAM AS RESPIRAÇÕES, COLOQUE UM (1) NO PARÊNTESE SITUADO A DIREITA DO FATOR, SE LOGO EM SEGUIDA DE IMPORTÂNCIA FORAM AS AULAS TEÓRICAS, COLOQUE UM (20) A DIREITA DO MESMO FATOR, E ASSIM POR DIANTE.

<u>FATORES</u>	<u>NÚMERO DE ORDEM</u>
- OS CONHECIMENTOS TEÓRICOS ADQUIRIDOS	()
- O TREINO DO RELAXAMENTO	()
- O TREINO DAS RESPIRAÇÕES	()
- O TREINO DOS EXERCÍCIOS	()
- A CONFIANÇA CRIADA EM VOCÊ PELO DOCENTE	()
- A INFLUÊNCIAS DA COMPANHEIRAS DE GRUPOS	()
- A INFLUÊNCIA ADQUIRIDA DE LEITURA ESPECIFICA	()

OBSERVAÇÕES:

FATORES DO PARTO

DESEJAMOS SABER QUE FATORES, A SEU ENTENDER, INFLUÍRAM: FAVORAVELMENTE (F) DESFAVORAVELMENTE (D), E OS QUE FORMA INDIFERENTE (I). COLOQUE A ALTERNATIVA CORRETA.

<u>FATORES</u>	<u>LETRA</u>
- O CURSO DE PREPARAÇÃO FÍSICA	()
- A ATITUDE DE SEU MARIDO	()
- A ATITUDE DO MÉDICO	()
- A ATITUDE DE SUA FAMÍLIA (MÃE, ETC.)	()
- A ATITUDE DA ENFERMEIRA	()
- O AMBIENTE DO HOSPITAL	()
- A ATITUDE DE SUA AMIGAS	()
- A PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA	()

OBSERVAÇÕES:

OUTROS FATORES

QUAL FOI A IMPRESSÃO DE SEU MARIDO SOBRE O CURSO?

1) FAVORÁVEL ()

2) DESFAVORÁVEL ()

3) INDIFERENTE ()

OBSERVAÇÕES

DESCREVA COMO FOI SUA EXPERIÊNCIA PSICOLÓGICA (EMOCIONAL) NESTE TIPO DE PARTO?

DESCREVA COMO FOI SUA EXPERIÊNCIA FÍSICA (ESFORÇO) NESTE TIPO DE PARTO.

ENUMERE A COISA QUE MAIS LHE IMPRESSIONOU FAVORAVELMENTE DO CURSO E DO PARTO.

DO CURSO _____ **DO**

PARTO _____

ENUMERE A COISA QUE MAIS LHE IMPRESSIONOU DESFAVORAVELMENTE DO CURSO E DO PARTO.

DO CURSO _____ **DO**

PARTO _____

QUAIS CONSELHOS VOCÊ NOS DARIA PARA APERFEIÇOAR O CURSO?

DESCREVA QUALQUER OUTRO ASPECTO REFERENTE A SUA EXPERIÊNCIA QUE CONSIDERA DE INTERESSE, E QUE NÃO TENHA SIDO MENCIONADO NESTE QUESTIONÁRIO.

ESTE QUESTIONÁRIO É DE GRANDE IMPORTÂNCIA PARA MELHORAR O ATENDIMENTO DE PARTOS FUTUROS. POR ISTO SOLICITAMOS O PREENCHIMENTO CORRETO E COMPLETO DO MESMO ANTES DE RETIRAR-SE DO HOSPITAL E ENTREGÁ-LO AO MEMBRO DO GRUPO. CASO NÃO FOI ENTREGUE FAVOR ENVIÁ-LO PELO CORREIO AO SEGUINTE ENDEREÇO:

DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA DA FCM/CAISM/UNICAMP

GRUPO DE PARTO DE CÓCORAS

RUA ALEXANDER FLEMING, 101 CIDADE UNIVERSITÁRIA – CAMPINAS/SP

CEP. 13083-970 CX. POSTAL: 6030

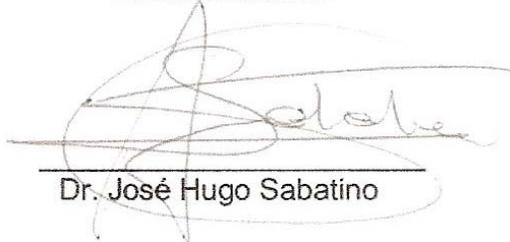
ANEXO 2

Campinas, 07 de fevereiro de 2008.

AUTORIZAÇÃO

Eu Dr. José Hugo Sabatino, Professor Associado do Departamento de Tocoginecologia da FCM/Unicamp, autor do Questionário Pós-Parto desenvolvido e validado para utilização em puérperas do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), autorizo a pesquisadora Evenise Cilene Guarino Nilsen aluna regularmente matriculada no curso de Pós-Graduação em Enfermagem - nível Mestrado pelo Programa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) a utilizar o instrumento de minha autoria em sua presente pesquisa bem como realizar adaptações necessárias para sua aplicação no cenário de estudo.

