



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BÁRBARA ALENCAR ÁVILA

**AVALIAÇÃO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL ESCOLA  
DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília  
2013.

**BÁRBARA ALENCAR ÁVILA**

**AVALIAÇÃO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL ESCOLA  
DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado a Comissão de Graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Professor Msc. Luciano Ramos de Lima.

Brasília

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ávila, Bárbara Alencar

Avaliação da dor no trabalho de parto em um hospital escola do Distrito Federal/ Bárbara Alencar Ávila. – Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

50 f.: il. color.; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Curso de Enfermagem, 2013.

Orientador: Professor Msc. Luciano Ramos de Lima

1. Dor 2. Trabalho de parto 3. Avaliação da dor 4. Enfermagem I. Ávila, Bárbara Alencar. II. Universidade de Brasília. Curso de Enfermagem. III. Avaliação da dor no trabalho de parto em um hospital escola do Distrito Federal.

**BÁRBARA ALENCAR ÁVILA**

**AVALIAÇÃO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL ESCOLA  
DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado a Comissão de Graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 03 de dezembro de 2013.

---

Prof. Msc. Luciano Ramos de Lima – Orientador

---

Profa. Dra. Laiane Medeiros Ribeiro – Avaliadora

---

Profa. Msc. Anna Carolina Faleiros Martins – Avaliadora

*Dedicado às pessoas que são fundamentais em minha vida cuidando de mim: Deus, meus pais Moacir e Alzenir, meus irmãos Denise e Pedro. Ao meu marido, Jhenison, pelo zelo e compreensão em todos os momentos. Meu orientador Prof. Msc. Luciano Lima, pela confiança e apoio neste estudo.*

*“O coração do homem planeja o seu caminho, mas o Senhor lhe dirige os passos.”*

*Provérbios 16:9*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pelo alicerce e amor incondicional. O Senhor que foi meu auxílio em todo o tempo, ajudou em minhas escolhas e me confortou nos momentos mais difíceis.

À minha família, minha mãe Alzenir, meu pai Moacir, que me incentivaram e me apoiaram durante essa caminhada. Que abdicaram de muitas coisas por mim. Agradeço pelo amor, doação, paciência, fé, mansidão, incentivo e alegria.

Aos meus irmãos Denise e Pedro por estarem sempre comigo e partilharem de muitos momentos juntos. Obrigada pelo amor, carinho e paciência.

Ao meu marido, Jhenison, companheiro de todos os momentos, pela compreensão da falta de tempo e pelo empenho nessa jornada.

A 2ª turma de enfermagem, “turma mais bonita da cidade, pelos momentos de descontração e pelas alegrias vivenciadas. Meu muito obrigada aos amigos, Brunna Carvalho, Dayana de Oliveira, Nayara Santana, Jéssica Leão, Paulo Henrique, Raíza Rana e Marina Shinzato.

Aos professores do curso de enfermagem da Faculdade de Ceilândia pelo empenho e esforço em dedicar tempo e conhecimento na minha formação acadêmica e profissional.

Ao professor Msc. Luciano Lima, meu orientador, pelo apoio, dedicação e disposição em todos os momentos, a sua ajuda foi fundamental na elaboração deste trabalho.

Aos amigos e familiares que colaboraram com a minha formação e me ajudaram em algum momento. Agradeço por compreenderem minha ausência.

A enfermeira chefe Dione e aos demais profissionais do hospital escola pela contribuição com este estudo e com a minha formação.

## RESUMO

ÁVILA, B. A. Avaliação da dor no trabalho de parto em um hospital escola do Distrito Federal. 2013. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2013, 50p.

A dor no trabalho de parto é definida como aguda, orgânica, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional e resulta dos estímulos sensoriais gerados, principalmente pela contratilidade do útero. O objetivo deste estudo foi caracterizar a dor no processo de parto de primigestas e suas repercussões na evolução da parturiente de um hospital escola do DF. Trata-se de um estudo observacional, analítico, seccional ou transversal de natureza quantitativa. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e maio de 2013, com um total de 45 parturientes, foi realizada por meio de um questionário estruturado para entrevista individual, Escala Numérica de Dor e Questionário McGill para Dor. A organização dos dados foi realizada em planilhas eletrônicas em arquivo do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 19.0. Os principais resultados apontam que são mulheres jovens com idade média de 23,2 anos, com duração de trabalho de parto em média de 12 horas, solteiras e referiram a dor do parto como intensa. Os principais descritores de dor da escala de McGill selecionaram em forma de pontada, cansativa, cólica e dolorida, respectivamente e o local de maior intensidade de dor foi o baixo ventre. Na avaliação da dor no trabalho de parto evidenciou que são mulheres jovens com idade média de 23,2 anos, com duração de trabalho de parto em média de 12 horas, solteiras e 47% referiram a dor do parto como intensa. Observou-se que a deambulação foi associada a dor e evidenciou que este método não contribui para alívio da dor. Os principais descritores de dor da escala de McGill selecionaram em forma de pontada (66,7%), cansativa, cólica e dolorida, respectivamente e o principal local de maior intensidade de dor foi o baixo ventre. As intervenções não farmacológicas como banho, massagem, deambulação e posição no parto e trabalho de parto não foram métodos positivos para redução da dor neste estudo.

**Palavras-chave:** Dor; Trabalho de parto; Avaliação da dor; Enfermagem.



## ABSTRACT

AVILA, B. A. Assessment of pain during labor in a teaching hospital of the Federal District. In 2013. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, Undergraduate Nursing, Faculty of Ceilandia, Brasilia, 2013, 50p.

Pain in labor is defined as acute organic transient complex, subjective and multidimensional results of sensory stimuli generated mainly by the contractility of the uterus. The aim of this study is to characterize the pain of childbirth in process women in the first pregnancy and its effects on the evolution of the mother of a university hospital in the Federal District (DF). This is an observational, analytical, cross-sectional or quantitative. The study was conducted in a maternity ward in a teaching hospital of the Federal District. Data collection was carried out between the months of April and May 2013, a total of 45 pregnant women, was conducted through a structured questionnaire for individual interviews, Numerical Rating Scale for Pain and McGill Pain Questionnaire. The organization of the data was performed in spreadsheet file in the *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* version 19.0. The main results point out that young women with a mean age of 23.2 years, duration of labor on average 12 hours, reported single and labor pain as intense. The main pain descriptors scale McGill selected shaped stab, tiring, cramping and sore, respectively and place of greatest pain was the lower abdomen. In the assessment of pain during labor showed that they are young women with a mean age of 23.2 years, duration of labor by an average of 12 hours, single and 47% reported labor pain as intense. It was observed that ambulation was associated with pain and showed that this method does not contribute to pain relief. The main descriptors of pain scale in form of McGill selected pang (66.7%), tiring, cramping, aching, respectively and the primary site of greatest pain was the lower abdomen. Measures of pain relief such as bathing, massage, walking and standing in childbirth and labor were not positive methods for reducing pain in this study. It was observed that ambulation was associated with pain and showed that this method does not contribute to pain relief.

**Abstract:** Pain, Labor Obstetric, Assessment of pain; Nursing.

## **LISTA DE TABELAS E FIGURAS**

Tabela 1 - Diferenças entre dor associada à contração uterina e dor associada ao período expulsivo do parto;

Tabela 2 - Aspectos referentes ao período gestacional relacionados a escala numérica de dor em parturientes primíparas de parto normal, Brasília, 2013.

Tabela 3 - Aspectos referentes ao trabalho de parto relacionado e avaliação da dor pela escala numérica em parturientes primíparas de parto normal, Brasília, 2013.

Tabela 4 - Frequência dos descritores e agrupamentos da Escala de McGill, de dor em parturientes primíparas de parto normal, Brasília, 2013.

Figura 1 - Intensidade de dor (Escala Numérica 0-10) em parturientes primíparas de parto normal, Brasília, 2013.

Figura 2 - Localização e intensidade de dor (Escala Numérica\Média) de parturientes primíparas de parto normal, Brasília, 2013.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
TP	Trabalho de parto
DF	Distrito Federal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
ITU	Infecção do trato urinário
IC	Intervalo de Confiança
RR	Razão de Risco

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
3.1 Políticas de Saúde para o Parto .....	17
3.2 Trabalho de Parto e Parto.....	19
3.3 Dor no Trabalho de Parto.....	21
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
4.1 Tipo do Estudo .....	26
4.2 Local do Estudo .....	26
4.3 População do Estudo.....	26
4.4 Amostra.....	27
4.5 Critérios de Inclusão .....	27
4.6 Critérios de Exclusão .....	27
4.7 Coleta de Dados .....	27
4.8 Análise dos Dados.....	28
4.9 Aspectos Éticos da Pesquisa .....	28
4.10 Riscos e benefícios da participação no Projeto de Pesquisa .....	29
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>APÊNDICE</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

Estima-se que no Brasil 45% das mulheres experimentam dor lombar e/ou pélvica durante a gravidez. Um quarto de todas as mulheres tem dor suficientemente intensa para requerer atendimento hospitalar. No puerpério, aproximadamente 25% das mulheres experimentam dor na zona lombar/cintura pélvica, e aproximadamente 5% de todas as mulheres experimenta dor intensa. A dor do parto é praticamente e é experimentada por cerca de 95% dos partos normais (GARCIA, 2007).

Durante toda a gestação a mulher apresenta dores lombares e/ou pélvicas. No trabalho de parto a mulher apresenta dor aguda, com duração curta, é iniciada com a contratilidade uterina e continua durante a parturição (VASCONCELOS, 2010).

A dor sempre foi e será uma grande preocupação da humanidade ao longo dos anos. É considerada uma sensação individual e que envolve vários fatores associados a lesão tecidual, alterações podem ser detectadas por fatores psicológicos, biológicos, socioculturais e econômicos (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008; CANELLA, 2010).

