

**JANAINA D'ÁVILA MOURA**

**DOR NO TRABALHO DE PARTO – influência na satisfação  
com o trabalho de parto e métodos utilizados para o seu controle  
em três maternidades do sul do Brasil**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2007**

**JANAINA D'ÁVILA MOURA**

**DOR NO TRABALHO DE PARTO – influência na satisfação  
com o trabalho de parto e métodos utilizados para o seu controle  
em três maternidades do sul do Brasil**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima  
Professor Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Roxana Knobel**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2007**

## RESUMO

**Introdução:** Apesar de ser um processo fisiológico e natural, o trabalho de parto é acompanhado de dor intensa para muitas mulheres. A relação entre essa sensação dolorosa e a satisfação da mulher com o parto é complexa. Para minimizar esse desconforto há métodos para alívio da dor, que podem ser farmacológicos ou não farmacológicos.

**Objetivos:** Este trabalho avaliou a influencia da dor referida durante o processo de parturição com a satisfação da mulher com seu parto, segundo opinião das próprias mulheres. Também buscou quantificar a dor referida pelas mulheres e as expectativas das mesmas com relação e essa dor, além da utilização de métodos para seu alívio em hospitais escola no sul do Brasil.

**Métodos:** Trata-se de estudo quali-quantitativo, transversal e multicêntrico conduzido mediante análise de entrevistas e prontuários de puérperas que tiveram trabalho de parto acompanhado em um dos três hospitais participantes no período de maio a agosto de 2006.

**Resultados:** Mais da metade das mulheres referiu dor insuportável. Praticamente 90% referiram que a dor foi forte, muito forte ou insuportável. A dor foi maior que a esperada para 63,6% das mulheres. As mulheres que classificaram a dor no trabalho de parto como sendo insuportável tiveram 1,87 (IC=1,21-2,91) vezes mais chances de se sentirem mal com sua experiência de parturição. De modo semelhante, ter dor pior que a esperada contribuiu significativamente ( $p=0,006$ ) para que as mulheres se sentissem mal com seu trabalho de parto. Aproximadamente 65% das mulheres utilizaram algum método não farmacológico para alívio da dor e menos de 15% receberam algum método farmacológico para este fim.

**Conclusões:** Na amostra estudada, a maior parte das mulheres em trabalho de parto sentiu dores fortes ou insuportáveis e isso contribuiu para que se sentissem mal com a experiência da parturição. Observou-se também que uma parcela considerável destas mulheres não recebeu assistência obstétrica para alívio da dor, seja através de métodos farmacológicos ou não farmacológicos.

## ABSTRACT

**Background:** Although it is a physiological and natural process, childbirth is painful for most women. The relationships between childbirth satisfaction and labor pain are complex. To alleviate the labor pain there are pain relief methods, pharmacologic or nonpharmacologic.

**Objective:** This study evaluated the influences of labor pain in women`s satisfaction with childbirth experience, according to the women`s opinion. It also intended to quantify the labor pain and the women`s expectation about this one, and the use of methods for pain relief in three teaching hospitals of the south of Brazil .

**Method:** This is a qualitative and quantitative, cross-sectional and multicentric study conducted by analysis of interviews and medical registries of women who had labor and delivery at one of the three participant hospitals during the period between May and August 2006.

**Results:** More than half of the women referred unbearable pain. Almost 90% had referred that pain was strong, very strong or unbearable. Pain was more severe than expected for 63,6% of the women. Women who classified labor pain as unbearable had 1,87 (IC=1,21-2,91) times more chance of feeling bad with the experience of childbirth. In a similar way, having pain more severe than expected contributed significantly ( $p=0,006$ ) to feel bad with the childbirth experience. About 65% of women used some nonpharmacologic method for pain relief and less than 15% received some pharmacologic method for pain relief.

**Conclusions:** In the studied sample, most of women in labor felt strong or unbearable pain and that contributes for felling bad with the childbirth experience. We also observed that an important amount of these women did not receive obstetric assistance for pain relief, either through pharmacologic or nonpharmacologic methods.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das mulheres entrevistadas segundo características sócio-demográficas.....	12
Tabela 2: Distribuição das mulheres entrevistadas segundo características obstétricas e da gestação atual.....	12
Tabela 3: Distribuição das mulheres segundo dor referida pela EAV .....	13
Tabela 4: Distribuição das mulheres segundo expectativa da dor.....	14
Tabela 5: Análise univariada da associação entre a dor referida e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Trabalho de Parto .....	15
Tabela 6: Distribuição das mulheres segundo utilização de cuidados de assistência para alívio da dor durante o trabalho de parto.....	15
Tabela 7: Distribuição das mulheres segundo utilização de métodos farmacológicos para alívio da dor .....	17
Tabela 8: Distribuição do uso de métodos farmacológicos ou não farmacológicos pelas mulheres que referiram ter sentido dor insuportável.....	17

## SUMÁRIO

<b>FALSA FOLHA DE ROSTO</b> .....	i
<b>FOLHA DE ROSTO</b> .....	ii
<b>RESUMO</b> .....	iii
<b>ABSTRACT</b> .....	iv
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	v
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	5
2.1 Objetivo geral .....	5
2.2 Objetivos específicos .....	5
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	6
3.1 Tipo de estudo .....	6
3.2 Hospitais participantes .....	6
3.3 Amostra .....	7
3.3.1 Critérios de inclusão .....	7
3.3.2 Critérios de exclusão .....	7
3.4 Variáveis analisadas .....	7
3.5 Fonte de dados/Informação .....	10
3.6 Análise dos dados .....	10
3.7 Aspectos éticos .....	10
<b>4. RESULTADOS</b> .....	11
4.1 Características sócio-demográficas e obstétricas .....	11
4.2 Percepção dolorosa .....	13
4.3 Utilização de métodos de alívio da dor .....	15
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	20
<b>6. CONCLUSÕES</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	31
<b>NORMAS ADOTADAS</b> .....	37
<b>ANEXOS</b> .....	38

## 1. INTRODUÇÃO

Apesar de ser um processo fisiológico e natural, culminando em momento de especial felicidade para a família, qual seja o nascimento de um bebê, o trabalho de parto é acompanhado de dor intensa para muitas mulheres.<sup>1</sup>

A experiência da dor do parto é uma resposta complexa, subjetiva e emocional a estímulos sensoriais gerados durante a parturição. É um fenômeno bem presente na natureza da vida humana. De forma diferente de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, a dor do parto não está associada com uma patologia, mas com uma fascinante experiência: o surgimento de uma nova vida<sup>2</sup>. Porque esse processo fisiológico deve causar dor tem sido objeto de debate de filósofos e religiosos, como revisado por Caton.<sup>3</sup>

A dor do parto ocorre no contexto fisiológico e psicológico de uma mulher, individualmente, e no contexto social da cultura que a cerca. Essa cultura não inclui apenas as crenças e padrões de sua família e comunidade, mas também aquelas do sistema de saúde e de seus profissionais.<sup>2</sup>

A parturiente tem motivos suficientes para buscar um lugar seguro a fim de ter seu filho, contando com a assistência de outros para o nascimento. Além de representar uma experiência desagradável para a mãe, a dor do parto desencadeia uma série de respostas fisiológicas que, em certas circunstâncias, podem ser danosas ao binômio materno-fetal<sup>1</sup>.

A literatura sobre analgesia obstétrica enfatiza potenciais conseqüências adversas da dor do parto para a parturiente, para o progresso do parto e para o bem estar do feto.<sup>2</sup>

Acredita-se que os efeitos negativos da dor do parto originam-se, primeiramente, de alterações no padrão respiratório materno e na resposta ao estresse mediada por catecolaminas. Como revisado por Brownridge<sup>4</sup>, os potenciais efeitos fisiológicos da dor do parto severa podem incluir um aumento no consumo de oxigênio e hiperventilação com hipocarbica e alcalose respiratória; estimulação autonômica com liberação de catecolaminas, inibição gástrica e aumento da secreção ácida gástrica, lipólise, aumento da resistência vascular periférica, do débito cardíaco e da pressão arterial; decréscimo na perfusão placentária e atividade uterina descoordenada. No extremo deste espectro, essas respostas são, hipoteticamente, responsáveis por produzir acidemia metabólica materna, acidose fetal, e parto disfuncional. Porém, Brownridge afirma que esses efeitos podem ser largamente inócuos no curso de um parto não complicado.<sup>4</sup>

O processo de parturição é inegavelmente um estado de estresse fisiológico, representado por uma complexa resposta adaptativa neuroendócrina<sup>5</sup>. A dor está envolvida nesse mecanismo, e é gerada, principalmente, pela contração uterina. As outras causas fisiológicas da dor são a hipóxia da musculatura uterina, o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo<sup>6</sup>, o estresse (níveis aumentados de glicocorticóides e catecolaminas) e o limiar baixo de tolerância à dor (baixos níveis de endorfina, fadiga e patologias).<sup>7</sup>

Segundo Robertson<sup>8</sup>, a dor durante o parto deve oferecer algumas vantagens para o bebê, afinal, sua presença é parte integrante do processo e, por isso, não parece ser algo sem algum benefício biológico. Entendendo o propósito biológico da dor pode-se alterar a atitude, tanto da equipe de assistência quanto da própria parturiente e familiares, permitindo que ela exista durante o manejo do parto, ao invés de bloquear esta entidade fisiológica.

Para minimizar o desconforto e garantir a segurança da mãe e do conceito, algumas medidas na assistência ao parto favorecem a fisiologia do processo e o tornam menos desagradável. Assim, um ambiente acolhedor e com privacidade, a presença do acompanhante, a assistência de suporte da equipe do hospital, a livre deambulação da parturiente são fatores que podem diminuir a experiência dolorosa.<sup>9,10</sup>

Quando essas medidas não são suficientes, métodos para o alívio da dor devem ser empregados, estes podem ser divididos em farmacológicos e não farmacológicos.