Atenciosamente



Dr. José Hugo Sabatino

ANEXO 3



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 175096
Projeto de Pesquisa DOR E COMPORTAMENTO DE MULHERES DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO				
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum			Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica
Unitermos Dor Intermitente, Comportamento, Trabalho de Parto, Parto.				
Sujeitos na Pesquisa				
Nº de Sujeitos no Centro 300	Total Brasil 300	Nº de Sujeitos Total 300	Grupos Especiais	
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO
Pesquisador Responsável				
Pesquisador Responsável Evenise Cilene Guarino Nilsen		CPF 139.689.108-00	Identidade 21.851.028	
Área de Especialização ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA		Maior Titulação ESPECIALISTA	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA: ALAOR CUSTÓDIO DE OLIVEIRA N° 171		Bairro PQ. SÃO BENTO	Cidade LIMEIRA - SP	
Código Postal	Telefone 19-3444-6612 / 19- 3441-8459	Fax 3445-1025	Email enilsen@terra.com.br	
Termo de Compromisso				
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.				
Data: ____/____/____			Assinatura _____	
Instituição Onde Será Realizado				
Nome Pronto Socorro e Maternidade Zoraide Eva das Dores		CNPJ 46.523.130/0001-00	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Maternidade		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rua Carlos Eduardo Domingues Tântico, 77		Bairro Jd. Tereza	Cidade Itapeperica da Serra - SP	
Código Postal	Telefone (11) 4666-5444	Fax (11) 4165-2980	Email	
Termo de Compromisso				
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.				
Nome: <u>Rafael Ferreira Bruognago</u>		Assinatura _____		
Data: <u>07/02/2008</u>				
Vinculada				
Nome UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas - SP		CNPJ 04.606.842/5000-13	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Departamento de Enfermagem		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rua Tessália Vieira de Camargo 126		Bairro Barão Geraldo	Cidade Campinas - SP	
Código Postal 13084970	Telefone 19 35218936	Fax 19 35218936	Email cep@fcm.unicamp.br	
Termo de Compromisso				
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.				
Nome: _____			Assinatura _____	
Data: ____/____/____				

ANEXO 4

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 11/03/08.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 049/2008 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0109.0.000.146-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “DOR E COMPORTAMENTO DE MULHERES DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Evenise Cilene Guarino Nielsen
INSTITUIÇÃO: Pronto Socorro e Maternidade Zoraide Eva das Dores
APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/02/2008

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 26/02/09 (O formulário encontra-se no site acima)

II - OBJETIVOS

Avaliar a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento de mulheres, durante o trabalho de parto e parto, que tiveram parto normal, sem analgesia, nas posições semi-sentada e decúbito lateral esquerdo. Descrever a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento durante o trabalho de parto e parto; verificar a associação entre intensidade da sensação dolorosa e o comportamento durante o trabalho de parto e parto e verificar se a posição materna durante o ato expulsivo interfere na intensidade da sensação dolorosa e no comportamento durante o parto.

III - SUMÁRIO

O trabalho a ser realizado está no contexto de uma dissertação de mestrado de caráter quantitativo e exploratório, descritivo e comparativo. O estudo será realizado em uma maternidade pública que atende cerca de 150 partos/mês, sendo em média 130 partos considerados normais em posição semi-sentada, litotômica ou decúbito lateral esquerdo. Destes, cerca de 50 partos/mês são realizados sem analgesia. Serão entrevistadas todas as mulheres maiores de 18 anos de idade que atenderem aos critérios de inclusão e que aceitarem participar do estudo durante seis meses.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto encontra-se adequado à resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -

Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada. O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de fevereiro de 2008.

Profa. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

CN
EDITORAÇÃO
F. (19)9188.8666



TERMO DE AUTORIZAÇÃO - TESE/DISSERTAÇÃO

Eu **EVENISE CILENE GUARINO NILSEN**

Nacionalidade: brasileira, estado civil: casada, profissão: enfermeira, residente e domiciliado na (endereço): Rua: Alaor custódio de Oliveira, 171 Parque São Bento, Cidade: Limeira, Estado: SP, portador do documento de identidade número: 21.851.028-7, na qualidade de titular dos direitos morais e patrimoniais de autor da OBRA (título) Dor e Comportamento durante o Trabalho de Parto e Parto, tese de (nível) Mestrado, apresentada na Universidade Estadual de Campinas em (data) 30/06/2009.

- AUTORIZO a Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP a reproduzir, disponibilizar na rede mundial de computadores - Internet - e permitir a reprodução por meio eletrônico da OBRA, a partir da data da homologação.
- AUTORIZO, a partir de um ano após a data da homologação, a Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, a reproduzir, disponibilizar na rede mundial de computadores - Internet - e permitir a reprodução por meio eletrônico, da OBRA.

Casos excepcionais serão tratados pela CPG.

Campinas, 20 de maio de 2009.

Assinatura do(a) Aluno(a):

Ciente do(a) Orientador(a):