A avaliação e a mensuração da dor são extremamente importantes para o manejo da dor. O manejo da dor no ambiente clínico é essencial porque deve haver uma medida para fundamentar o tratamento ou a conduta terapêutica. Quando se tem um método eficaz da dor é possível examinar a sua natureza, as suas origens e o seus correlatos clínicos, em decorrência de fatores emocionais, motivacionais, cognitivos e de personalidades do cliente. Devido ao fato de ser subjetiva a experiência da dor deve ser determinada por instrumentos multifatoriais (ALVES NETO et al, 2009).

Na clínica o trabalho de parto (TP) tem 3 fases: dilatação, expulsão e dequitação. No primeiro estágio do trabalho de parto o estímulo doloroso é visceral, sem localização específica, difusa e intermitente. De outro modo no segundo estágio, no período expulsivo, a dor é somática, intensa, com localização e contínua. Algumas parturientes avaliam esse tipo de dor como traumático e intenso pela ansiedade e pela falta de conhecimento do momento vivenciado. Por esse fato a experiência da dor durante o trabalho de parto é bastante marcante e desagradável para algumas mães (ALMEIDA, 2009; VASCONCELOS, 2010; DAVIM et al., 2008).

A dor no parto pode ser controlada pela analgesia, assim, este método de controle da dor no parto surgiu como uma perspectiva para o tratamento da dor que é considerada

inapropriada mesmo em centros especializados, com resultados inconsistentes (ALVES NETO et al., 2009).

O parto por se tratar de um processo natural e consequentemente esperado pela mulher em trabalho de parto, os profissionais devem assisti-la solicitando controle e tranquilidade. A enfermagem obstétrica nesse contexto tem sido participante das discussões na defesa do parto humanizado nos cenários nacional e internacional. Como cuidador com formação holística para atuar de forma humanizada no cuidado à mulher em processo parturitivo, o profissional de enfermagem é reconhecido no Brasil pelo Ministério da Saúde. Logo o incentivo de sua atuação vem favorecendo a assistência pré-natal, no parto e puerpério, para praticar incentivar práticas humanizadas no parto normal (VASCONCELOS, 2010; ALMEIDA, 2009; MARÓCOLO; KISSA, 2009).

Assim, faz-se necessária a qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais de enfermagem para atuar nos cuidados pré-natais, no parto e puerpério. Além disso, o cuidar na enfermagem promovido durante a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto e na atuação na dor não são suficientes. Os profissionais devem promover e garantir a participação ativa e satisfatória da mulher em relação ao processo de parir (VASCONCELOS, 2010; ALMEIDA, 2009; MARÓCOLO; KISSA, 2009).

No Distrito Federal existe apenas uma casa de parto que realiza o parto natural sem nenhum método não farmacológico e um hospital escola que implementa medidas farmacológicas que não realiza o parto natural e realiza apenas o parto normal com intervenções obstétricas. Os profissionais não realizam medidas para alívio da dor no trabalho de parto que não sejam farmacológicas.

Nesse sentido, questiona-se quais são as características da dor no trabalho de parto de primíparas e suas repercussões para a mulher?

A compreensão de que a dor tem como causas importantes o trabalho de parto e o parto se difere em diversas culturas e grupamentos sociais, sendo objeto de discussão há anos, a dor do trabalho de parto está presente neste processo e em certo momento pode ser negligenciada. Por meio da realização da graduação em enfermagem foi observado que a dor no parto muitas vezes é desconsiderada durante esta fase, vivenciada durante os estágios na graduação relacionados a saúde da mulher a pouca preocupação com essa questão no parto normal.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Caracterizar a dor no processo de parto de primigestas e suas repercussões na evolução da parturiente de um hospital escola do DF.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Caracterizar as gestantes com perfil sócio demográfico de parturientes de um hospital escola do DF.

Identificar os métodos não farmacológicos adotados no controle da dor de parturientes de um hospital escola do DF.

Descrever a intensidade de dor por meio da escala numérica na fase do trabalho de parto e no pós-parto imediato;

Observar a relação entre número de horas de trabalho de parto com intensidade de dor.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Políticas de Saúde para o Parto**

Em 1984 o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em resposta as demandas relativas á assistência clínica e obstétrica. O objetivo inicial era promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres e atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada. O fato de estar acontecendo vários movimentos em busca do parto natural, iniciativas da sociedade civil e do governo federal foram criadas com esse fim. Entre elas, A Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento fortalecendo-se e implementado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (ALMEIDA, 2009; BRASIL, 2002).

O PHPN preconiza para o manejo da dor no parto o uso de métodos não farmacológicos, restringindo a utilização de analgesia apenas em casos de indicação absoluta, apenas quando as contrações uterinas gerem distócias e riscos para a mãe e o filho. Tendo em vista que o processo de parir é proposto pelo programa e deve seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Como condutas úteis e encorajadas pela OMS estão: a presença de acompanhante, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, oferta de líquidos, uso de técnicas não invasivas para alívio da dor e livre escolha de posição no parto, estimulando posturas verticais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; ALMEIDA, 2009).

A dor do parto é um sintoma de caráter subjetivo e de difícil avaliação. Independente de fatores socioculturais pode ser considerada insuportável para várias mulheres. Assim são necessárias ações de saúde que proporcionem condições seguras e voltadas a humanização do parto e nascimento, com o resgate postural da mulher, da família, da sociedade e dos profissionais de saúde, referido no instante do nascimento de um filho, deve ser encarado como um fato importante na história de uma família e não representado apenas por um ato médico enfatizado em aspectos técnicos ou clínicos (ALVES NETO, 2009; BRASIL, 2011).

É um direito da mulher brasileira receber atenção durante o trabalho de parto que subsidie a possibilidade do alívio da dor e sua participação nesse processo. O direito da gestante ao acompanhante durante o processo do parto é reconhecido pelo Ministério da Saúde, porém não é praticado regularmente e sistematicamente no país. O que acontece é que



mulheres com condições econômicas na maioria dos casos em instituições particulares exercem esse direito (BRASIL, 2011).

Tendo em vista o preconizado pelo PHPN a assistência obstétrica deve ser assegurada mediante: a acessibilidade dignamente no atendimento e na qualidade durante a gestação, o parto e o puerpério, o acesso ao conhecimento do local onde a mulher terá o parto e de assegurar a humanização na assistência do parto e do puerpério e ao seu recém-nascido (BRASIL, 2002).

Hodnett (2002) acredita que a satisfação da mulher não está totalmente voltada a ausência de dor. Ele demonstra que está fortemente associada a um ambiente acolhedor, ao comportamento dos profissionais de saúde e a companhia durante o trabalho de parto e parto, afirmando que sem intervenções obstétricas a mulher tem um controle maior sobre a experiência de parir e assim aumenta sua satisfação.

### 3.2 Trabalho de Parto e Parto

O processo do parto é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um evento natural de início espontâneo, de baixo risco na evolução do trabalho de parto e parto, o bebê em posição cefálica de vértice no nascimento espontâneo e idade gestacional de 37 a 42 semanas completas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). O parto normal também chamado transpélvico ou vaginal é dividido pela clínica em 4 períodos: período de dilatação e apagamento da cérvix uterina (trabalho de parto); período de expulsão do feto(nascimento); período de expulsão da placenta(dequitação) e período de Greemberg ou primeira hora do puerpério (pós-parto) (REZENDE, MONTENEGRO, 2008). O trabalho de parto é o período mais longo acompanhado por desconforto, dor e estresse a níveis fisiológicos são tolerados pela mulher ao parir (ALMEIDA, 2009).

A caracterização do trabalho de parto é dada pela ocorrência de contrações uterinas que aumentam a frequência, a intensidade e a duração. Na primípara, foco deste estudo, a duração é de aproximadamente 12 horas (SANTANA et al., 2010; ALMEIDA, 2009; REZENDE; MONTENEGRO, 2008).

Com a evolução do trabalho de parto o bebê desce pelo canal do parto (pelve, canal vaginal e períneo, sequencialmente) num processo adaptativo de seus diâmetros com os da pelve, sendo gerado pela contratilidade do útero, nesse momento há evidências dos desconfortos procedentes da dor. O colo do útero é completamente apagado (100%) e a dilatação (10 cm) completa da cérvix uterina ocorre iniciando assim a expulsão do feto (ALMEIDA, 2009). Além desses fatores ocorrem metrossístoles (contrações regulares e dolorosas), perda do tampão mucoso (expulsão de secreção da cérvix uterina no início do processo de dilatação), ruptura espontânea das membranas (geralmente entre nove e dez centímetros de dilatação ou no período expulsivo em si) dando início ao trabalho de parto (REZENDE; MONTENEGRO, 2008).

Historicamente o parto está relacionado ao mito de ser algo intolerável e muito doloroso fisicamente. No imaginário de algumas mulheres boa mãe é aquela que sofreu ao dar à luz a seus filhos. A dor no trabalho de parto é um importante obstáculo que pode ser encarado e vivenciado de forma positiva pela mulher e por seus familiares. Para isto, ela necessita estar preparada e consciente da necessidade de manter-se calma e relaxada durante todo o trabalho de parto. A utilização de métodos, que permitam vencer de maneira natural a

dor, vem sendo aconselhados por autores como Pedroso e Celich (2006), Gayeski e Bruggemann (2009), Davim et al. (2010) dentre outros que são unânimes em apontar os efeitos danosos que os medicamentos analgésicos e anestésicos podem causar à mãe e ao feto durante o processo de parturição (PEDROSO; CELICH, 2006).