Muitas mulheres preferem experienciar o parto sem utilizar drogas, recorrendo a métodos alternativos para controlar a dor.<sup>11</sup> Vários métodos não invasivos e não farmacológicos têm sido indicados para a humanização do parto e nascimento, incluindo massagem, acupuntura, reflexologia, técnicas mente-corpo, hipnose, fitoterapia, homeopatia, música, banhos, presença contínua do assistente, explicação e orientação antecipada de procedimentos e liberdade para assumir a posição desejada durante o trabalho de parto.<sup>12</sup>

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. As técnicas psicofiláticas (respiração e relaxamento), tiveram em Read e Lamaze seus pioneiros.<sup>5</sup>

Uma revisão sistemática encontrou evidências de que a acupuntura e a hipnose podem ajudar a aliviar a dor do parto. Mas, não encontrou evidências suficientes sobre os benefícios da música, massagem, relaxamento ou outras terapias complementares.<sup>11</sup>

Entre os métodos farmacológicos, estão os sistêmicos, principalmente os opióides, e os bloqueios regionais.<sup>13</sup>

Os opióides são bastante eficazes na redução da dor, mas apresentam efeitos adversos consideráveis. Na mãe, podem causar depressão respiratória, e no recém-nascido depressão respiratória, índices de Apgar baixos e acidose. Além disso, podem dificultar a interação entre mãe e filho nas primeiras horas após o parto, comprometendo o início precoce da amamentação.<sup>9,14</sup>

Anestésias epidurais são largamente utilizadas para alívio da dor no parto. Há diversas técnicas, mas todas envolvem aplicação de analgésicos e/ou opióides no espaço peridural. Uma revisão<sup>13</sup> dos estudos mostra que as anestésias epidurais aliviam a dor melhor que qualquer outro tipo de medicação, mas podem levar a maior número de partos instrumentais. Não há diferenças nas taxas de cesarianas, dor lombar de curso prolongado, ou efeitos no bebê logo após o nascimento. Entretanto, mulheres que usaram anestésias epidurais estiveram mais propensas a ter um segundo estágio de parto mais longo, necessitaram de estimulação para suas contrações, experienciaram pressões arteriais muito baixas, ficaram impossibilitadas de se mover por um período após o parto, tiveram dificuldade para urinar e tiveram febre<sup>13</sup>.

Como a interpretação dolorosa envolve aspectos sensitivos, cognitivos, comportamentais e culturais, torna-se necessária avaliação sistematizada<sup>7</sup>.

Existem várias escalas para avaliação de dor como a escala analógica visual (EAV), as escalas numéricas, as escalas de categorias de expressões verbais e de representação gráfica não numérica (de faces, copos, cores, dentre outros). Elas são unidimensionais e não avaliam outras variáveis (padrão cultural, experiências pregressas, significado das situações, personalidade, atenção, emoções, contingência de reforço) que modificam a expressão de dor.<sup>7,15</sup>

A EAV é uma escala de fácil compreensão ao paciente. É provida de instruções claras e conceitos simples, permitindo aplicação rápida com intervenção mínima. Consiste em uma régua de dez centímetros de comprimento que, em uma extremidade, tem as palavras “sem dor” e, na outra, “a pior dor imaginável”. Preso à régua há um indicador móvel. O cliente indica a intensidade de sua dor posicionando o indicador exatamente no local em que considera estar a intensidade de sua dor. A pontuação da intensidade de dor referida pelo cliente é lida numa reta graduada presente no verso da régua e pode assumir valores de zero a dez.<sup>7,15</sup>

Em décadas recentes, a importância de se medir a satisfação com os cuidados de saúde tem sido reconhecida e a visão dos usuários é usada pelos profissionais de saúde para verificar a qualidade deste cuidado, conforme revisado por Ellen D. Hodnett.<sup>16</sup>

Satisfação é um conceito complexo. Envolve tanto uma atitude positiva ou resposta afetiva a uma experiência como uma avaliação cognitiva da resposta emocional. Distanciar-se do evento é intrínseco a este processo. A satisfação é multidimensional, as pessoas podem estar satisfeitas com alguns aspectos de uma experiência e insatisfeitas com outros.<sup>16,17</sup>

A relação entre satisfação com o nascimento, dor do parto e analgesia é complexa.<sup>16</sup>

Apesar de a dor ser considerada como fator importante relacionado à satisfação das parturientes com seu trabalho de parto e parto, observa-se que um alívio total da dor não necessariamente implica em uma experiência de parto mais satisfatória e, por isso, os recursos analgésicos para o parto devem ser considerados pesando-se riscos, benefícios e também o desejo da parturiente.<sup>11</sup> Considera-se que é necessário entender o significado das expectativas e experiências referentes ao momento do parto para cada gestante. Para algumas mulheres, a dor do parto significa sofrimento e, para outras, significa a “verdadeira maternidade”.<sup>18</sup>

Diante das evidências da literatura de que a parturição é uma experiência que acarreta dor e ansiedade, estudos em nosso contexto sociocultural devem ser implementados, buscando compreender os fatores que interferem nesses fenômenos.

As altas taxas de cesárea no Brasil preocupam a população, a classe médica e os gestores em saúde. Uma das justificativas que se usa para indicar e/ou aceitar a cesárea é o medo da dor no parto normal.<sup>9,18</sup> Saber como a dor influencia na satisfação da mulher com o seu parto pode ajudar a lidar com esta variável, incentivando a prática do parto normal. Ao mesmo tempo, conhecer como os métodos de alívio da dor estão sendo utilizados (quais métodos, com que frequência) ajudará a traçar estratégias para melhor lidar com essa questão.

Portanto, este trabalho pretende analisar a dor e a utilização dos métodos para seu alívio em hospitais escola no sul do Brasil. Também avaliar como a dor influencia o fato de a mulher sentir-se bem ou não durante o trabalho de parto e parto, segundo opinião das próprias mulheres. Espera-se contribuir, assim, para a compreensão dos sentimentos envolvidos nesses momentos, buscando aprimorar a assistência.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Descrever a dor vivenciada e os métodos utilizados para seu alívio durante o trabalho de parto de puérperas que tiveram trabalho de parto acompanhado nas três maternidades em estudo.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Quantificar a dor referida pelas parturientes.
- Testar a associação entre a dor referida (pela EAV) e sentir-se mal durante o trabalho de parto.
- Testar a associação entre a expectativa da dor e sentir-se mal durante o trabalho de parto.
- Descrever os métodos utilizados para alívio da dor pelas mulheres.
- Descrever a fala espontânea das mulheres em relação à dor, métodos de assistência e de alívio da dor.

## 3. MÉTODOS

### 3.1 Tipo de Estudo

Os dados deste trabalho foram obtidos na pesquisa “Opinião das mulheres puérperas sobre os métodos utilizados para seu cuidado e conforto no trabalho de parto e parto”, financiada pelo CNPq.

Trata-se de estudo quali-quantitativo, transversal e multicêntrico conduzido mediante análise de entrevistas e prontuários de puérperas que tiveram trabalho de parto e parto acompanhados em três hospitais escola de universidades federais da região sul do Brasil no período de maio a agosto de 2006.

### 3.2 Hospitais participantes

Participaram do estudo os seguintes hospitais: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis; Hospital Universitário São Francisco de Paula – Pelotas (Rio Grande do Sul), e Hospital Universitário do Oeste do Paraná – Cascavel (Paraná).

A Maternidade do Hospital Universitário (HU) de Florianópolis foi concebida com a proposta de um conjunto de princípios chamados de *Filosofia da Humanização* que pretende uma atenção ao parto com o mínimo de intervenção, presença de acompanhante, utilização de técnicas não-farmacológicas para alívio da dor, incentivo ao aleitamento materno, liberdade de posição durante trabalho de parto e parto. Já a Maternidade do Hospital Escola de Pelotas e a Maternidade do Hospital Universitário de Cascavel têm como perfil assistencial o manejo ativo do trabalho de parto. Em Florianópolis e Pelotas as mulheres contam com a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, prática que não ocorre em Cascavel. Práticas como banho relaxante e utilização de bola suíça para alívio da dor e deambulação são estimuladas na Maternidade do HU de Florianópolis, não estando presentes nas demais maternidades. Nesta maternidade a quase totalidade das mulheres que dão à luz por via vaginal optam pelo parto de cócoras, opção inexistente em Pelotas ou Cascavel. Já a indução de trabalho de parto alcança índices semelhantes nos três hospitais.

Faz-se importante ressaltar ainda que, durante o período de estudo, ocorreu uma paralisação em hospitais da rede de saúde de Cascavel, sobrecarregando o atendimento da maternidade em estudo naquele município que atendeu uma demanda muito superior à esperada.

### **3.3 Amostra**

Entraram no estudo todas as puérperas internadas nos hospitais participantes entre 01 de Maio e 31 de Agosto de 2006, que preencheram os critérios de inclusão dos sujeitos e não tinham critérios para exclusão.

#### **3.3.1 Critérios de inclusão**

- puérperas com trabalho de parto e parto acompanhados nos hospitais participantes do estudo,
- desejo de participar do mesmo, e
- assinatura do consentimento informado.

#### **3.3.2 Critérios de exclusão**

- Parto cesárea,
- Patologias maternas graves (aquelas que levaram à internação hospitalar na gestação atual),
- Óbito fetal,
- Malformação fetal,
- Gestação gemelar,
- Parto prematuro, e
- Dificuldades de comunicação.

### **3.4 Variáveis analisadas**

- Dor no trabalho de parto pela EAV (anexo I) = quantidade de dor durante o trabalho de parto, referida pela mulher, através do uso de uma escala que possibilita a classificação da dor em uma graduação de zero a dez, sendo zero a ausência de dor e dez a maior dor que se pode sentir. De fácil entendimento, já que utiliza símbolos e não palavras escritas, e de aplicação rápida. Para objetivar a análise, classificou-se a EAV em três níveis de dor, seguindo a classificação de Wall & Melzack.<sup>19</sup> Foram considerados os níveis dor fraca a moderada, compreendendo valores de zero a seis da EAV; dor forte, com valores de sete a nove; e dor insuportável, correspondendo ao valor dez.

- Dor no trabalho de parto conforme a expectativa: as possibilidades de resposta eram - doeu mais do que esperava, doeu menos do que esperava e doeu como esperava. Segundo Waldenstrom<sup>20</sup> a dor influencia a experiência do parto quando “pior imaginável”, por isso determinou-se duas categorias: doeu menos/igual ao esperado e doeu mais que o esperado.

- Como se sentiu com o trabalho de parto (quantitativa) = sentimento da puérpera em relação ao seu trabalho de parto, medida através de questionamento direto à mulher, com uso de régua do tipo escala analógica com “rostitinhos” (anexo II) contendo as seguintes possibilidades de resposta: muito mal, mal, mais ou menos, bem e muito bem.

Com o intuito de chegar à melhor maneira de possibilitar à mulher uma avaliação fidedigna de seu trabalho de parto, realizou-se pré-teste questionando como havia se sentido e qual era sua satisfação. Percebeu-se diferença entre as respostas, sendo as avaliações mais positivas quando a questão relacionava-se à satisfação. Compreendeu-se que esta variável remetia as entrevistadas mais diretamente aos sentimentos positivos ligados à experiência com o parto enquanto a questão “como se sentiu” possibilitou uma melhor compreensão e reflexão sobre suas sensações com o trabalho de parto. Porém, entende-se a dificuldade de separar variáveis como sentimento, experiência, satisfação, portanto, estas serão utilizadas sem distinção para a discussão dos dados encontrados na literatura.

Segundo Ware & Hays<sup>21</sup>, tal gradação “muito mal a muito bem” facilita a expressão de níveis de satisfação mais baixos, maior variabilidade nas respostas e maior associação com medidas de intenção de comportamento dos pacientes. Para uma melhor aferição dos possíveis motivos que levam as pacientes a sentirem-se mal com seu trabalho de parto optou-se pelo agrupamento das respostas muito mal e mal na categoria “sentiram-se mal” e muito bem, bem e mais ou menos na categoria “sentiram-se mais ou menos/bem”. Acredita-se que este agrupamento permite identificar com maior clareza aquele pequeno grupo de mulheres que realmente identificou problemas no desenrolar de seu trabalho de parto e por isso fez uma avaliação negativa do mesmo.

- Porque se sentiu assim com relação ao trabalho de parto (qualitativa) – questão aberta, na qual a mulher podia expor os motivos que a levaram a considerar o trabalho de parto daquela maneira.

- Como se sentiu com relação ao cuidado recebido (qualitativa) – questão aberta, na qual a mulher podia expressar seus sentimentos com relação à maneira como foi cuidada durante seu trabalho de parto.

- Arrependeu-se ou percebeu algum efeito indesejável e qual com a utilização de algum método de alívio da dor (qualitativa): questão aberta, na qual a mulher pôde expressar

algum incomodo experimentado ou arrependimento com relação à utilização de métodos de alívio da dor, farmacológicos ou não farmacológicos.

- Idade: foi categorizada em três grupos - menores de 18 anos, entre 18 e 34 anos e maiores de 34 anos.

- Grau de instrução: o número de anos estudado foi categorizado em quatro categorias: nenhum estudo, primeiro grau, segundo grau e universitário.

- Exercício de trabalho remunerado: sim ou não

- Etnia: branca, negra/mulata, indígena

- Condição conjugal: coabita com companheiro ou não

- Paridade: primípara ou multípara

- Local do parto: Florianópolis, Pelotas ou Cascavel

-Número de consultas de pré-natal: categorizada em dois grupos: seis ou mais consultas e menos de seis consultas.

- Participação de curso de gestante: sim ou não (segundo informação da mulher após o parto).

- Presença de acompanhante: sim ou não (segundo anotação no prontuário médico).

- Banho relaxante durante trabalho de parto: sim ou não (segundo informação da entrevistada).

- Recebeu massagens durante o trabalho de parto: sim ou não (segundo informação da entrevistada).

- Caminhou durante o trabalho de parto: sim ou não (segundo informação da entrevistada).

- Utilizou equipamentos para assistência ao parto (bola suíça, cavalinho ou *puff*): sim ou não (segundo informação da entrevistada).

- Analgesia de trabalho de parto: sim ou não (segundo anotação no prontuário médico).

- Recebeu medicamentos para alívio da dor e qual: sim ou não e qual (segundo anotação no prontuário médico).

- Recebeu anestesia local durante o parto: sim ou não (segundo anotação no prontuário médico).

### **3.5 Fonte de dados / informação**

Utilizou-se questionário contendo questões fechadas e abertas relacionadas às características sócio-demográficas, antecedentes obstétricos e da gestação atual, procedimentos realizados durante a internação, percepção da mulher com relação à dor, à maneira como foi cuidada e às informações recebidas e como se sentiram no trabalho de parto e parto. As entrevistas foram realizadas por estudantes de enfermagem e medicina das respectivas universidades participantes do estudo, nas enfermarias de alojamento conjunto até 48h após o parto. As entrevistadoras receberam treinamento no período de pré-teste do estudo, realizado em amostra semelhante à estudada.

Realizou-se ainda consulta aos prontuários médicos em busca de informações sobre intervenções realizadas, tipo de parto, intercorrências com mãe ou bebê.

### **3.6 Análise dos dados**

As informações extraídas dos questionários foram inseridas no programa Epidata 3.0 e um banco de dados com as variáveis de interesse foi construído. A análise dos dados foi feita com o programa Stata 9. Foram realizadas análises de frequência das variáveis.

Para avaliar a associação entre a dor no trabalho de parto e a satisfação com o mesmo, realizou-se análise univariada entre as variáveis independentes (dor pela EAV e expectativa da dor) e a variável dependente (satisfação com o trabalho de parto), calculando-se o “Odds Ratio”, o nível de significância considerado foi de 0,05.

As questões abertas foram transcritas e analisadas. Os dados foram tratados e analisados segundo o referencial de Bardin<sup>22</sup>, e operacionalizados em três etapas: ordenação dos dados; classificação dos dados e análise final. Nesse estudo, serão apresentados os dados referentes à dor, formas para lidar com a mesma e sentimentos e sensações relacionados à dor. As falas escolhidas serão identificadas apenas com o número da entrevista, para manter o sigilo das entrevistadas.

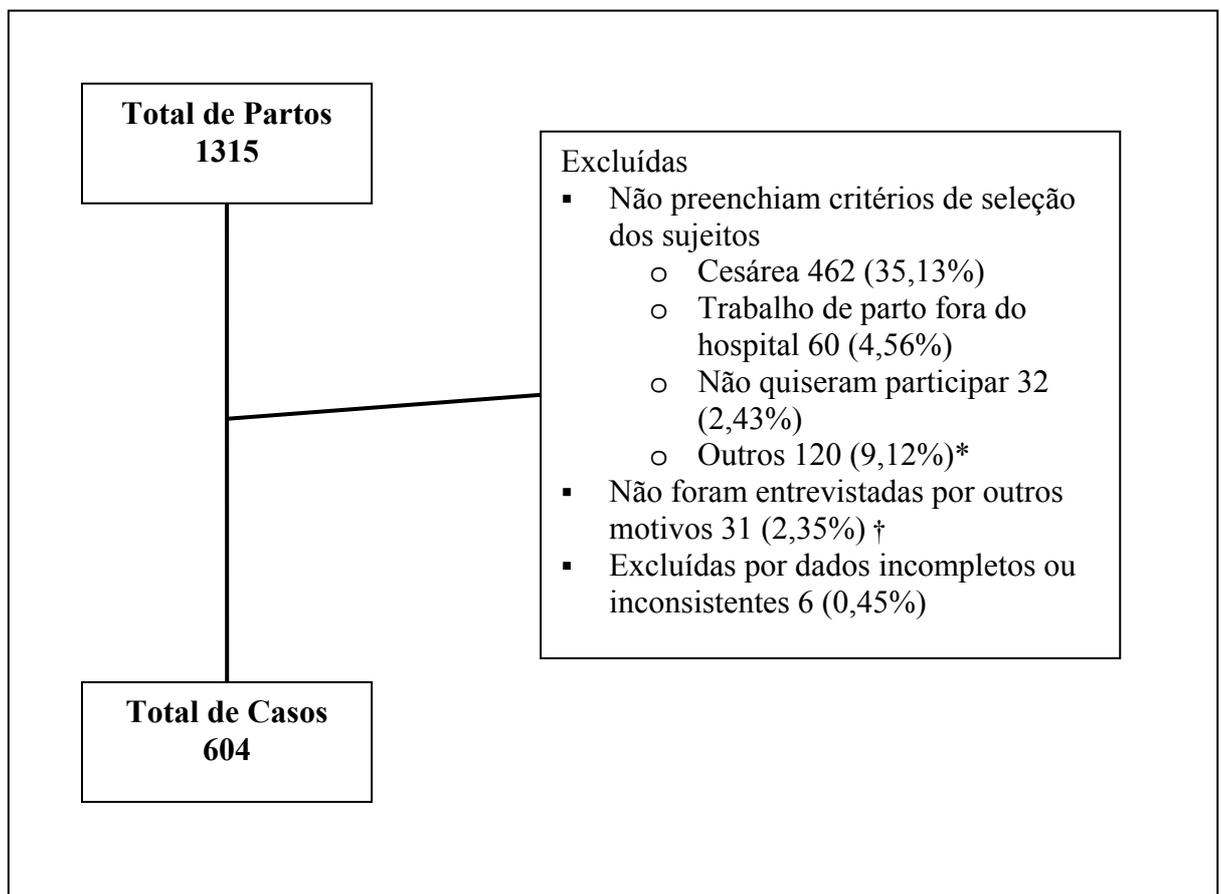
### **3.7 Aspectos éticos**

No que diz respeito aos aspectos éticos, antes do início do estudo, foi obtido o consentimento formal das instituições participantes e aprovação pelo Comitê de Ética da UFSC. As mulheres que desejaram participar assinaram o consentimento pós-informação. O sigilo e a confidencialidade da fonte das informações foi mantido em todas as etapas da pesquisa.

## 4. RESULTADOS

Dos 1315 partos ocorridos nos hospitais no período do estudo, 659 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão dos sujeitos. O total de casos foi 604 (quadro 1).

Quadro 1 – Descrição do número de casos utilizados no estudo a partir da amostra e exclusões realizadas.



\* Patologia materna (100), Gestação gemelar (2), Prematuridade (5), Óbito fetal (9) Malformação fetal (2), Dificuldade de comunicação com a mãe (2).

† Tiveram alta antes de serem entrevistadas ou não foram localizadas para a entrevista.

### 4.1 Características sócio-demográficas e obstétricas

A idade média das mulheres entrevistadas foi de 24 anos com desvio padrão de 6,21. Menos de 20% delas se encontravam fora da faixa dos 18 aos 34 anos. Aproximadamente metade da amostra constituía-se de puérperas com escolaridade de até primeiro grau, enquanto a outra metade possuía instrução de segundo grau até universitário. Somente 1/3 das mulheres exercia algum tipo de atividade remunerada. Com relação à etnia,

aproximadamente 80% eram mulheres brancas. Cerca de 15% não apresentavam união estável (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das mulheres entrevistadas segundo características sócio-demográficas.

<b><i>Sócio-demográficas</i></b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Idade</i>		
≤17	73	12,1
18-34	487	80,9
≥35	42	7,0
<i>Instrução</i>		
nenhuma	8	1,3
primeiro grau	267	44,2
segundo grau	269	44,6
universitário	60	9,9
<i>Trabalho remunerado</i>		
sim	221	36,6
<i>Etnia</i>		
branca	471	78,4
negra/mulata	128	21,3
indígena	2	0,3
<i>União estável</i>		
Sim	528	87,4

Quase metade da amostra constituiu-se de primíparas. A grande maioria realizou seis consultas de pré-natal ou mais, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Poucas tiveram a oportunidade de participar de curso de gestantes. Quanto ao local do parto, Cascavel contribuiu com aproximadamente metade das mulheres da amostra (tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das mulheres entrevistadas segundo características obstétricas e da gestação atual.