A manutenção emocional durante o período de parto é de extrema importância, pois quando há o aumento dos níveis de adrenalina o sistema nervoso simpático é rapidamente alertado, crescem os níveis do hormônio liberador de corticotrofinas, do hormônio adenocorticotrófico e do cortisol no sangue, evidenciando que o estresse é uma forma de adaptação biológica e de defesa. Desse modo esses fatores comprovam o desenvolvimento de ações para reduzir o nível de estresse e ansiedade da mulher na parturição visto que o uso de analgesia não pode gerir sozinho o dimensionamento da dor (ALMEIDA et al., 2005; ALVES NETO et al., 2009).

### 3.3 Dor no Trabalho de Parto e Parto

“A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos” pelo comitê de taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor (*Internacional Association for the Study of Pain – IASP*) (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDOS DA DOR, 2006). Manifesta-se subjetivamente envolvida por mecanismos físicos, psíquicos e culturais. É um dos principais sinais do início de trabalho de parto e possui um aspecto diferenciado de todas as outras por envolver fatores biológicos, culturais, socioeconômicos e emocionais (ALMEIDA, 2005; CORTEZ, 2007).

Nesse sentido a dor é compreendida como o quinto sinal vital, de alerta para intercorrências anormais no organismo por norma publicada em janeiro de 2000 pela *Joint Comission on Accreditation on Heathcare Organizations (JCAHO)*. A dor é um acontecimento com duas vertentes: o fisiológico (objetivo) e o psicossomático (subjetivo) (SAKATA; ISSY, 2008; ALVES NETO et al., 2009).

A dor da parturiente pela classificação geral da dor é definida como aguda, orgânica, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional, resulta dos estímulos sensoriais gerados, principalmente pela contratilidade do útero (ALMEIDA, 2009).

A resposta desencadeada pelos estímulos dolorosos é complexa e deve-se a uma somatória de fatores biológicos, culturais e comportamentais. A dor no primeiro estágio do trabalho de parto (definido o início das contrações uterinas regulares que levam à progressiva dilatação do colo) é do tipo visceral e resulta da distensão das fibras do colo e músculo uterino. É transmitida pelas fibras A-delta e C e entra na medula espinhal entre T10/L1. No segundo estágio (período compreendido entre a completa dilatação do colo até o nascimento) é somática resultante da distensão da vagina e períneo. É transmitida pelo nervo pudendo (segmentos espinhais S2/S4). A medula espinhal além de filtrar, modula e potencializa os estímulos nociceptivos que ali chegam (ALVES NETO et al., 2009).

A dor do trabalho de parto com estímulos prolongados e de intensidade crescente, gera estado de hipersensibilidade e excitabilidade dos neurônios do corno dorsal da medula que se somam a outros mecanismos provocando uma superposição de estímulos que amplificam as respostas e convertem sinais até então inofensivos, como o tato, em sinais dolorosos (alodinia), criando uma espécie de "memória" da dor. Estas alterações, na prática,

dificultam o controle e o alívio da dor, podendo-se observar a necessidade de um maior número de doses ou a utilização de uma concentração anestésica maior para uma analgesia efetiva (ALMEIDA, 2009; ALVES NETO et al., 2009).

Quanto à localização da percepção dolorosa existem variações. Pelo menos quatro componentes diferentes, que mudam de intensidade de uma mulher para outra e na mesma paciente durante o trabalho de parto: dor abdominal em relação às contrações uterinas; dor lombar durante as contrações uterinas; dor lombar contínua e dor perineal. A dor abdominal e a dor lombar em decorrência das contrações são proporcionais a dilatação cervical. Em aproximadamente 1/3 das gestantes evidencia-se a dor lombar contínua, no segundo estágio esta é descrita como insuportável. No final mais tardio surge a dor perineal, aparecendo durante o segundo e terceiro estágios da evolução do trabalho de parto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2001).

Várias ocorrências obstétricas interferem no estímulo doloroso no trabalho de parto. Destacam-se dentre eles (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2001):

- A multiparidade – é consensual que as primíparas experimentam dor mais intensa do que as múltiparas;
- A posição do feto- a maior intensidade da dor está relacionada a posição occipito-posterior;
- A dismínoresia precoce;
- Disproporção céfalo-pelvica;
- O pré-natal adequado para o trabalho de parto.

Múltiplas variáveis influenciam a intensidade da dor que vive a gestante, fatores obstétricos, individuais, ambientais e culturais. Esses diversos fatores aliados a problemáticas na quantificação desta dor são responsáveis pela inconclusão de diversos estudos sobre a avaliação da dor (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2001; NETO et al., 2009).

Para o manejo da dor é essencial a avaliação e a mensuração. Tem sido utilizados vários métodos para mensurar a percepção/sensação de dor. Escalas e questionários foram criados para mensurar a dor, quantificando-a durante o trabalho de parto. Os instrumentos unidimensionais são feitos para quantificar somente a severidade ou a intensidade da dor e têm sido bastante utilizados em hospitais e/ou clínicas para obter informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e o alívio da dor. Já os instrumentos multidimensionais são designados para avaliação e mensuração de variadas dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações. As dimensões sensorial, afetiva e avaliativa são as

principais avaliadas. Dentre os instrumentos unidimensionais são: escala de categoria numérica/verbal e escala analógica. Alguns dos instrumentos multidimensionais: questionário McGill de avaliação da dor, escala de descritores diferenciais, teoria da detecção do sinal (SANTANA et al., 2010; ALVES NETO et al., 2009).

A distinção da dor associada à contração uterina e da dor associada ao período expulsivo é feita por Brownridge (1995) e citada por Almeida (2009), considerando importantes diferenças na trilha neural, nas características clínicas e mudanças psicológicas (quadro 1).

**Tabela 1** - Diferenças entre dor associada à contração uterina e dor associada ao período expulsivo do parto

<b>Dor da contração (visceral)</b>	<b>Dor do parto (somática)</b>
Transmissão demorada	Transmissão rápida
Difusa e pobremente localizada	Localizada pontualmente
Referida frequentemente	Não referida
Relato de pressão intra-uterina	Relato de distensão perineal
Variação de intensidade	Acompanhada de desejo de dar à luz
Suscita resposta autônoma generalizada	Suscita mudança circulatória secundária para intermediar a manobra de Valsava
Muito susceptível ao bloqueio central neural	Pouco susceptível ao bloqueio central neural

Fonte: BROWNRIDGE (1995)

Segundo Gayesky e Bruggeman (2010) a dor no parto não está relacionada a uma patologia como injúrias crônicas e agudas, mas sim a fisiologia expulsiva da gestação e ao momento do nascimento não relacionada a uma lesão do tecido. Todavia, algumas mulheres admitem que é uma dor exacerbada e superior ao que acreditavam.

As complexas interações resultantes dessa dor, de caráter inibitório e excitatório, são comparados a dor aguda, elementos específicos existentes no trabalho de parto de modo neurofisiológico, psicológico e social que influenciam no seu grau. Assim as alternativas não farmacológicas ajudam no alívio da dor no parto (GAYESKY; BRUGGEMAN, 2010; CANELLA, 2010).

Os objetivos de se promover o alívio da dor durante o trabalho de parto são: avaliar a dor, reduzir o estresse e a ansiedade da paciente, corrigir hiperventilação, diminuir a secreção de catecolaminas, melhorar a perfusão uteroplacentária e evitar o desenvolvimento de condição dolorosa crônica (ALVES NETO et al., 2009).

O controle da dor pode ser realizado por métodos não farmacológicos e que não interfiram na decisão e na autonomia da mulher juntamente com o estabelecimento de relações de igualdade entre ela e os profissionais de saúde sem nenhum tipo de autoritarismo por parte deles. A dor do parto é influenciada pela condição física, expectativa, distração, motivação e educação. Desse modo a dor da parturiente pode ter influências pelo medo, pela insegurança, pela apreensão e por qualquer tipo de experiência prévia dolorosa e desagradável (BRASIL, 2001a; ALMEIDA, 2009; ALVES NETO et al., 2009).

Dentre os métodos não farmacológicos a acupuntura tem resultados parciais no alívio da dor do parto, é feita pela inserção de agulhas em locais específicos que teria o efeito pela liberação de endorfinas. Na estimulação elétrica transcutânea (EET) são utilizados dois pares de eletrodos paravertebrais aliviando a dor durante as contrações uterinas. Apesar de mecanismo não estabelecido a EET é um método seguro apesar a interferência elétrica na monitorização dos batimentos cardíacos fetais e facilmente aplicável por médicos e enfermeiros (ALVES NETO et al., 2009; DAVIM; TORES; DANTAS, 2009).

As técnicas psicofiláticas levam a autonomia total da mulher e tem fortes influências na analgesia do trabalho de parto e parto. Com mecanismos ainda desconhecidos, mas relatados na literatura como efetivos, a deambulação, o temperatura corpórea elevada, massagens pélvicas, movimentação adequada, decúbito e também a presença de acompanhante influenciam no alívio da dor (MAMEDE et al., 2007; ALVES NETO et al., 2009).

O alívio da dor pode ser tido por métodos farmacológicos como analgesia sistêmica utilizando opióides, bloqueios regionais, bloqueios espinais por peridural contínua, raquianestesia e raquiperidural. Esses métodos são indicados no caso do surgimento de uma dor crônica após o parto vaginal. Entretanto esse processo doloroso ainda é pouco conhecido e é da mulher o direito de decidir por um procedimento de sua escolha e sem sofrer violências obstétricas (ALVES NETO et al., 2009).

Segundo Mello (2011) o corpo responde fisiologicamente a dor no parto e esta é caracterizada como complexa e subjetiva além de ter muitas dimensões aos estímulos sensoriais gerados, estes na contração uterina influenciando-a. Este cita os métodos psicofiláticos como alternativas para diminuição da sensação dolorosa na parturição.