<b><i>Obstétricas e Gestação atual</i></b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Paridade</i>		
primíparas	285	47,2
<i>Nº consultas pré-natais</i>		
≥6	488	81,7
<i>Participação curso gestante</i>		
Sim	48	7,9
<i>Local do parto</i>		
HU UFSC	181	30
HU Pelotas	87	14,4
HU Cascavel	336	55,6

#### 4.2 Percepção dolorosa

Na amostra analisada, mais de metade das mulheres referiu dor insuportável. Praticamente 90% das mulheres referiram que a dor foi forte, muito forte ou insuportável (tabela 3 e figura 1).

Tabela 3: Distribuição das mulheres segundo dor referida pela EAV

<i>EAV</i>	n	%
0-6 (dor fraca a moderada)	67	11,1
7-9 (dor forte)	202	33,4
10 (dor insuportável)	335	55,5
Total	604	100

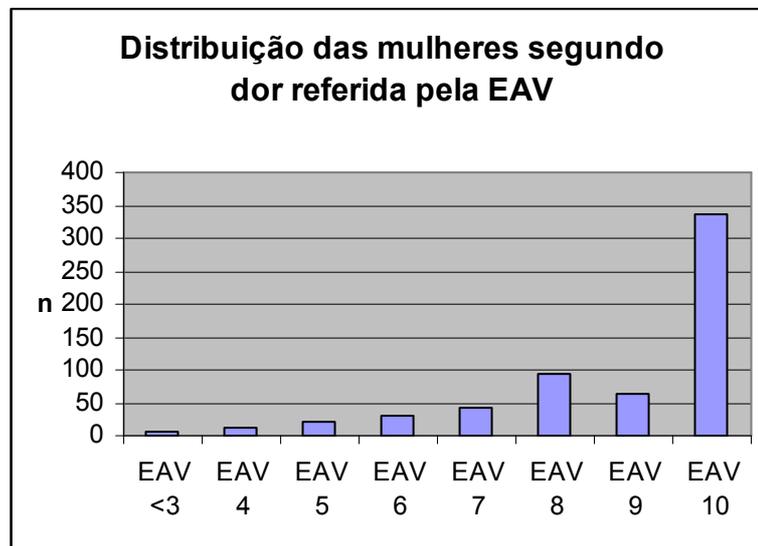


Figura1: Distribuição das mulheres segundo a dor referida pela EAV.

A forte sensação dolorosa esteve constantemente presente nos discursos das mulheres quando relataram sua experiência de parto, frases como essas demonstram a intensidade e a importância que as parturientes deram à dor nesse momento:

*[...] a dor é terrível (155); [...] dores horríveis (020); [...] dores são insuportáveis (409); [...] dores muito fortes (034); [...] dor insuportável, contrações horríveis (122); [...] misericórdia, é muita dor (316); [...] a dor era muito forte, faltava ar, vomitei bastante (011); [...] dor forte demais (233); [...] as dores são cada vez piores (052); [...] porque dói muito. Fiquei histérica (264).*

Algumas mulheres ressaltaram que a dor que sentiram no processo de parturição foi a pior que já experienciaram até o momento:

*[...] a pior das dores (415); [...] eu nunca tinha sentido aquela dor (273); [...] muita dor, dor que nunca senti na vida (463).*

Houve relatos de que a dor chagava a trazer a sensação de morte iminente:

*[...] muita cólica, dor demais, parece que vai morrer (490); [...] parece de morrer a qualquer momento (523); [...] dói, sensação que eu ia morrer (336).*

De maneira semelhante, ao avaliar a expectativa da dor, mais da metade da amostra referiu dor maior que a esperada (tabela 4). Algumas mulheres referiram essa sensação na entrevista qualitativa:

*[...] eu não estava preparada (520), [...] não sabia que doía tanto; [...] não tava muito bem preparada (011); [...] muito sofrido, não sabia que as contrações doíam tanto (153); [...] primeiro filho a gente não sabe como é (355); [...] medo do desconhecido, porque é meu primeiro filho, dor (422).*

Tabela 4: Distribuição das mulheres segundo expectativa da dor

<b><i>Expectativa da Dor</i></b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Doeu menos que o esperado	83	13,8
Doeu como esperado	136	22,6
Doeu mais que o esperado	385	63,6
Total	604	100

Quando se analisou a associação entre a dor referida e a maneira como as mulheres se sentiram no trabalho de parto (tabela 5), observou-se que ter dor pior que a esperada contribuiu significativamente ( $p=0,006$ ) para que as mulheres se sentissem mal com seu trabalho de parto. O fato da mulher “conhecer” a dor, estar preparada para ela e isso contribuir para uma experiência mais satisfatória, também aparece nas entrevistas:

*[...] já conhecia as dores, sabia o que ia passar (514); [...] eu sabia que era normal sentir dor (358); [...] sabia o que ia acontecer, encarei a realidade (447); [...] estava bem amparada, tive informações anteriores ao parto que me deixaram mais tranqüila e segura (061); [...] era o que eu estava esperando mesmo, a dor é aquela ali mesmo, não tem outra (063); [...] dava dor, mas já sabia como era (404); [...] a dor era normal sabia que ia ser assim (433).*

De modo semelhante, as mulheres que classificaram a dor no trabalho de parto como sendo insuportável tiveram 1,87 vezes mais chances de se sentirem mal com sua experiência de trabalho de parto (IC=1,21-2,91) (tabela 5).

Essa relação também foi encontrada na entrevista qualitativa com frases como estas:

[...] muita dor, não tem como se sentir bem (479); [...] as dores deixam a gente mal (523); [...] com dor ninguém fica bem (585).

Tabela 5: Análise univariada da associação entre a dor referida e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu trabalho de parto.

	<i>Como se sentiu no trabalho de parto</i>		<i>Total (%)</i>	<i>OR (IC<sub>95%</sub>)</i>	<i>p-valor</i>
	<i>n (%)</i>				
	Bem – mais ou menos	Mal			
<b>Dor no trabalho de parto</b>					
Igual ou menor que a esperada	126 (57,5)	93 (42,5)	219 (100)	1,00	0,084
Pior que a esperada	155 (40,6)	227 (59,4)	382 (100)	1,40 (1,10-1,78)	0,006
<b>Dor no trabalho de parto (pela EAV)</b>					
Fraca - moderada	45 (67,1)	22 (32,9)	67 (100)	1,00	0,120
Forte	110 (54,4)	92 (45,6)	202 (100)	1,39 (0,87-2,21)	0,168
Insuportável	129 (38,5)	206 (61,5)	335 (100)	1,87 (1,21-2,91)	0,005

### 4.3 Utilização de métodos de alívio da dor

Na amostra analisada, aproximadamente um terço das mulheres não usou nenhum método de assistência e/ou não-farmacológico para conforto ou alívio da dor durante o trabalho de parto (tabela 6). Quase metade das mulheres contou com a presença de acompanhante e/ou caminhou durante o trabalho de parto. Cerca de um quarto utilizou o banho relaxante. Um terço recebeu massagens; e menos de 20% utilizaram algum equipamento especial como bola suíça, cavalinho ou *puff*.

Tabela 6: Distribuição das mulheres segundo utilização de cuidados de assistência para alívio da dor durante o trabalho de parto.

<i>Método utilizado</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nenhum método	203	33,6
Banho de Relaxamento	153	25,3
Caminhar durante o trabalho de parto	285	47,2
Utilizar equipamentos (bola suíça/ cavalinho/ <i>puff</i> )	106	17,5
Presença de acompanhante	254	42,1
Massagens	195	32,3

Na entrevista qualitativa, algumas mulheres relataram boas experiências na utilização desses métodos de assistência ao trabalho de parto:

*[...] tava com o marido, gostei (119); [...] tinha acompanhante (334); [...] todos em minha volta a enfermeira, a minha mãe e minha tia me tranquilizando (521); [...] tinha acompanhante e orientação do médico e pude escolher o tipo de parto (356); [...] boa atenção da equipe fazendo massagens (235); [...] me fizeram massagem que aliviou um monte a dor (040); [...] poderia ser pior, mas elas me ensinaram coisas incríveis para aliviar a dor, banho, bola [...] (177); [...] fiz o que aprendi no parto, respiração, caminhar e agachar, foi muito bom (059).*

Algumas mulheres tiveram sensações desagradáveis com o uso de alguns meios de assistência ao trabalho de parto:

*[...] a bola deu uma contração horrível (071); [...] o puff não facilitou, a posição era ruim (131); [...] a bola parece que aumentava a dor apertando embaixo (173); [...] andar piorou a dor, melhor deitada (220); [...] com a bola as contrações vinham mais rápido, desconfortável, por que fica de perna aberta (023); [...] o puff é ruim, tem que ficar de bruços com o barrigão sentindo dor (031); [...] na bola e no banho é ruim porque daí que vem a dor (048); [...] a bola fazia pressão contrária que o bebe queria descer (173); [...] quando caminhava a dor era horrível (292); [...] senti tontura no banho (202).*

Na questão aberta sobre “que métodos utilizou para se sentir mais confortável no trabalho de parto”, algumas mulheres referiram a utilização de outros “métodos” como: agachar/ ficar de cócoras; ficar de joelhos ou “de quatro”; apertar ou agarrar objetos ou a mão do acompanhante; rezar; gritar; morder objetos; técnicas de respiração; serem orientadas/ amparadas pela equipe de assistência; pensar/conversar com o bebê; fazer força.

Nessa questão aberta, algumas parturientes colocaram que fazer tudo como a equipe de assistência mandava, ser obediente e controlada foram os meios que elas utilizaram para se sentirem mais confortáveis durante o trabalho de parto (dados não tabelados).

Com relação aos métodos farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, observamos que cerca de 85% das mulheres não receberam esse tipo de assistência (tabela 7). Aproximadamente 10% utilizaram medicações para a dor, sendo que o uso de hioscina ou outros analgésicos como dipirona foi mais comum (8,9%) que o uso de dolantina ou opióides (1,8%). Pouco mais de 2% receberam anestesia local e 4% receberam analgesia como método de alívio da dor durante o trabalho de parto. Cinco casos da amostra

tiveram dados ignorados quanto ao uso de métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto.

Tabela 7: Distribuição das mulheres segundo utilização de métodos farmacológicos para alívio da dor.

<b>Método utilizado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nenhum método	513	85,6
Medicações para a dor –		
Hioscina ou Analgésicos	54	8,9
Dolantina ou Opióides	11	1,8
Anestesia Local	13	2,2
Analgesia durante o trabalho de parto	24	4,0

Apenas uma mulher relatou boa experiência com o uso de métodos farmacológicos: *[...] no começo me senti mal, depois da analgesia fiquei bem (484).*

Das 24 parturientes que receberam analgesia de parto, quatro referiram efeitos colaterais ou sensações desconfortáveis com seu uso e duas referiram que prefeririam não ter utilizado esse método.

Falas de algumas mulheres que não tiveram uma boa experiência, se arrependeram ou sofreram efeitos adversos com o uso de métodos farmacológicos:

*[...] preferia não ter usado anestesia (104); [...] pra mim a anestesia não fez efeito, então não fez diferença, senti tudo (324); [...] não gostaria de ter usado anestesia, foi muito ruim (024); [...] tive ânsia de vômito pela anestesia (037); [...] quando tomei o remédio vomitei bastante (043); [...] com anestesia senti mais dor nas costas (123); [...] com a anestesia fiquei muito tempo com as pernas dormentes, a anestesia é desconfortável (301).*

Como mostra a tabela 8, cerca de um terço das mulheres que referiram dor insuportável não utilizou nenhum método (farmacológico ou não farmacológico) para alívio da dor. Mais de 60% das mulheres utilizou algum método não farmacológico. Apenas 14% utilizaram algum método farmacológico para alívio da dor, sendo que, neste grupo, quase todas utilizaram também um método não farmacológico. Dados de duas mulheres são ignorados quanto ao uso de métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto.

Tabela 8: Distribuição do uso de métodos farmacológicos ou não farmacológicos pelas mulheres que referiram ter sentido dor insuportável.

<b>Método utilizado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nenhum método	108	32,2
Algum método não farmacológico	223	66,6
Algum método farmacológico	47	14,0
Ambos (farmacológico e não farmacológico)	45	13,4

Algumas mulheres, em seus discursos, demonstraram que desejariam mais atenção da equipe de assistência com relação à dor que sentiram:

*[...] doeu muito e acho que não fizeram o suficiente por mim (502); [...] ninguém podia me ajudar, sentia dor e estava preocupada com o parto (025); [...] a médica não quis dar analgesia (083).*

As mulheres puérperas foram questionadas como se sentiram com relação à forma como foram cuidadas e confortadas durante o trabalho de parto, e porque se sentiram assim. Observamos que algumas mulheres deram importância ao modo como foram cuidadas, demonstrando sua satisfação ou seu protesto com relação à equipe de assistência.

Falamos de mulheres que se sentiram bem cuidadas:

*[...] atenderam muito bem (563); [...] ficaram o tempo todo comigo, perguntando se eu estava bem (003); [...] atenção, humanidade, nota 10 pelo tratamento (008); [...] pessoal bem preparado, enfermeiros, médicos dão toda a atenção pra gente (011); [...] estava segura, sempre tinha alguém comigo, me confortando, perguntando se eu estava bem, foi ótimo (015); [...] muita dedicação deles, faziam massagem, eu até segurava a mão delas, atendimento muito bom (028); [...] pessoal ajudou bastante do início ao fim, bem atenciosos (054); [...] equipe era competente, calma, passavam tranquilidade pra gente, não saiam um minuto do nosso lado (066); [...] eles entendem que sentimos dor (090); [...] tratamento muito bom, me senti em casa, recebi carinho deles (101); [...] me deixaram tranquila e me colocaram em posições que me deixaram melhor (111); [...] médicos foram pacientes com a minha dor e os escândalos, foram calmos, conversaram comigo, me incentivaram (166); [...] a doutora e equipe dela eram bem capacitados, porque a mulher precisa de afeto e a doutora foi bem gentil comigo (168); [...] trataram bem, me explicaram bastante, me deram atenção (141); [...] nunca tive um atendimento tão bom, com tanta paciência (262); [...] foram atenciosos e o que mais se precisa nessa hora é atenção (484); [...] me atenderam bem, deixaram relaxada (513); [...] a equipe dá uma baita ajuda, eu adorei as gurias da enfermagem, são atenciosas (290); [...] senti super bem, enfermeiras sempre comigo, me tranquilizando, segurando a minha mão, pedindo pra ficar calma (291); [...] atenciosos, calmos, compreensivos com os meus escândalos, foram bons (175); [...] tive toda a atenção que precisei, confiei na equipe e me entreguei (173).*

Relatos de mulheres que não se sentiram bem cuidadas:

*[...] me deixavam sozinha, faziam cara feia quando chamava (599); [...] tinha gente que não tratava bem, com grosseria, estupidez (603); [...] grosseria, estupidez (551); [...] me disseram que eu tinha que fazer tudo sozinha, pedi para uma moça rezar por mim e ela foi*

*grossa (550); [...] me senti abandonada (548); [...] quando a gente chamava eles sumiam, dava desespero (509); [...] não estão nem aí pra gente, se fizer escândalo, mandam ficar quieta (475); [...] tem pessoas que dão atenção e outras que só brincam com a tua cara (432); [...] maltratam a gente, me xingaram, chorei, foram brutos (413); a médica foi estúpida comigo desde a hora do exame de toque até o nascimento do bebê (283); [...] fiquei muito tempo sozinha, com dor, faltou paciência da equipe (220); [...] no parto foi bom, no pré-parto eles podiam ter dado mais atenção, orientado mais (151); [...] quando cheguei no hospital, eu reclamei de dor e as enfermeiras não gostaram (228); [...] a gente não sabe o que está acontecendo, sai líquido e a gente fica preocupada (233); [...] me senti sozinha (468).*

## 5. DISCUSSÃO

A dor, pelo seu caráter subjetivo, é um sintoma de difícil avaliação.<sup>7</sup> A ocasião do parto é extremamente significativa social e pessoalmente, o que torna a mensuração da dor nesse momento ainda mais difícil que a avaliação das dores em geral.<sup>23-26</sup>

Ao avaliar a dor no trabalho de parto, também se deve considerar que é progressiva, mudando rapidamente e aumentando com o avanço da dilatação. Estudos prévios demonstraram este aumento da intensidade da dor com o progresso do parto, dividindo o trabalho de parto em períodos de acordo com o grau de dilatação cervical e verificando o grau de dor referida em cada estágio.<sup>27-35</sup>

Diversas variáveis parecem influenciar a intensidade da dor sentida por uma parturiente, havendo uma imensa variação individual. Algumas dessas variáveis são a tensão, a ansiedade e o medo do parto, a motivação para o parto e a maternidade, a paridade (primíparas referem mais dor que múltíparas), a participação de cursos de preparação para o parto, a idade da paciente, o nível sócio-econômico, o antecedente de dismenorréia, o tamanho do feto, o peso da parturiente, a hora do parto, outras experiências dolorosas vivenciadas antes do parto, a posição da parturiente durante o trabalho de parto, o uso de drogas para induzir ou aumentar as contrações uterinas, além de normas sociais que também podem influenciar o julgamento da intensidade da dor.<sup>4,11,19,24-26,29,36-40</sup>

Existem métodos já testados para avaliar a dor. Uma forma possível é indiretamente, pela observação de expressões, atitudes e parâmetros biológicos (frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória) da pessoa acometida.<sup>41</sup>

É possível também mensurar a necessidade de utilização de drogas ou técnicas analgésicas adicionais, gerando um resultado secundário. Para que este resultado possa ser utilizado como parâmetro de alívio da dor, deve partir do pressuposto que todas as técnicas analgésicas adicionais estavam disponíveis para todos os participantes do estudo, a qualquer momento em que fossem consideradas necessárias.<sup>42</sup> Há pesquisas nas quais o paciente tem a possibilidade de auto-administrar um analgésico por via intravenosa ou no espaço peridural, através de uma bomba de infusão especial que impede a utilização de uma dose considerada tóxica ou perigosa. A mesma bomba utilizada por dois grupos permite quantificar precisamente a quantidade de analgésico necessária para cada um, servindo para mensurar o alívio da dor oferecido por outros procedimentos que se queiram testar.<sup>43</sup>

Também podem ser feitas perguntas simples ao paciente, em uma tentativa de quantificar a dor, com opções como: "pouca dor - dor média - muita dor" ou "obteve alívio - não obteve alívio"; mas esse tipo de escala muito simplificada é pouco sensível e não oferece valores intermediários para que o paciente possa escolher.<sup>44,45</sup>

A Escala Analógica Visual da Dor (EAV) (anexo I), que surgiu para padronizar um método de quantificar a dor é uma escala que permite classificar a dor em uma graduação de zero a dez, sendo zero a ausência de dor e dez a maior dor que se pode sentir. É de fácil entendimento, pois utiliza símbolos e não palavras escritas, e de aplicação rápida. Apesar de permitir apenas uma avaliação quantitativa da dor, é um método considerado muito consistente para avaliar mudanças (alívio ou piora) da dor, principalmente por curtos intervalos de tempo.<sup>44-47</sup>

A EAV foi a escala de dor utilizada neste estudo, assim como em outros que fizeram avaliação da dor do parto.<sup>2,5,7,24-26</sup>

Neste estudo, obtivemos um grande percentual (88,9%) de mulheres que consideraram a dor do parto como forte, muito forte ou insuportável (EAV 7 a 10), sendo que mais da metade de todas as mulheres entrevistadas considerou a dor como insuportável (EAV 10). Estudos sobre a intensidade da dor no parto demonstraram que, independentemente de influências sócio-culturais, ela pode ser considerada insuportável para um grande número de mulheres.<sup>9</sup> Portanto, os achados deste estudo são compatíveis com achados prévios, que enfatizam a natureza dolorosa do processo de parturição.<sup>2,48-51</sup>

Um estudo com parturientes no Reino Unido mostrou que 93,5% das mulheres descreveram a dor como severa ou insuportável<sup>52</sup>, enquanto na Finlândia, 80% descreveram a dor como severa ou intolerável.<sup>53</sup>

Também encontrou-se que as mulheres que classificaram a dor no trabalho de parto como sendo insuportável tiveram maiores chances de se sentirem mal com sua experiência de trabalho de parto.