Os métodos considerados não farmacológicos para diminuição da dor no trabalho de parto são baseados em entendimentos estruturados que dispensam materiais especializados podendo ser aplicados por qualquer pessoa integrante da rede social da gestante (BRASIL, 2011).

Estas intervenções para dor são classificadas de Merhy e Onocko são nomeados como tecnologia leve-dura, por estar baseada em conhecimentos estruturados nos profissionais de saúde relacionados à clínica e a epidemiologia presente organizada na assistência (MACEDO et al., 2005). A utilização dos métodos de tecnologia leve vem sendo relatado em estudos desde a década de 60, porém a partir das recomendações do MS para assistência ao parto e com o movimento de humanização do movimento em todo o país, em meados de 90 começaram a ser introduzidos nas maternidades (BRASIL, 2006).

Como a dor é uma experiência subjetiva ela não pode ser mensurada por um instrumento-padrão.



## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo do Estudo**

Trata-se de um estudo observacional, analítico, seccional ou transversal de natureza quantitativa.

O estudo observacional foi dividido em analíticos e experimentais. Os estudos analíticos são utilizados para examinar a associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde. Tanto a exposição quanto a ocorrência da doença ou evento de interesse são determinados para o indivíduo deixando inferências de associações nesse nível. Estudo seccional ou transversal é semelhante ao ensaio clínico randomizado, pois também parte-se da “causa” em direção ao “efeito” (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Na pesquisa de natureza quantitativa os dados são quantificados e se centra na objetividade. Os dados são analisados com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros considerando que a realidade só pode ser compreendida desse modo. Recorre a linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; DALFOVO, 2008).

### **4.2 Local do Estudo**

O estudo foi realizado em uma maternidade de um Hospital Escola do DF. A instituição é pertencente à rede do Sistema Único de Saúde, presta assistência a gestantes e parturientes, é referência em gestação de alto risco no DF, com uma média 59 partos mensais. A assistência ao parto normal é feita por médicos, residentes de medicina, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

### **4.3 População do Estudo**

A população da pesquisa foi composta por mulheres em pleno trabalho de parto primigesta atendidas em um Hospital Escola do DF.

#### **4.4 Amostra**

A amostra do estudo foi calculada sobre a média de atendimentos ocorrido no ano de 2012 (704 partos normais e um média mensal de 59 partos- dados da instituição), destaca-se que a coleta de dados acompanhara dois meses desta população. Assim, o cálculo amostral foi desenvolvido segundo critérios estatísticos de Barbetta (2007), e elegeu-se o número final de 48 partos a ser acompanhado. Todavia foram realizadas 45 coletas de dados.

#### **4.5 Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão foram:

Ter de 18 a 35 anos;

Ser primigesta com gestação única de no mínimo 37 semanas;

Parto normal.

#### **4.6 Critérios de Exclusão**

Os critérios de exclusão foram:

Ser multípara;

Que estão em trabalho de parto com sofrimento fetal;

Uso de analgesia.

#### **4.7 Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada por um período de 2 (dois) meses, abril e maio de 2013. A parturiente no momento era convidada a participar no local da internação, a abordagem foi de no máximo 1 (uma) hora entre o questionário, o roteiro de entrevista e a escala de avaliação da dor. A pesquisadora auxiliou a mulher a responder as questões e realizou algumas perguntas e anotou as respostas. Algumas informações foram coletadas dos prontuários e observadas durante o trabalho de parto.

Para a realização desta pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Escala numérica de avaliação da dor (Anexo A);
- Questionário Mc Gill para dor (Anexo B);
- Questionário estruturado para entrevista individual com a puérpera com adaptações (ALMEIDA, 2009) (Anexo C).

#### **4.8 Análise dos dados**

Os dados foram agrupados, tabulados e posteriormente organizados em planilhas eletrônicas em arquivo do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0*. Foi realizada, inicialmente, uma análise exploratória dos dados (descritiva). As variáveis numéricas (intensidade de dor) foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade (média, mediana) e de dispersão (mínimo, máximo, desvio padrão e coeficiente de variação) e as variáveis categóricas foram exploradas por frequências simples absolutas e percentuais.

Os resultados das análises foram organizados em tabelas e gráficos. As associações entre duas variáveis categóricas foram estudadas a partir da construção de tabelas de contingência em seguida aplicados os testes não paramétricos de associações. O nível de significância para todos os testes foi de  $\alpha=5\%$ . O teste de Mann-Whitney foi utilizado quando a variável categórica apresentou até dois níveis e o de Kruskal-Wallis no caso de três níveis ou mais.

#### **4.9 Aspectos éticos**

Os sujeitos convidados a participar do estudo, foram esclarecidos sobre os objetivos e os métodos da pesquisa, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi encaminhado para Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (UnB) e aprovado (268.836/2013) (ANEXO B).

No primeiro contato foi esclarecido sobre a participação na pesquisa, por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre esclarecido – TCLE (APÊNDICE), que proporciona aos entrevistados a garantia de que os procedimentos éticos foram seguidos, e do sigilo com relação às respostas dadas. Foi mantido o sigilo e o anonimato das entrevistadas e utilizada a inicial dos nomes. A participação voluntária ocorreu, e também tinham o direito de desistência a qualquer momento da pesquisa sem nenhum prejuízo no atendimento na instituição.

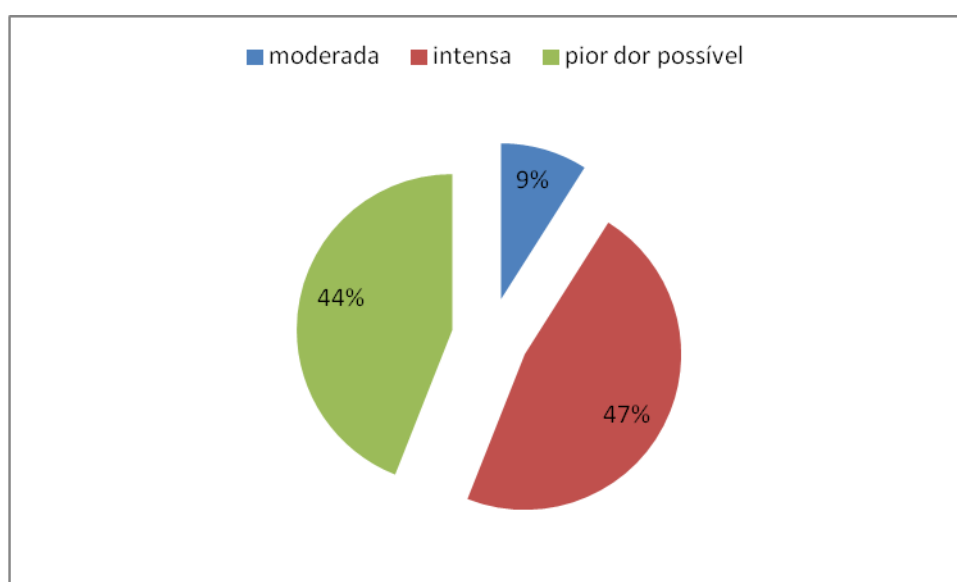
#### **4.10 Riscos e benefícios**

O processo da pesquisa, incluindo sua coleta de dados, não desencadeou os sujeitos em situação de risco, ameaçadoras ou constrangedoras. As entrevistadas tiveram a oportunidade de conhecer sobre a evolução do trabalho de parto e comportamentos para alívio da dor.

À enfermagem não foram gerados riscos e o principal benefício foi o aprofundamento do conhecimento sobre dor do parto normal, perspectivas e evidências do alívio da dor.

## 5. RESULTADOS

Participaram do estudo 45 parturientes com idade média 23,2 anos ( $DP=\pm 4,29$ , Mín.=18, Máx.=35 anos). Evoluíram no trabalho de parto com média de 12 horas e 50 minutos sendo a faixa etária mais comum entre 21 a 25 anos (38%), solteiras (40%) e casadas (37,8%). A intensidade geral de dor no trabalho de parto foi intensa ( $M=8,7$ ,  $DP=\pm 1,57$ , Mín.=5, Máx.= 10). Na figura 01 demonstra a distribuição da intensidade de dor que 47% referiram como intensa, seguida por 44% pior dor possível e 9% por moderada.



**Figura 1** – Intensidade de dor (Escala Numérica 0-10) em parturientes primíparas de parto normal, Brasília, 2013.

Referente a associação entre variáveis clínicas da evolução do parto associada a análise de dor, percebe-se que a maioria das mulheres fizeram acompanhamento de pré-natal (97,8%) sendo que apenas uma não fez pré-natal e referiu maior intensidade de dor ( $p\leq 0,05$ ). Em relação às consultas de pré-natal a maioria (66,7%) realizou entre 6 e 9 ( $DP=\pm 1,20$ ) sendo 28,9% entre 9 e 12 consultas ( $DP=\pm 1,5$ ) ambas referiam dor intensa ( $M=9,0$ ). Quanto a atividade física não ocorreu associação entre a variável dor, contudo 53,3% não realizava atividade física e sentiram menos dor quando comparada as que realizaram atividade física (Tabela 01).

As pacientes que não realizaram preparo para o parto 86,7% referiram mais dor (M=8,6; Mín=5; Máx=10) quando comparada as que prepararam. Intercorrências na gestação não ocorreu com 66,7% das entrevistadas, contudo referiram como intensa quando comparada com as que tiveram intercorrências (M=8,7). A infecção do trato urinário foi a mais apresentada por elas.

**Tabela 2** – Aspectos referentes ao período gestacional relacionados a escala numérica de dor em parturientes primíparas de parto normal, Brasília, 2013.

	N	%	Média	DP	Mín	Máx	P
Pré natal*							
Sim	44	97,8	8,7	1,57	4	10	0,308
Não	1	2,2	10		10	10	
Número de consultas no pré-natal**							
1-5 semanas	2	4,4	4,5	0,70	4	5	0,048
6-9 semanas	30	66,7	9	1,20	5	10	
9-12 semanas	13	28,9	9	1,50	5	10	
Atividade física*							
Sim	21	46,7	10	1,50	4	10	0,248
Não	24	53,3	9	1,60	5	10	
Preparo para o parto*							
Sim	6	13,3	8,67	1,96	5	10	0,860
Não	39	86,7	9	1,53	4	10	
Intercorrência na gestação*							
Sim	15	33,3	8,73	1,71	5	10	0,799
Não	30	66,7	8,73	1,53	4	10	

Legenda: DP= Desvio Padrão; Mín.=Mínimo; Máx=Máximo; \*Mann-Whitney ;\*\* Kruskal-Wallis

A evolução do trabalho de parto associada a dor evidenciou que as posições adotadas no trabalho de parto para maioria das mulheres (31,1%) foi a posição ereta no pré-parto e sentiram mais dor (pior dor possível M=10,0), já 28,9% estavam em decúbito lateral esquerdo e sentada sentiram menos dor (intensa) respectivamente. Em relação a posição no parto que também foi explorada todas as pacientes foram em posição de litotomia. Enfatiza-se que no estudo nenhuma paciente teve acompanhante no pré-parto, parto e puerpério (Tabela 2).

Quanto ao uso de tecnologias leves, 84,4% utilizou banho quente e sentiram maior intensidade de dor quando comparada com as que não utilizaram (M=8,9). A deambulação foi associada a dor (p=0,007) sendo que 71,1% deambularam e referiram maior intensidade de dor

(M=9,2). Por outro lado 26,7% das parturientes que receberam massagem referiam maior intensidade de dor (M= 9,1) quando comparadas as que não receberam (Tabela 2).

**Tabela 3** - Aspectos referentes ao trabalho de parto relacionado e avaliação da dor pela escala numérica em parturientes primíparas de parto normal, Brasília, 2013.

	N	%	Média	DP	Mín	Máx	P
<b>Posição no TP**</b>							
DLD	1	2,2	9	----	9	9	
DLE	4	8,9	6,75	2,75	4	10	
DD	13	28,9	8,31	1,75	5	10	
Sentada	13	28,9	8,92	1,11	7	10	
Ereta	14	31,1	10	0,76	8	10	0,129
<b>Banho quente*</b>							
Sim	38	84,4	8,95	1,35	5	10	
Não	7	15,6	7,57	2,22	4	10	0,071
<b>Deambulação*</b>							
Sim	32	71,1	9,22	0,97	7	10	
Não	13	28,9	7,54	2,10	4	10	<b>0,007</b>
<b>Massagem*</b>							
Sim	12	26,7	9,17	1,46	5	10	
Não	33	73,3	8,58	1,60	4	10	0,158
<b>Episiotomia*</b>							
Sim	23	51,1	8,91	1,27	5	10	
Não	22	48,9	8,55	1,84	4	10	0,709
<b>Laceração**</b>							
Não	20	44,4	9	1,29	5	10	
Grau 1	18	40,0	8,28	1,90	4	10	
Grau 2	7	15,6	9,14	1,21	7	10	0,40
<b>Rotura de membrana*</b>							
Espontânea	15	33,3	8,87	1,35	5	10	
Induzida	30	66,7	8,67	1,68	4	10	0,899
<b>Recebeu informação sobre dor*</b>							
Sim	19	42,2	8,74	1,55	5	10	
Não	26	57,8	8,73	1,62	4	10	0,981
<b>Local da dor**</b>							
Baixo ventre	21	46,7	8,62	1,71	5	10	
Lombar	19	42,2	9,11	1,52	4	10	
MMII	1	2,2	8		8	8	
Pelve	4	8,9	7,75	0,50	7	8	0,335

Legenda: TP=Trabalho de Parto; DP= Desvio Padrão; Mín.= Mínimo; Máx= Máximo; DLE= Decúbito Lateral Esquerdo; DLD= Decúbito Lateral Direito; DD= Decúbito Dorsal; MMII= Membros Inferiores; \*Mann-Whitney; \*\* Kruskal-Wallis.

Referente a realização da episiotomia 51,1% submeteram a esta técnica ficou com valores de intensidade de dor muito próximo das que não submeteram (M=8,9, M=8,5) respectivamente com dor intensa. Este procedimento foi realizado nas pacientes com dificuldade na passagem do recém-nascido no canal de parto. Observou-se que as mulheres que tiveram laceração grau 2, 15,6% referiam maior intensidade de dor (M=9,1). Na rotura da bolsa amniótica 66,7% foi induzida pelo médico e obtiveram intensidade de dor igual as que não tiveram (M= 8,7) (Tabela 02).

A avaliação da qualidade da dor pelo uso do questionário de McGill demonstrou que os principais descritores adotados pelas mulheres foram do agrupamento sensitivo como: 66,7% Pontada, seguida 53,3% por Cólica, 44,4% Dolorida e 40% Calor e Latejante respectivamente (Tabela 03).

Os descritores do agrupamento afetivos 55,6% marcaram Cansativa e 33,3% Sufocante e Enlouquecedora respectivamente. O agrupamento avaliativo 3,3% escolheram Forte. O agrupamento miscelânea 28,9% escolheram (Rasga e Dá náusea) 20% (Atravessa e Fria) respectivamente (Tabela 3).

**Tabela 4** – Frequência dos descritores e agrupamentos da Escala de McGill, de dor em parturientes primíparas de parto normal, Brasília, 2013.

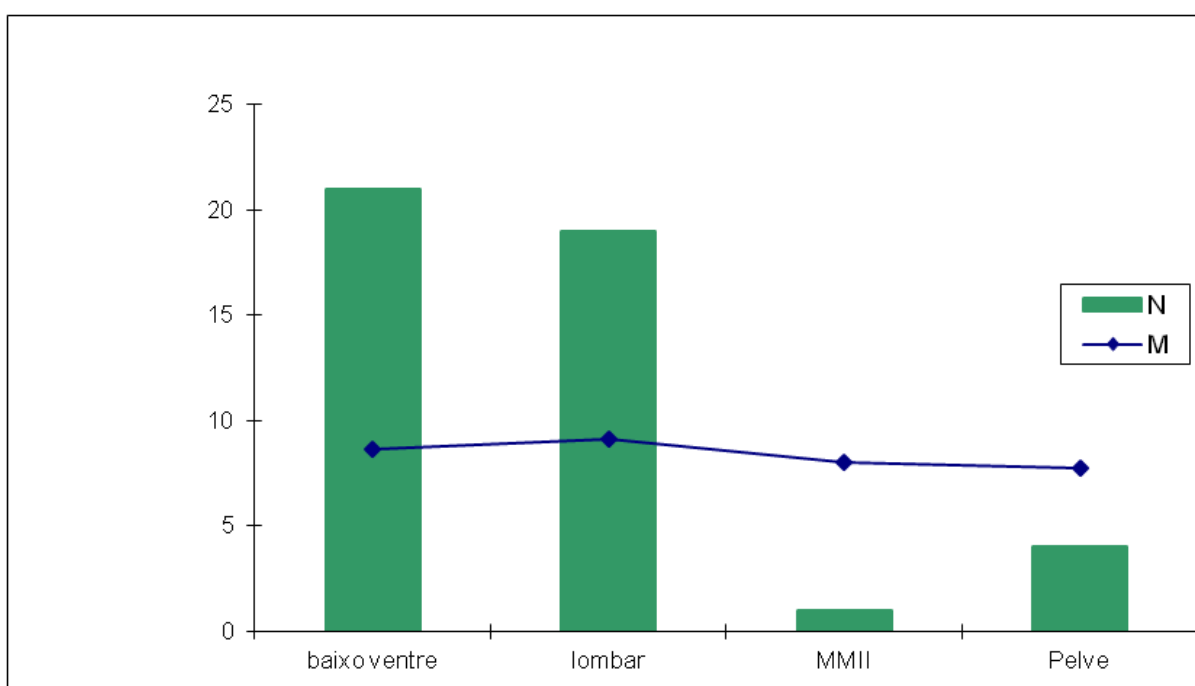
<b>Descritores e agrupamentos da Escala de McGill</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Indicadores Sensitivos</b>		
Pontada	30	66,7
Cólica	24	53,3
Dolorida	20	44,4
Latejante	18	40,0
Calor	18	40,0
Fina	15	33,3
Agulhada	12	26,7
Fisgada	11	24,4
Sensível	10	22,2
Ardor	9	20,0
<b>Indicadores Afetivos</b>		
Cansativa	25	55,6
Sufocante	15	33,3



Enlouquecedora	15	33,3
Amedrontadora	12	26,7
Castigante	9	20,0
<b>Indicador Avaliativo</b>		
Forte	15	33,3
<b>Indicadores de Miscelânea</b>		
Rasga	13	28,9
Dá náusea	13	28,9
Fria	9	20,0
Atravessa	9	20,0

Observa-se que os descritores com seleção acima de 30% somou-se pela adoção das parturientes por 10 descritores, e entre estes o agrupamento mais selecionado foi o sensitivo (10 descritores), seguido afetivo (5 descritores), miscelânea (4 descritores), avaliativo (1 descritor). Sendo o descritor com maior adoção foi 66,7% pontada, 55,6% cansativa e 53,3% fina.

A localização da dor descrita pelas parturientes evidenciou 46,7% referiram dor em baixo ventre seguida 42,2% região lombar, 8,9% pelve e 2,2% membros inferiores. Contudo quando comparado a intensidade de dor destas regiões observou-se que dor da região lombar foi discretamente maior quando comparada do baixo ventre. E o valor de menor intensidade (M=8) foi para pelve e membros inferiores respectivamente (Figura 2).