De modo semelhante, 63% das parturientes referiram que a dor sentida foi maior que a esperada, e isso também contribuiu, de modo significativo, para que as mulheres se sentissem mal com a experiência do trabalho de parto e parto. Este fato está descrito na literatura (dor referida como a "pior imaginável"<sup>20</sup>). Métodos de preparação para o parto podem ser implementados para que a mulher conheça melhor o processo pelo qual vai passar e não seja surpreendida no momento do parto. Pelos relatos apresentados neste estudo, observou-se que mulheres que se sentiam preparadas, sentiram-se melhor, apesar da dor. As poucas evidências científicas sobre os benefícios da preparação para o parto têm demonstrado concretamente

uma diminuição na necessidade de drogas analgésicas e uma maior satisfação com o processo de nascimento.<sup>9</sup>

Uma revisão de artigos realizada por Hodnett<sup>16</sup> avaliando fatores associados à experiência com o parto, não encontrou relação tão óbvia entre dor no trabalho de parto e insatisfação com o mesmo. Neste trabalho, expectativas da mulher, qualidade do suporte e da relação entre a equipe e a parturiente e envolvimento na tomada de decisões foram mais valorizados do que a dor, imobilidade, idade, nível sócio-econômico, preparação para o parto e intervenções médicas.

Além disso, muitas mulheres demonstram o desejo de lidar com a dor no trabalho de parto e parto sem intervenções farmacológicas.<sup>54,55</sup> Isso se deve ao medo de efeitos colaterais que possam afetar a criança, já que a mulher passa a gestação inteira sendo alertada quanto aos perigos do uso de qualquer medicação para seu filho. Também pelo desejo de pouca interferência no processo fisiológico do nascimento, de “estar no controle”, de ter escolhas, de ser encorajada a confiar no corpo para superar a barreira da dor por seu próprio ritmo natural.<sup>8,54,56</sup> É possível que a dor do parto seja concebida como algo inerente ao processo de parturição e que as dores sejam consideradas parte da experiência de se tornar mãe, já que a capacidade de enfrentar ou resistir à dor do parto seria um dos aspectos valorizados da passagem para o status de adulta e mãe, representada pela parturição, para mulheres de camadas populares urbanas.<sup>57</sup> Nos relatos das puérperas colhidos neste estudo, percebe-se que muitas referem que se sentiram bem, apesar da dor; e muitas mostraram encarar a dor de forma natural, como parte do processo.

Porém, sabe-se que a experiência da dor do parto é um fenômeno extremamente variável entre as mulheres e dependente de aspectos sociais e culturais. Antigamente tratada como algo natural, hoje submeter-se à dor do trabalho de parto passa a ser encarado por muitos como algo incompatível com a modernidade. O modelo tecnocrático de atenção ao parto parece contribuir para o aumento dessa sensação dolorosa ao separar a mulher de seu ambiente familiar, restringir seus movimentos e necessidades e submetê-la a procedimentos dolorosos tal qual a indução de trabalho de parto, contribuindo para a conhecida cascata de “medo-tensão-dor”. Este fenômeno, descrito por Read quando da proposição de seu método psicofilático para alívio da dor, também é descrito em artigo de Saisto<sup>58</sup> no qual relata uma associação entre o medo do parto e redução na tolerância à dor.

Ao analisar as respostas das mulheres com relação a todos os métodos farmacológicos ou não, existem as que se sentem bem com o método e as que não se sentem bem, o que leva à conduta de individualizar o método para cada mulher. A dor do parto tem um aspecto

importante e diferenciado de acordo com cada sociedade, sendo influenciada por fatores biológicos, culturais, socioeconômicos e emocionais. Há mulheres que interpretam a dor como o marco inicial da maternidade e hoje, muitas destas, tem se negado à analgesia, procurando um "parto natural", um "parto com dor". Para outras mulheres, a dor do parto é sofrida e aterrorizante, sendo que o medo de senti-la é difundido nos dias atuais. Estas mulheres preferem driblar a dor recorrendo a analgesia e cesárea. Considerando estes fatos, torna-se importante entender o significado da dor para cada paciente e individualizar as condutas em função disso.<sup>18</sup>

Não é questionada a necessidade de dispor de métodos para alívio da dor no trabalho de parto. Para muitas mulheres, dispor de métodos de alívio da dor neste momento é da maior importância.<sup>59</sup> Neste estudo, cerca de um terço das pacientes não usou nenhum método para o alívio da dor.

Cabe à equipe de saúde a preocupação em ajudar a parturiente a lidar com a dor no trabalho de parto, não apenas visando o conforto desta, mas também pelas repercussões materno-fetais que a dor intensa e a ansiedade não controlada podem provocar. A resposta ao *stress* desencadeia uma série de efeitos fisiológicos na parturiente e no feto, destacando-se os respiratórios, circulatórios, hormonais (no eixo hipotálamo-hipofisário e na adrenal), gastrintestinais, metabólicos, feto-placentários e na contratilidade uterina. Esses efeitos podem ser totalmente inócuos em uma gestação não complicada, mas são potencialmente nocivos na presença de complicações clínicas e obstétricas, ou quando a vitalidade fetal se encontra comprometida.<sup>4,9,19,38</sup>

Apesar do importante componente da dor no aspecto da satisfação com o parto a realização de analgesia não necessariamente contribui para que as mulheres relatem sentimentos positivos no trabalho de parto. A relação entre analgesia e satisfação com o parto é tema contraditório.<sup>16</sup> Seria de se esperar que a garantia de analgesia contribuiria para a satisfação com o parto, no entanto, não é isso que se encontra na literatura. Já em 1982 o estudo *The Queen Charlotte's survey*<sup>60</sup> do jornal *The Lancet*, demonstrava que o controle efetivo da dor não era garantia para satisfação com trabalho de parto. Estudos mais recentes também concluíram que a analgesia não parece interferir significativamente na satisfação com parto.<sup>20,61,62</sup> Uma das explicações propostas para isto seria que as mulheres se submetem a analgesia quando alcançam um limiar muito alto da dor, e apesar da supressão da sensação dolorosa tenderiam a se remeter ao momento de pior dor quando questionadas no pós parto. Pode ser também, como propõe Hodnett<sup>16</sup>, que outros fatores tenham preponderância na avaliação do seu parto, como o cuidado e informações recebidos da equipe. Ainda podem

influenciar esta decisão a vontade de manter controle pessoal durante o trabalho de parto e parto, o desejo de participar completamente da experiência e preocupações com efeitos indesejados dos medicamentos. Na amostra estudada, poucas mulheres utilizaram anestesia, o que dificultou as análises estatísticas. Apesar disso, nas entrevistas qualitativas, algumas mulheres que usaram esse método referiram que estavam arrependidas de o terem utilizado.

Na amostra estudada, 11 mulheres receberam opióides e 54 receberam hioscina ou dipirona. De acordo com o Ministério da Saúde, o uso sistêmico de opióides, sobretudo quando disponíveis outros métodos não farmacológicos, deve ser evitado para a prevenção dos efeitos depressores da respiração neonatal, além dos outros efeitos colaterais citados anteriormente.<sup>9</sup>

Pela fisiologia da dor durante o trabalho de parto, sabe-se que o uso de analgésicos como hioscina e dipirona é completamente ineficaz para seu controle. Além de não aliviarem em nada a sensação dolorosa, essas drogas têm, como qualquer remédio, a possibilidade de efeitos colaterais desagradáveis e complicações pouco frequentes, mas graves, como reações alérgicas.<sup>4</sup>

Embora a analgesia peridural seja o método anestésico mais utilizado, em muitos países mulheres preferem métodos não farmacológicos se possível. Em estudo de Green<sup>63</sup> na Inglaterra, a maior parte das mulheres pesquisadas preferiu não usar drogas para alívio da dor, e estas foram as que estiveram mais satisfeitas com seu parto. Respiração e relaxamento foram as técnicas para alívio da dor mais utilizadas e mais eficazes para as mulheres que acreditavam na sua eficácia. Naquele estudo também a ansiedade com relação à dor do parto foi um preditor importante de insatisfação. Sabe-se ainda que as reações de uma mulher à dor podem ser modificadas pelo ambiente no qual ela dá à luz e pelo suporte que recebe dos profissionais e acompanhantes assim como pelos métodos para alívio da dor.

O uso de métodos de assistência ao parto humanizado traz à parturiente conforto e alívio da dor. Há muitos métodos possíveis de serem utilizados. Neste estudo, analisamos os que estavam disponíveis e foram utilizados nas maternidades estudadas. Entre eles, temos a presença do acompanhante, a aplicação de massagens, o banho relaxante, a utilização de equipamentos especiais como a bola suíça, o cavalinho e o *puff*, e o estímulo à livre deambulação e à utilização de posturas verticais durante o trabalho de parto.

Em quase todas as culturas, era prática comum o fato de a mulher se manter em movimento durante o trabalho de parto e em posição vertical (de pé, sentada e/ou andando).<sup>64</sup> Com a hospitalização do parto, a posição horizontal durante o nascimento foi assimilada pela cultura atual, e parece que a influência se estendeu também para o trabalho de parto, sendo

que as mulheres passaram a se manterem deitadas e se movimentarem apenas no leito. Apenas pequena porcentagem de mulheres passou a escolher espontaneamente a deambulação ou outra posição vertical durante o trabalho de parto. Historicamente, as posturas verticais e a movimentação têm sido referidas como eficientes para a evolução da dilatação, para aliviar a dor durante a contração e para facilitar a descida fetal.<sup>64</sup>

A Organização Mundial da Saúde, desde 1996, preconiza, como práticas eficientes para melhorar a evolução do trabalho de parto, a liberdade para a parturiente movimentar-se e não ficar em posição supina<sup>10</sup>. Isso inclui o estímulo à deambulação e a orientação sobre posturas verticais que aumentam o diâmetro pélvico, facilitam o trabalho de parto e auxiliam no controle da dor.<sup>57</sup> A utilização de equipamentos especiais como a bola suíça, o cavalinho e o *puff* favorecem a postura vertical de um modo confortável para a paciente.

Neste estudo observamos que menos da metade das mulheres caminhou durante o trabalho de parto, e apenas 17,5% utilizou equipamentos que incentivam a postura vertical.

A postura ativa da mulher durante o trabalho de parto envolve a interação de fatores fisiológicos, psicológicos e culturais, além de implicar o auxílio da equipe obstétrica para tal. Estudos têm mostrado que a sensação de controle de si mesma, durante o trabalho de parto, resulta em melhores parâmetros materno-fetais. Assim, o controle do próprio corpo e da dor sentida durante a evolução do processo e a capacidade pessoal para lidar com o medo são fatores que contribuem para a boa experiência e satisfação com o parto e preparação para a maternidade.<sup>65,66</sup> Desta maneira, estimular e facilitar a liberdade corporal da mulher durante o trabalho de parto é prática comprovadamente benéfica e se inclui nas diretrizes dos procedimentos para humanização do parto, no sentido da legitimidade da participação e autonomia da parturiente.<sup>67</sup> O corpo em movimento ativo é um instrumento que oferece à parturiente um melhor manejo do trabalho de parto, facilitando o parto vaginal.<sup>57</sup>

Ao manejar a dor do parto, o limiar e o limite de tolerância individual devem ser avaliados, porém, mais do que ser eliminada, é preciso que a sensação da contração uterina seja um recurso de informação sensorial para estruturar e dirigir a mobilidade da parturiente e organizar o controle voluntário da musculatura estriada. Observou-se em um estudo realizado no Hospital Universitário de São Paulo<sup>57</sup>, que as posturas verticais e o movimento coordenado da pelve, além de melhorarem a evolução da dilatação e da descida da apresentação, tiveram ação na analgesia da dor, evitando ou retardando o uso da anestesia. Esse estudo concluiu 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.