**Figura 2** – Localização e intensidade de dor (Escala Numérica \Média) de parturientes primíparas de parto normal, Brasília, 2013.

## 6. DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que as pacientes tiveram uma média de 12,4 horas de trabalho de parto, com faixa etária entre 21-25 anos e eram solteiras. Em um estudo realizado também no hospital escola com mulheres primíparas de parto normal evidenciou idade similar média 24,92 anos, a maioria das mulheres tinha companheiro (90,1%) (RITTER, 2012). Outro estudo que obteve a validação clínica do trabalho de parto mostrou que 87,3% das pacientes tinha companheiro e a idade média de 25,3 anos (MAZONI, 2013). Mulheres avaliadas sobre o efeito da deambulação na dor no trabalho de parto demonstrou que a média da duração do trabalho de parto foi de 7,66 horas, a maioria das pacientes com companheiro e idade média de 21,5 anos (MAMEDE, 2007).

Ainda no quesito das variáveis apresentadas na gestação tem-se a atividade física. Entre as atividades físicas que as mulheres relataram estão a caminhada, condicionamento físico e natação. Não foi positiva essa variável para o alívio da dor. Já as mulheres que realizaram um preparo para o parto (atividade física regular, hidroginástica, grupos de gestantes) referenciaram menor dor em relação as que não o fizeram. Batista et al (2003) em sua revisão sobre atividade física e gestação evidencia que a atividade física durante o período gestacional pode diminuir a dor no parto pois gestantes fisicamente ativas tem uma tolerância maior ao trabalho de parto. Comparadas aos as não treinadas e que se exercitavam esporadicamente como visto no estudo.

As mulheres que referiram intercorrência na gestação apresentaram infecção do trato urinário (ITU) em sua maioria. Tanto as que relataram intercorrência e as que não tiveram a mesma intensidade de dor. A ITU aumenta o risco do parto prematuro, mas não tem relação com dor no trabalho de parto já que a sua maior prevalência é no primeiro trimestre de gestação (BARROS, 2013).

A duração do trabalho de parto influencia indiretamente na dor do parto. Neste estudo a dor foi descrita como intensa pela maioria das entrevistadas. Por serem pacientes primíparas o tempo de trabalho de parto é considerado maior em relação as múltiparas (REZENDE, 2008). Esta ausência de experiências de outros partos além do outros fatores como ansiedade podem contribuir para a exacerbação desta dor. Ao longo deste trabalho foi observado que as medidas aplicadas influenciam no período do trabalho de parto gerando assim menor tempo de sensação dolorosa.

A intensidade da dor no trabalho de parto foi considerada por intensa no presente estudo. Mamede (2007) obteve resultados semelhantes de dor entre 9 e 10 e este nos salienta

que o aumento da frequência e intensidade das contrações uterinas reforçam a dor intensa na experiência das parturientes acompanhando a progressão da dilatação da cérvix uterina. Os valores obtidos e suas relações não especificamente refletem a visão da mulher em todo o período do trabalho de parto. Os dados da dor na parturiente são detalhados ao longo do trabalho de parto, variações ocorrem entre baixos e altos níveis, independentemente da dilatação e da parturiente. Segundo o autor a dor tem o seu resultado refletido também nas atividades físicas da mulher. Estudos científicos demonstram que a dor na fase ativa do trabalho de parto é considerada intensa, pela escala numérica de dor (7-10) (MAMEDE, 2007; PORTO, 2010; SANTANA et al., 2010; MAZONI et al., 2013).

Todas as pacientes que realizaram pré-natal o fizeram na rede pública tanto no hospital pesquisado quanto em outros locais do DF com número médio de consultas 6 e 9 consultas. Comparados aos dados do DF e do Brasil, o número de consultas realizado foi semelhante, que apresentou 69,74% de 7 ou mais consultas de pré-natal em 2010, o último período encontrado nas estatísticas do MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Este número de consulta está de acordo com MS, no qual o PHPN estabelece o mínimo de seis consultas de pré-natal deverão ser realizadas. Ritter (2012) em seu estudo observou valores entre 7 ou mais consultas de pré-natal sendo a maioria também na rede pública de Porto Alegre.

Quanto as medidas de alívio da dor no trabalho de parto o banho não foi considerado fator preponderante já que as mulheres que fizeram essa prática mesmo com o objetivo de higiene e tiveram média de dor 9 pontos na escala numérica. Estudos demonstram que estratégias não farmacológicas trazem o alívio da dor. Assim, um estudo realizado com 40 pacientes com o objetivo de verificar os efeitos do banho no período de dilatação sobre a dor dessas mulheres. Mostrou que o banho de chuveiro no trabalho de parto ativo não reduz a dor, porém promove momentos de bem-estar e conforto (OCHAI, GUALDA, 2000). Esses aspectos foram observados em algumas pacientes no nosso estudo.

Por outro lado observa-se que a promoção do relaxamento e alívio da dor tem sido proporcionada pela imersão em água em banheiras durante o trabalho de parto. Onze ensaios clínicos por revisão sistemática demonstraram que a imersão em água associou-se à redução no uso de analgesia (RR: 0,82; IC95%:0,70-0,98) e diminuição no relato de dor, sem interferir a duração do trabalho de parto, referentes a taxas de partos cirúrgicos ou o bem-estar neonatal. A imersão em água durante o trabalho de parto pode ser benéfica para as mulheres e ter alívio da dor maior comparada ao banho de aspersão (PORTO, 2010; CLUETT; BURNS, 2010).

As pacientes que tiveram algum tipo de massagem na região lombar também apresentaram dor maior que as que não tiveram essa prática para aliviar a dor no parto.

Salienta-se que a massagem na região abdominal desencadeia contrações uterinas. O tipo de massagem foi realizado pelo profissional da equipe médica, enfermeiro ou técnico de enfermagem de curta duração e apenas uma vez. A revisão sistemática de Gayeski e Brüggemann (2010) demonstrou que, a mais efetiva massagem para o alívio da dor é utilizada no início da fase latente e permite a participação ativa do acompanhante contrapondo o nosso estudo. Reduz-se reações comportamentais, o estresse e a ansiedade frente à dor. Por outro lado no estudo de Kimber et al. (2008) tanto as parturientes quanto os acompanhantes receberam treinamento prático sobre como realizar a massagem. Contudo enfatiza-se que na presente pesquisa os profissionais não são treinados para tal e pode não ter demonstrado tal efetividade para redução da dor e estresse.

A medida não farmacológica de alívio da dor foi associada a deambulação ( $p=0,007$ ). Foi observado que no hospital analisado as pacientes não são orientadas quanto a tecnologias leves de alívio da dor, essas orientações são utilizadas para diminuir o tempo do trabalho de parto e induzir o parto normal. No local estudado não existe o acompanhante no pré-parto apenas para pacientes abaixo de 18 anos. Estudos demonstram que a deambulação tem seu maior efeito na redução do tempo do trabalho de parto. Salienta ainda que essa prática é mais eficaz se realizada com um acompanhante tanto da equipe multiprofissional quanto de um acompanhante escolhido pela parturiente. Observa-se também que as pacientes preferem deambular na fase inicial do TP (MAMEDE et al., 2007a; MAMEDE et al., 2007b; LOWE, 2002).

A posição perfeita e agradável é individual para cada mulher em trabalho de parto, é difícil enfatizar um posicionamento ideal para ela. Esta deverá ser a mais confortável para a paciente tanto no pré-parto quanto no parto (PORTO et al, 2010). No presente estudo as mulheres apresentaram diversas posições no pré-parto: decúbito dorsal, decúbito lateral esquerdo, decúbito lateral direito, sentada e ereta, já no parto de todas as pacientes foi a litotomia escolhida pelo médico. Em relação a intensidade de dor este estudo observou que na posição ereta as pacientes sentiram média de dor 10 (pior dor possível), as posições decúbito lateral esquerdo e sentada tiveram menor índice de dor.

Referente ao posicionamento a pesquisa de Porto et al. (2010) considera que o suporte contínuo intraparto e as posições verticalizadas durante o parto também se associam à redução da dor e maior grau de satisfação materna. Esta posição ereta encurtou o primeiro período do trabalho de parto, em aproximadamente uma hora, quando comparado as posições reclinadas. Também Lawrence et al. (2010) consideram que a deambulação e a verticalização da posição no primeiro estágio do TP são aceitas e diminuem as intervenções médicas e trazem

benefícios a mãe e ao nascituro. A posição no TP é fundamental para um processo mais fisiológico no nascimento. A escolha da paciente quanto a posição mais confortável fortalece a satisfação da mãe para o nascimento de seu filho e assim torna o parto menos doloroso.

As medidas não farmacológicas descritas neste estudo são algumas das quais podem ser utilizadas nas pacientes em TP. Essas medidas podem ser aplicadas unicamente ou em conjunto. É observado que as medidas não farmacológicas influenciam no alívio da dor, ansiedade e estresse no parto, o que foi contrário ao apresentado no presente estudo que demonstrou que as mulheres sentiram mais dor. É preciso informação das medidas, técnicas e tecnologias leves de alívio da dor no momento do pré-parto e parto, integrando o auxílio do acompanhante sendo uma pessoa de escolha da paciente (PORTO, 2010; ALMEIDA, 2009).

Em relação às intervenções para o controle de dor como tecnologia leve destaca-se a presença do acompanhante junto a mulher no pré-parto, parto e puerpério imediato. É de suma importância nesta fase e para que estas medidas sejam mais eficazes. A presença de um acompanhante trará o uma rede de apoio a paciente. Enfatiza-se que a adoção destas medidas sem presença do acompanhante pode prejudicar a sua efetividade (OLIVEIRA, 2011).

Uma equipe treinada e capacitada para desenvolver essas ações faz com que as tecnologias leves de alívio da dor tragam maior efetividade às parturientes. A acreditação da equipe quanto ao parto e a assistência humanizada e a essas medidas também são fundamentais já que esta fará parte de todo o período parturitivo (BRASIL, 2013). Neste estudo foi observado que a maioria das mulheres não recebeu informação sobre a dor no TP pela equipe, porém a dor dessas parturientes foi semelhante.

Assim é esclarecedor que as informações sobre dor são importantes para diminuir a ansiedade pelo desconhecido das pacientes e devem ser dadas com clareza e demanda tempo, desta forma, ter uma equipe informada e que dê apoio e segurança a paciente. Hodnett et al. (2010) relatam em sua revisão sistemática sobre dor relacionada a satisfação de mulheres com a experiência do parto e nascimento. Considera que o relacionamento de qualidade com a equipe como boa comunicação, informação, sentimentos que expressam conforto, o envolvimento da mulher na tomada de decisão são os elementos primordiais na satisfação do parto das mulheres. Por outro lado fatores como idade, estado socioeconômico, etnicidade, preparação para o parto, ambiente físico do parto, intervenções médicas, cuidado e a própria dor do parto aparentam ter uma importância menor.

Na escolha dos descritores de dor de McGill, um estudo do interior de São Paulo, observou que no período de dilatação e fase ativa no parto os descritores mais citados são do agrupamento sensitivo e afetivo, tendo 87,3% dos relatos considera a dor por cólica, 49,1%

cansativa (MAZONI et al, 2013). Em nosso estudo temos os agrupamentos sensitivo e afetiva mais relatado comparado ao estudo citado, pelos descritores dor em pontada, cansativa e por cólica por ordem decrescente.

Destaca-se o descritor cólica, estudos científicos também demonstram esses indicadores referente à avaliação das características da dor. A descrição da dor “tipo cólica” evidencia a presença de atributos que definem as contrações ocasionadas pela fisiologia do miométrio, que se compõe de células musculares lisas com junções comunicantes (COPOGNA, 2010; MAZONI et al., 2013).

Considera-se que adoção dos descritores pelas parturientes é de forma em especial, que remetem a lesões agudas. Justificam-se estas seleções de descritores que referem a sensações dolorosas agudas em respostas as alterações fisiológicas que causam lesões físicas e desencadeiam a seleção destes descritores sensitivos.

A evidência observada de dor associada a localização esteve presente em todas as parturientes tanto na fase inicial quanto na fase ativa do TP. Dor lombar e em baixo ventre foi relatada pela maioria. As localizações mais frequentes de dor de parto relatadas na literatura são o abdome, baixo ventre, virilha e dorso. No primeiro período do TP, a dor circunscreve-se ao abdome, região lombar inferior e sacral superior, estando, no segundo período, localizada no períneo, ânus e reto, podendo também ser sentida na região das coxas ou pernas (LOWE, 2002; COPOGNA et al., 2010).

Vale salientar as ocorrências de laceração e episiotomia, neste estudo, as pacientes que foram submetidas a episiotomia e consequente episiorrafia apresentaram maior intensidade de dor comparadas as que não tiveram. Diniz (2005) considera a dor do parto em sua grande medida por iatrogenia relacionada a rotinas como a episiotomia e episiorrafia. Almeida (2009) afirma que a episiotomia e episiorrafia são procedimentos danosos e ineficazes que podem ser evitados. Na laceração de grau 2 (atingi camada muscular) requer sutura, foi observada maior dor descrita pelas parturientes. Considera-se que a laceração e a episiotomia são ocorrências do parto e que influenciam tanto no seu decorrer quanto no puerpério.

Retoma-se as medidas de alívio da dor como modo de relacionar a atuação do enfermeiro, profissional atuante e cuidador da parturiente na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento. O enfermeiro tem um papel primordial no cuidado intraparto, já que possui maior contato com as parturientes. As tecnologias leves de alívio da dor devem ser implementadas de modo eficaz e eficiente e este profissional deve estar preparado para atender essa mulher. Salienta-se que o relacionamento de qualidade do profissional com a paciente gera segurança, conforto e uma experiência agradável a ela.

Enfatiza-se que um trabalho de parto tranquilo sem complicações favorecem a recuperação da mãe e pode contribuir para melhor habilidade e vínculo entre mãe e filho numa fase tão importante.

Uma das limitações deste estudo foi referente a coleta dos dados por meio do Instrumento, Escala Numérica de Dor e Escala de McGill, já que foram feitos no momento do pré-parto e no puerpério. Acredita-se que tal fato pode ter prejudicado na precisa avaliação da intensidade da dor.

Outra limitação do estudo foi a amostra ter sido coletada em um Centro Obstétrico do pequeno porte e atendimento pequeno comparado a outros do Distrito Federal. A amostra não foi completa por apresentarem muitas adolescentes com menos de 18 anos. Além disso, a avaliação da dor pelas medidas poderia ter sido feita em uma instituição onde é implementado o uso de métodos não farmacológicos intensamente.

## **7. CONCLUSÃO**

Na avaliação da dor no trabalho de parto evidenciou que são mulheres jovens com idade média de 23,2 anos, com duração de trabalho de parto em média de 12 horas, solteiras e referiram a dor do parto como intensa. Observou-se que a deambulação foi associada a dor e evidenciou que este método não contribui para alívio da dor. Os principais descritores de dor da escala de McGill selecionaram em forma de pontada, cansativa, cólica e dolorida, respectivamente e o principal local de maior intensidade de dor foi o baixo ventre.

As intervenções não farmacológicas como banho, massagem, deambulação e posição no parto e trabalho de parto não foram métodos positivos para redução da dor neste estudo. Enfatiza-se que a adoção destas técnicas não são adotadas no ambiente pesquisado o que pode ter evidenciado a não efetividade destas intervenções. Apesar dos dados não terem sido significativos a observação clínica deixaram claros os resultados.

Nesse sentido estas medidas isoladas não foram positivas, assim, uma equipe treinada e capacitada para desenvolver essas técnicas pode contribuir para torná-las eficazes e funcionantes no período parturitivo.

Sugere-se que para o melhor controle da dor no parto pode-se utilizar a adoção de tecnologias leves sejam de fato concretas e agradáveis a paciente juntamente com um acompanhante. A implementação das medidas e a humanização na assistência ao pré-parto, parto e puerpério pode ser uma proposta viável.

Estes achados demonstram alguns dados que necessitam ser confrontados com outros da realidade do DF com vistas a esclarecer e/ou confirmar os resultados. Espera-se que o estudo gere interesse por parte de pesquisadores sobre as medidas de alívio da dor no trabalho de parto e que a instituição pesquisada crie protocolos assistenciais que avalie a condução do parto para implementar a utilização dessas medidas.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M. et al. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. **Rev. Latino-americana Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 223-228, 2005.

ALMEIDA, N. A. M. **A dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde**. 2009. 224p. Tese (Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde Convênio Rede Centro Oeste UFG/UNB/UFMS) Goiânia, 2009.

ALVES NETO, O. et al. **Dor**. Princípios e prática. Editora: Artmed. Porto Alegre, 2009. 1440p.

Associação Internacional para o estudo da dor (IASP). 1986.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2007. Série Didática. 60p.

BARROS, S. R. A. F. Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem. **Rev. dor** [online]. V. 14, n. 2, p. 88-93, 2013. p. 88-93.

BATISTA, D.C. et al. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. V. 2, n.3, p. 151-158, Recife, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. O controle da dor no trabalho de parto. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília; 2001. p. 68-76, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001b. 199p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério**. Atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: práticas cuidadoras como orientação da atenção à saúde: uma prática à teoria em integralidade na saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 261p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acompanhante no parto traz mais segurança para a mãe. Brasil, 2013. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24112](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24112)> Acesso em: 20 out 13

CANELLA P. R. B. A preparação psicológica para o parto. In: MONTENEGRO, C. A. B.; E FILHO R, editors. **Rezende Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2010.

CLUETT, E. R.; BURNS, E. E. Immersion in water in labour and birth. (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, 2010. Oxford: Update Software.  
COPOGNA, G. et al. Multidimensional evaluation of pain during early and late labor: a comparison of nulliparous and multiparous women. **Int J Obstetric Anesthesia**. v. 19 n. 2, p. 167-170, 2010.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, v. 2, n. 4, p.01-13, Sem II. 2008.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 438-45, 2009.

\_\_\_\_\_. Representação de parturientes acerca da dor de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2008. v. 10, n. 1, p.100-109. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a09.htm>> Acesso em: dez, 2012.

DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO. **Rede Nacional Feminista de Saúde**. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 40p., 2002

GARCIA, J. B. S. Diferenças de Dor entre os Homens e as Mulheres. **Sociedade Brasileira de Estudo da Dor**. Setembro, 2007. Disponível em: [http://www.dor.org.br/profissionais/s\\_campanhas\\_mulher.asp](http://www.dor.org.br/profissionais/s_campanhas_mulher.asp) Acesso em: out, 2012.

GAYESKI, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. v. 19, n. 4, p. 774-782, 2010.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Editora da UFRGS. 2009. 120p.

HODNETT, E.D., et al. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.

HODNETT, E. D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Saint Louis, v. 186, n. 5 Suppl. p. 160-172, 2002.

HOFMEYR, G. J. Evidence-based intrapartum care. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.** v. 19, n. 1, p.103-15, 2005.

KIMBER, L. et al. Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomized placebo controlled trial. **Eur. J. Pain.** V. 12, n. 4, p. 961-969, 2008.

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2003, vol.12, n.4, p. 189-201.

LOWE, N. K. The nature and management of labor pain: Peer-Reviewed papers from na evidence-based symposium. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 186, n. 5, p. 16-24, 2002.

MAMEDE, F. V. O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto. Tese(Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-22122005-105613/>>. Acesso em: 10 Ago 2013.