Em relação à presença do acompanhante, vários estudos internacionais demonstram que a presença de um acompanhante familiar, em especial do parceiro, é um dos fatores que mais contribui para a satisfação das mulheres com a assistência recebida durante o parto.<sup>68,69,70</sup> Um estudo realizado na Maternidade Leila Diniz<sup>71</sup> demonstrou que mais de 95% das mulheres avaliaram a presença do acompanhante familiar durante a assistência ao trabalho de parto e ao parto como "boa" ou "muito boa", e isso foi observado mesmo entre puérperas insatisfeitas com a atenção ao parto. As mulheres valorizaram o conforto físico e o suporte emocional proporcionados pelo acompanhante familiar e manifestaram o desejo de que essa prática fosse estendida a todas as maternidades<sup>71</sup>. Outras experiências nacionais também têm revelado a satisfação das mulheres com o suporte emocional no parto por familiares.<sup>72</sup>

A presença de acompanhante familiar durante a assistência ao trabalho de parto e ao parto é uma das práticas reconhecidas como benéficas pela OMS para atenção aos partos de baixo risco.<sup>10</sup> Inúmeros trabalhos científicos demonstram os efeitos benéficos do suporte emocional no parto, como menor uso de medicação analgésica, menor uso de intervenções obstétricas (uso de fórceps, ocitócicos e parto cesariano) e melhores condições de vitalidade do recém-nato.<sup>10,73</sup> Dessa forma, ao interferir positivamente nesses aspectos do processo da parturição, a presença do acompanhante pode estar contribuindo para a satisfação com o parto, incluindo um melhor controle da dor.<sup>74</sup>

No presente estudo, menos da metade das parturientes contou com a presença de acompanhante durante o trabalho de parto. Cerca de um terço teve a oportunidade de receber massagens.

No trabalho de parto, massagear os músculos e outros tecidos, não apenas relaxa esses músculos como também alivia a dor através da distração. Entre as áreas massageadas estão a nuca, ombros, braços, abdome, e pernas. Alívio da dor lombar pode ser conseguido quando se realiza massagens no local com óleos específicos.<sup>75</sup>

Historicamente, as mulheres utilizam a água durante o trabalho de parto para relaxamento, alívio da dor, conforto e controle da experiência do nascimento. O uso da água no trabalho de parto dá a mulher a sensação de algo natural, seguro e um método efetivo de alívio da dor.<sup>76</sup> Apesar disso, a utilização de banhos durante o trabalho de parto, embora comum, não tem sido estudada.<sup>77</sup>

Na amostra estudada, este método de conforto, que é de simples utilização e grande disponibilidade foi utilizado por apenas 25% das mulheres.

Através dos relatos das mulheres, pôde-se observar que o vínculo firmado com a equipe de assistência fez com que grande parte delas se sentissem bem cuidadas, amparadas e seguras. Por outro lado, algumas mulheres referiram maus tratos, desrespeito, e portanto não se sentiram bem cuidadas.

Como colocam D'Ambruso e colaboradores<sup>78</sup>, “aspectos inter-pessoais são a chave das expectativas das mulheres”, e esse dado é colocado em diversos trabalhos consultados.<sup>74,79,80</sup> Também são mencionadas como importantes as informações que a mulher e sua família recebem por parte da equipe de assistência<sup>74</sup>, e o cuidado (ou percepção do cuidado) recebido dos profissionais de saúde.<sup>74,79,80</sup> Este fato é particularmente importante no contexto em que desrespeito e maus tratos, transparecendo no discurso de usuárias das camadas populares em diferentes regiões do Brasil parecem ser características comuns da assistência ao parto no país.<sup>81,82</sup>

Entre as limitações deste estudo temos o fato de que a mulher foi abordada logo após o parto e enquanto ainda estava no serviço de saúde. Esse aspecto pode ser particularmente importante para pesquisas nesse sentido, porque logo após o parto ocorre uma sensação de alívio e, estando a mãe e o bebê saudáveis, os aspectos positivos do parto tendem a ser valorizados, provavelmente por não haver tempo de elaborar o que ocorreu no parto e opinar de uma maneira mais crítica sobre o atendimento que recebeu.<sup>20,60</sup> Também pode ocorrer o que Teijlingen<sup>83</sup> chama de “*gratitude bias*”, ou seja, a mulher se sentiria relutante em expressar sentimentos críticos com relação aos cuidados recebidos, principalmente quando entrevistada ainda no serviço de saúde. Além disso, pode-se argumentar que em decorrência das limitadas possibilidades de escolha, e, portanto baixas expectativas, as mulheres teriam dificuldade em expressar preferência por algo diferente do que lhes foi oferecido.

A Escala Analógica Visual da Dor foi utilizada, neste estudo, como uma única medida, e isso é um fator limitante, porque a EAV é uma boa escala para medir mudanças da intensidade da dor, não sendo ideal uma única medida para medir a dor de um evento dinâmico, como o parto, em que a dor aumenta progressivamente, pois a mulher tende a se remeter ao momento de maior dor quando questionada após o parto. Além disso, o fato de a dor ser medida apenas após o parto a torna uma variável de desfecho. Portanto, com esta metodologia, é impossível saber de forma objetiva se os métodos utilizados ajudaram ou não a mulher a lidar com a dor, apesar de os dados qualitativos darem algumas idéias a esse respeito.

Apesar de ser um número grande de mulheres, a avaliação de fatores de risco para sentir mais ou menos dor foi dificultada pelo número de participantes em cada categoria, que

foi insuficiente para conclusões mais objetivas e estatisticamente significativas sobre alguns aspectos do cuidado. Além disso, nem todos os métodos de alívio da dor estavam disponíveis para todas as participantes do estudo, as maternidades de Pelotas e de Cascavel não possuem bola e cavalinho, e a presença do acompanhante não é permitida como rotina em Cascavel.

O objetivo principal dos profissionais que atendem partos, e certamente também das mulheres que recebem seus serviços, é o de se obter ao nascimento, um bebê saudável, com plena potencialidade para o desenvolvimento biológico e psico-social futuro; e também uma mãe com saúde e não traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar.<sup>9</sup>

Podemos observar, através deste estudo, que muitas mulheres não recebem assistência específica para o alívio da dor, apesar de um grande número delas relatarem dores fortes a insuportáveis e se referirem constantemente à intensidade da dor quando questionadas a respeito da sua experiência com o nascimento.

Na segunda metade do século XX, observaram-se grandes mudanças na assistência ao parto: aumento da medicalização, inúmeras tecnologias e crescentes indicações de parto cesárea.<sup>57</sup> Apesar de as evidências científicas demonstrarem a vantagem do parto vaginal para a saúde da mulher, a elevação nas taxas de utilização da cesariana para a resolução do parto é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, embora tenha avançado mais genericamente no continente americano e, mais especificamente no Brasil, onde chega a ser considerada epidêmica.<sup>9,57</sup>

Estudos mostram que a dor no parto e o medo da dor no parto são algumas das variáveis que mais levam as mulheres a optar pela cesariana.<sup>84</sup> A decisão pela indicação de se realizar uma cesariana deve ser médica, com a participação ativa da mulher.<sup>9,84</sup>

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que as mulheres devem saber que existem formas para se controlar a dor possivelmente associada ao trabalho de parto e que não há justificativa para se realizar uma cesariana apenas com esta finalidade<sup>9</sup>, porém, esses métodos para alívio da dor devem, na prática clínica, estar disponíveis para essas mulheres se houver necessidade.

Existe necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. Por humanização da assistência ao parto entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A adequação física da rede hospitalar – para que a mulher possa ter um acompanhante durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor – requer, além de boa vontade, também investimentos.<sup>9</sup>

A mudança de postura/atitude dos profissionais deve ser implementada e fortalecida no dia a dia, e na formação dos profissionais que atendem ao parto, com respeito e apoio à parturiente e uma atenção específica com relação à dor. Esta não necessariamente deve ser suprimida, mas também não deve ser ignorada como se não existisse ou não fosse importante.

Com os resultados obtidos nesta pesquisa considera-se que a preparação para o parto deve ser incentivada, sendo que a dor que a parturiente vai enfrentar não deve ser negada ou ignorada durante o pré-natal e os cursos de preparação ao parto, mas apresentada juntamente com métodos para aliviá-la, destacando, principalmente os métodos não farmacológicos de assistência ao parto e alívio da dor.

Muitas mulheres não receberam qualquer método para alívio da dor, apesar de referirem ter sentido uma dor insuportável, o que sugere que as mulheres desta amostra receberam menos assistência com relação à dor do que desejariam ou necessitariam. Uma dor insuportável e/ou maior que a esperada aumenta as chances da mulher se sentir mal ou muito mal com relação ao seu trabalho de parto. Portanto, sugere-se que os profissionais envolvidos voltem mais sua atenção para esse importante aspecto da parturição.

Sugerimos que outros trabalhos relacionados à dor do parto sejam realizados no sentido de melhorar a assistência ao parto normal, incentivando-o. Trabalhos que elucidem melhor a eficácia de cada um dos métodos de assistência não farmacológicos e o grau de satisfação proporcionado por eles. Assim também, trabalhos que chamem a atenção para a importância do afeto no atendimento de mulheres que muitas vezes se encontram sensibilizadas e vulneráveis num momento tão especial de suas vidas e possa comover os profissionais de saúde para a urgente necessidade do tratamento humanizado na assistência ao parto normal.

## 6. CONCLUSÕES

1. Mais da metade das mulheres referiu dor insuportável. Praticamente 90% das mulheres referiram que a dor foi forte, muito forte ou insuportável. A dor foi maior que a esperada para 63,6% das mulheres.
2. As mulheres que classificaram a dor no trabalho de parto como sendo insuportável tiveram 1,87 vezes mais chances (IC=1,21-2,91) de se sentirem mal com sua experiência parturição.
3. De modo semelhante, ter dor pior que a esperada contribuiu significativamente ( $p=0,006$ ) para que as mulheres se sentissem mal com seu trabalho de parto.
4. Apenas dois terços das mulheres utilizaram algum método não farmacológico para alívio da dor. Menos de 15% receberam algum método farmacológico para este fim.

## REFERÊNCIAS

1. Orange FA, Amorim MMR, Lima L. Uso da eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado –Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2003 Fev; 25(1):45-52.
2. Lowe NK. The nature of labor pain. Am J Obstet Gynecol. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S16-24.
3. Caton D. What a blessing she had chloroform. New Haven, Conn: Yale University Press. 1999.
4. Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1995;59:S9-15.
5. Almeida NAM, Silveira NA, Bachion MM, Sousa JT. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005 Abr; 13(2):223-8.
6. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.
7. Almeida NAM, Sousa JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005 Fev; 13(1):52-8.
8. Robertson A. The pain of labour – a feminist issue. Birth Int. [periódico na Internet] 2003 May [acesso em 2007 Nov 13]. Disponível em: <http://www.acegraphics.com.au/articles/painlabour.html>
9. Ministério da Saúde do Brasil. Área Técnica de Saúde da Mulher. Em: Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher.- Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
10. OMS, Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: OMS; 1996.
11. Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour (protocol for a Cochrane Review)in: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update software.
12. Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. Am J Obstet Gynecol. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S131-59.
13. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour.Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD000331.

14. Elbourne, D, Wiseman RA- Types of intramuscular opioids for maternal pain relief in labour (Cochrane Review)In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
15. Pimenta C, Teixeira M. Avaliação da dor. Rev Med. 1997 jan/fev; 76(1):27-35.
16. Hodnett, Ellen D. RN, PhD. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S160-72.
17. Ross A. Maternal satisfaction with labour analgesia. Baillieres Clin Obstet Gynaecol. 1998;12:498-513.
18. Ruano R, Prohaska C, Tavares AL, Zugaib M. Dor do parto: sofrimento ou necessidade? Rev. Assoc. Med. Bras. 2007 Out;53(5):384-384.
19. Wall P, Melzack R – Labor pain. In: Wall P, Melzack R - Textbook of pain, 2º ed., Einburg, . Churchill Livingstone, 1989.
20. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. Birth. 2004;31(1):17-27.
21. Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. Medical care 1988;26(4):393-402.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70 Ltda. Lisboa. Portugal; 1977. p225.
23. Niven C, Gijsbers K. A study of labour pain using the McGill Pain Questionarie. Soc Sci Med. 1984;19:1347-51.
24. Johansson FG, Fridh G, Turner-Norvel KT. Progression of labor pain in primíparas and multiparas. Nurs Res. 1988;37:86-90.
25. Ranta P, Jouppila P, Jouppila R. The intensity of labour pain in grand múltíparas. Acta Obstet Gynecol Scand. 1996;75:250-4.
26. Brown ST, Campbell D, Kurtz A. Characteristics of labour pain at two stages of cervical dilation. Pain.1989;38:289-5.
27. Melzack R, Taenzer P, Feldman P, Kinch CM. Labour is still painful after prepared childbirth. CMAJ. 1981;125:357-363.
28. Scott-Palmer J, Skevington S. Pain during childbirth and menstruation: a study of locus of control. J Psychosom Res. 1981;25:151-155.
29. Niven C, Gijsbers KA. Obstetric and non-obstetric factors related to labour pain. Journal of Reproductive Infant Psychology. 1984;2:61-78.
30. Bonnel AM, Boureau F. Labour pain assessment: validity of a behavioural index. Pain. 1985;22:81-90.

31. Corli O., Grossi E., Roma G. & Battagliarin G. Correlation between subjective labour pain and uterine contractions: a clinical study. *Pain*. 1986;26:53-60.
32. Fridh G., Kopare T., Gaston-Johansson F. & Norvell K.T. Factors associated with more intense labour pain. *Res Nurs Health*. 1988;11:117±124.
33. Gaston-Johansson F., Fridh G. & Norvell K.T. Progression of labour pain in primiparas and multiparas. *Nursing Research*. 1988;37:86-90.
34. Wutchik M., Bakal D. & Lipshitz J. Relationship between pain, cognitive activity and epidural analgesia during labour. *Pain*. 1990;41:125-132.
35. Baker A, Ferguson SA, Roach GD, Dawson D. Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *J Adv Nurs*. 2001; 35(2), 171±179.
36. Bundsen P; Ericson K; Peterson LE; Thiringer K. Pain relief in labor by transcutaneous electrical nerve stimulation. Testing of a modified stimulation technique and evaluation of the neurological and biochemical condition of the newborn infant. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1982; 61:129-36.
37. Niven C, Brodie E. Memory for labor pain: context and quality. *Pain*. 1995;64:387-92.
38. James CF. Pain management of labour pain and delivery in the 90s. *J Fla Med Assoc*. 1997;84:28-36.
39. Sabatino H. Parto na vertical. *RBM-GO*. 1997;8:51-64.
40. Waldenstrom U. Experience of labour and birth in 1111 women. *J Psychosom Res*. 1999; 47:471-82.
41. Pimenta C, Teixeira M. Avaliação da dor. *Rev Méd*. 1997;76:27-35.
42. Carrol D, Tramer M, McQuay H, Nye B, Moore A. Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104:169-75.
43. Ploeg JM, Vervest HA, Liem AL, Leeuwen JS – Transcutaneous nerve stimulation (TENS) during the first stage of labour: a randomized clinical trial. *Pain*. 1996;68:75-8.
44. Pimenta C, Cruz D, Santos J. Instrumentos para avaliação da dor – o que há de novo em nosso meio. *Arq Brás Neurocir*. 1998;17:15-24.
45. Chapman C, Syrjala KL. Measurement of pain. In: Bonica J, Loeser J, Chapman C, Fdyce W. *The Management of Pain*. 2<sup>o</sup>ed. Philadelphia – London, Lea & Fegiber, 1990.
46. Kleinhez J. Acupuncture mechanisms, indications and effectiveness according to recent western literature. *Am J Acupunct*. 1995;23:211-8.
47. Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975;1:277-99.

48. Caton D, Frolich MA, Euliano T. Anesthesia for childbirth: Controversy and change. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186: 25–30.
49. Maclean LI, McDermott MR, May CP. Method of delivery and subjective stress: Women's emotional responses to childbirth practices. *J Reprod Infant Psychol.* 2000; 18: 153–162.
50. Khalaf I, Callister LC. Cultural meaning of childbirth: Muslim women living in Jordan. *J Holist Nurs.* 1997; 15: 373–388.
51. Abushaikha L, Oweis A. Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective. *Int J Nurs Pract.* 2005 Feb;11(1):33-8.
52. Steer P. The methods of pain relief used. In: Chamberlain G., Wraight A. & Steer P. *Pain and its Relief in Childbirth.* Churchill Livingstone, London, pp. 49±67.1983.
53. Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain - options of 1091 Finnish Parturients. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1995;39:60-66.
54. Bundsen P, Peterson LE, Selstan U. Pain relief during delivery – an evaluation of conventional methods. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1982;61:289-97.
55. Simkin P. Nonpharmacological methods of pain relief during labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M. *Effective care in pregnancy and childbirth.* 2<sup>o</sup>ed. Oxford. Oxford University press. 1991. p893-912.
56. Budd S, Yelland S, Maciocia G. Acupuntura e tratamento com ervas no trabalho de parto. In: Maciocia G. *Obstetrícia e ginecologia em medicina chinesa.* Sao Paulo. Rocca. 2000. p505-20.
57. Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2006 Nov;28(11):671-9.
58. Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain.* 2001;93(2):123-7.
59. Dickersin K. Pharmacological control of pain during labour. In: Chalmers L, Enkim M, Keirse M. *Effective care in pregnancy and childbirth.* 2<sup>o</sup> ed. Oxford. Oxford University Press, 1991.
60. Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet* 1982;2(8302):808-10.
61. Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Evans SF. Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 2003;43(6):463-8.
62. Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, Burgin D, Bitzer J. How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;115(1):43-50.

63. Green JM. Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. *Birth*. 1993;20(2):65-72.
64. Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynecol Obstet Fertil*. 2005;33(7-8):533-8.
65. Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experience. *Birth*. 2003;30(3):189-94.
66. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates and consequences. *Birth*. 2003;30(4):235-47.
67. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):627-37.
68. Murray I, Wilcock A, Kobayashi L. Obstetrical patient satisfaction. *J Health Care Mark* 1996; 16:54-7.
69. Green J, Coupland V, Kitzinger J. Great expectations— a prospective study of women's expectations and experiences of childbirth. Cheshire: Books for Midwives Press; 1998.
70. Smith M, Acheson L, Byrd J, Curtis P, Day T, Frank S, et al. A critical review of labor and birth care. *J Fam Pract* 1991; 33:281-92.
71. Domingues RMSM. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
72. Santos OMB, Siebert ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75 Suppl 1:S73-9.
73. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
74. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(suppl.1):S52-S62
75. BRENDA A, GENTZ, MD. Alternative Therapies for the Management of Pain in Labor and Delivery. *Clin Obstet Gynecol*. 2001 Dec;44(4):704-732.
76. . Mackey MM. Use of water in labor and birth. *Clin Obstet Gynecol*. 2001 Dec;44(4):733-49. Review.
77. Simkin P, Klein MC. Nonpharmacological approaches to management of labor pain. *UpToDate Review*. [periódico na Internet]. 2007 March 30. [acesso em 2007 Nov 5]. UpToDate Software. Disponível em (a partir da UFSC): [www.hu.ufsc.br](http://www.hu.ufsc.br).

78. D'Ambruoso L, Abbey M, Hussein J. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public Health*. 2005 Dec 22;5:140.
79. Waldenstrom U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85(5):551-60.
80. Rugolo LM, Bottino J, Scudeler SR, Bentlin MR, Trindade CE, Perosa GB, Rugolo A. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant* 2004; 4(4): 423-433.
81. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006 Jul;22(7):1483-1491.
82. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bogus CM, Miranda MM O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*. 2002 set/out;18(5):1303-11.
83. van Teijlingen ER, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth*. 2003;30(2):75-82.
84. Tedesco RP, Filho NLM, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2004 Dez;26(10):791-8.
85. Baker A, Ferguson SA, Roach GD, Dawson D. Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *J Adv Nurs*. 2001 Jul;35(2):171-9.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.



## ANEXO II

## ESCALA DE SATISFAÇÃO

*Como você se sentiu?*

1	2	3	4	5
				
Muito Mal	Mal	Mais Ou Menos	Bem	Muito Bem