MAMEDE, F. V. et al. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 6, n. 15, 2007.

MARÓCOLO, C.; KISSA, J. Profissionais de Enfermagem defendem o parto humanizado. **Parto Humanizado.** ABEn, ano 52, n. 3, p. 4 e 5. Brasília/ DF, Jul/Ago/Set, 2009.

MAZONI, S. R.; CARVALHO, E. C. de; SANTOS, C. B. dos. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**v. 21, p. 88-96, 2013.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec. p. 71-112,1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de saúde [tabnet]. Indicadores e dados básicos – indicadores de cobertura. **Cobertura de consultas de pré-natal**. Brasília (DF): 2011 [citado 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f06.def.>>. Acesso em 20 out 13.

OCHAI, A. M.; GUALDA, D. M. S. O banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto. In: **International Conference on the Humanization of Childbirth**. Fortaleza, 2000. 75p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. v. 15 n. 2 p. 270-276, 2006.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor Mc Gill: proposta para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 30, n. 3, p. 473-483, 1996.

PORTO, A.M.F; AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 10, p. 527-537, 2010.

RITTER, K. M. **Manejo não farmacológico da dor em mulheres durante o trabalho de parto em um hospital escola**. 2012. 77p. Monografia (Conclusão de curso em Enfermagem) UFRS. Porto Alegre, 2012.

SAKATA, R. K. E.; ISSY, A. M. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. 2. ed. **Dor**. Editora: MANOLE. 2008.

SANTANA, L. S. et al. Avaliação da intensidade da dor na fase ativa do trabalho de parto em primigestas. **Rev. Dor**. São Paulo. P. 214-217, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. **Analgesia do trabalho de parto**. p. 1-14, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR (SBED). **Classificação da dor**. 2006. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/sbed.asp>>. Acesso em: nov., 2012.

VASCONCELOS, A. A. **Atuação das enfermeiras na humanização do parto e nascimento no Distrito Federal.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Programa de pós-graduação em ciências da saúde da Universidade de Brasília. 96p. Brasília, 2010.

## ANEXOS

### ANEXO A - Escala numérica de avaliação da dor



Fonte:Neto et al, 2009.

## ANEXO B - Questionário Mc Gill para dor

### Questionário de McGill - Avaliação do Padrão da Dor

Assinale, no máximo, uma expressão de cada grupo. Não assinale palavras que não se aplicam.

Escolha dentre estas, as expressões que melhor descrevam sua dor atual

<b>1.</b> <input type="checkbox"/> 1-Vibração <input type="checkbox"/> 2-Tremor <input type="checkbox"/> 3-Pulsante <input type="checkbox"/> 4-Latejante <input type="checkbox"/> 5-Como Batida <input type="checkbox"/> 6-Como Pancada	<b>6.</b> <input type="checkbox"/> 1-Fisgada <input type="checkbox"/> 2-Puxão <input type="checkbox"/> 3-Torção  <b>7.</b> <input type="checkbox"/> 1-Calor <input type="checkbox"/> 2-Queimação <input type="checkbox"/> 3-Fervente <input type="checkbox"/> 4-Em Brasa  <b>8.</b> <input type="checkbox"/> 1-Formigamento <input type="checkbox"/> 2-Coceira <input type="checkbox"/> 3-Ardor <input type="checkbox"/> 4-Ferroada  <b>9.</b> <input type="checkbox"/> 1-Mal localizada <input type="checkbox"/> 2-Dolorida <input type="checkbox"/> 3-Machucada <input type="checkbox"/> 4-Doida <input type="checkbox"/> 5-Pesada  <b>10.</b> <input type="checkbox"/> 1-Sensível <input type="checkbox"/> 2-Esticada <input type="checkbox"/> 3-Esfolante <input type="checkbox"/> 4-Rachando  <b>11.</b> <input type="checkbox"/> 1-Cansativa <input type="checkbox"/> 2-Exaustiva	<b>12.</b> <input type="checkbox"/> 1-Enjoada <input type="checkbox"/> 2-Sufocante  <b>13.</b> <input type="checkbox"/> 1-Castigante <input type="checkbox"/> 2-Atormenta <input type="checkbox"/> 3-Cruel  <b>14.</b> <input type="checkbox"/> 1-Amedrontadora <input type="checkbox"/> 2-Apavorante <input type="checkbox"/> 3-Aterrorizante <input type="checkbox"/> 4-Maldita <input type="checkbox"/> 5-Mortal  <b>15.</b> <input type="checkbox"/> 1-Miserável <input type="checkbox"/> 2-Enloquecedora  <b>16.</b> <input type="checkbox"/> 1-Chata <input type="checkbox"/> 2-Que incomoda <input type="checkbox"/> 3-Desgastante <input type="checkbox"/> 4-Forte <input type="checkbox"/> 5-Insuportável  <b>17.</b> <input type="checkbox"/> 1-Espalha <input type="checkbox"/> 2-Irradia <input type="checkbox"/> 3-Penetra <input type="checkbox"/> 4-Atravessa	<b>18.</b> <input type="checkbox"/> 1-Aperta <input type="checkbox"/> 2-Adormece <input type="checkbox"/> 3-Repuxa <input type="checkbox"/> 4-Espreme <input type="checkbox"/> 5-Rasga  <b>19.</b> <input type="checkbox"/> 1-Fria <input type="checkbox"/> 2-Gelada <input type="checkbox"/> 3-Congelante  <b>20.</b> <input type="checkbox"/> 1-Aborrecida <input type="checkbox"/> 2-Dá náuseas <input type="checkbox"/> 3-Agonizante <input type="checkbox"/> 4-Pavorosa <input type="checkbox"/> 5-Torturante  <b>Nº de Descritores</b> <input type="checkbox"/> 1-Sensoriais <input type="checkbox"/> 2-Afetivos <input type="checkbox"/> 3-Avaliativos <input type="checkbox"/> 4-Miscelânea <input type="checkbox"/> 5-Total  <b>Índice de Dor</b> <input type="checkbox"/> 1-Sensoriais <input type="checkbox"/> 2-Afetivos <input type="checkbox"/> 3-Avaliativos <input type="checkbox"/> 4-Miscelânea <input type="checkbox"/> 5-Total
---	---	---	---

Fonte: Adaptado por Pimenta e Teixeira, 1996.

## **ANEXO C - Roteiro de entrevista**

Dados sociodemográficos:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) união instável ( ) viúva ( ) separada ( ) divorciada

Antecedentes:

Clínicos/patológicos: \_\_\_\_\_ Cirúrgicos: \_\_\_\_\_

Já vivenciou alguma dor intensa? \_\_\_\_\_

Gravidez atual:

Fez pré-natal? ( ) Sim ( ) não

Local do pré-natal: \_\_\_\_\_

Numero de consultas de pré-natal? \_\_\_\_\_

Atividade física regular ( ) Sim Frequência: \_\_\_\_\_ ( ) Não

Fez algum preparo para o parto? ( ) Sim: Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

Idade Gestacional: \_\_\_\_\_

Apresentou complicações/intercorrências na gravidez? ( ) Sim \_\_\_\_\_ ( ) Não

Fez uso de medicamentos? ( ) Sim Qual a finalidade? \_\_\_\_\_ ( ) Não

Já teve algum aborto: ( ) sim ( ) não

Duração do trabalho de parto: \_\_\_\_\_

Posição mais frequente durante o trabalho de parto: ( ) decúbito lateral esquerdo ( )  
decúbito lateral direito ( ) decúbito dorsal ( ) ereta ( ) sentada

Posição no parto: \_\_\_\_\_

Teve acompanhante: ( ) sim ( ) não

Usou medicação: ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Tomou banho quente durante o trabalho de parto? ( ) Sim ( ) Não

Caminhou durante o trabalho de parto? ( ) Sim ( ) Não

Foi realizada episiotomia? ( ) Sim ( ) Não

Foi realizada massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de  
parto? ( ) sim ( ) não

Teve laceração? ( ) sim ( ) não

Se sim, qual o grau?

Tipo de parto:



Parto normal ( )

Parto normal com analgesia ( )

Parto normal com indução ( )

Rotura de membrana: ( ) espontânea ( ) Induzida Fase do TP \_\_\_\_\_

Dor no trabalho de parto:

( ) Sem dor

( ) Muito suportável

( ) Suportável

( ) Pouco suportável

Dor no parto:

( ) Sem dor

( ) Muito suportável

( ) Suportável

( ) Pouco suportável

Local onde sentiu mais dor: \_\_\_\_\_

O cuidado pela equipe foi humanizado (se a mulher não souber, explicar o conceito)?

( ) sim ( ) não

Obteve informações sobre a dor? ( ) sim ( ) não

Ao seu ver essas informações foram suficientes: ( ) sim ( ) não

O que é a dor do parto para você?

---

---

---

---

**Fonte:** fundamentado anamnese (ALMEIDA, 2009).

## APÊNDICE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa: *Avaliação da dor no trabalho de parto em um hospital escola do Distrito Federal*. O objetivo desta pesquisa é descrever o processo de parto de primigestas e suas repercussões na evolução da dor de um hospital escola do DF.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação nesta pesquisa se dá por meio das respostas a um questionário e a duas escalas compostas de perguntas objetivas sobre como a senhora sobre o seu trabalho de parto e parto, que a senhora deve responder na instituição na data combinada com um tempo estimado de 1(uma) hora para sua realização. Informamos que a Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração e nem prejuízo de nenhuma forma.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se a senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com a pesquisadora responsável: Bárbara Alencar Ávila que pode ser encontrada na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília pelos telefones: (61) 84336203 ou (61) 3107-8419.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a senhora.

---

Nome/Assinatura

---

Pesquisadora: Bárbara Alencar Ávila

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.