



Revista da Escola de Enfermagem da USP

ISSN: 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Nilsen, Evenise; Sabatino, Hugo; Baena de Moraes Lopes, Maria Helena
Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 45, núm. 3, junio, 2011, pp. 557-565
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033310002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições*

THE PAIN AND BEHAVIOR OF WOMEN DURING LABOR AND THE DIFFERENT POSITIONS FOR CHILDBIRTH

DOLOR Y COMPORTAMIENTO DE MUJERES DURANTE TRABAJO DE PARTO Y PARTO EN DIFERENTES POSICIONES

Evenise Nilsen¹, Hugo Sabatino², Maria Helena Baena de Moraes Lopes³

RESUMO

Avaliou-se a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento, durante o trabalho de parto e parto, entre mulheres que tiveram parto normal, sem analgesia, nas posições semi-sentada, decúbito lateral esquerdo e litotomia. O estudo foi descritivo, transversal e correlacional. Foram usados um questionário validado que avalia dor e comportamento durante o trabalho de parto e parto, segundo a perspectiva da mulher, e duas escalas de dor: uma analógica e outra alfanumérica. Observou-se que a dor entre as mulheres que pariram em litotomia foi significativamente menor em comparação com decúbito lateral esquerdo ($p=0,003$), embora a posição tenha sido escolhida pela mulher. Houve associação entre dor e comportamento. A dor no trabalho de parto e parto estavam associadas entre si, assim como o comportamento nesses dois momentos. Os resultados indicam uma associação entre posição no parto e sensação dolorosa, mas não foi possível identificar fatores explicativos, sendo necessário desenvolver estudos longitudinais.

DESCRIPTORES

Parto
Dor do parto
Medição da dor
Trabalho de parto
Parto normal
Comportamento

ABSTRACT

This study evaluated the pain intensity and behavior during labor and delivery, among women who had natural childbirth, without analgesia, in one of the following positions: semi-sitting, lying on the left side, and lithotomy. This is a descriptive, cross-sectional and correlational study. The instruments used were a validated questionnaire that evaluates pain and behavior during labor and childbirth, from the women's perspective, and two pain scales: one analog and one alphanumerical. It was observed that the pain among women who had childbirth in a lithotomy position was significantly smaller compared to those lying on the left side ($p=0.003$), though women chose the positions. There was an association between pain and behavior. Pain in labor and childbirth were associated among each other, as was the behavior in these two moments. The results point at an association between the position at childbirth and pain, but it was not possible to identify factors to explain this association; therefore, there is a need for longitudinal studies.

DESCRIPTORS

Parturition
Labor pain
Pain measurement
Labor, obstetric
Natural childbirth
Behavior

RESUMEN

Se evaluó intensidad de sensación dolorosa y comportamiento durante trabajo de parto y parto entre mujeres con parto normal, sin analgesia, en posiciones: semi-sentada, decúbito lateral izquierdo y litotomía. Estudio descriptivo, transversal, correlacional. Fueron usados un cuestionario validado que evalúa dolor y comportamiento durante trabajo de parto y parto según la perspectiva de la mujer, y dos escalas de dolor: una analógica y otra alfanumérica. Se observó que el dolor entre las mujeres que parieron por litotomía fue significativamente menor en comparación con decúbito lateral izquierdo ($p=0,003$), a pesar de ser la mujer quien eligió tal posición. Hubo asociación entre dolor y comportamiento. Los dolores en trabajo de parto y parto tuvieron mutua asociación, así como el comportamiento en tales momentos. Los resultados indican asociación entre posición de parto y sensación dolorosa, pero no fue posible identificar factores explicativos, determinándose necesidad de desarrollar estudios longitudinales.

DESCRIPTORES

Parto
Dolor del parto
Dimensión del dolor
Trabajo de parto
Parto normal
Conducta

*Extraído da dissertação "Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2009. ¹ Enfermeira Obstetra. Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. enilsen@terra.com.br ² Médico. Professor Associado do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. sabatino@caism.unicamp.br ³ Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. mhbaenamli@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, grandes avanços foram feitos na compreensão dos mecanismos que são subjacentes à dor e ao seu tratamento. No trabalho de parto, durante a fase de dilatação, predomina a dor visceral, com estímulo doloroso (nociceptivo) proveniente do mecanismo de distensão do segmento inferior uterino e dilatação cervical. Na fase do período expulsivo, a dor tem característica somática pela distensão e tração das estruturas pélvicas ao redor da cúpula vaginal e a distensão do assoalho pélvico e perineo⁽¹⁾.

A intensidade da dor sentida pelas mulheres no trabalho de parto e parto é amplamente variável, e está sujeita a influências psíquicas (comportamental), temperamentais (motivação), culturais (educação), orgânicas (constituição genética) e aos possíveis desvios da normalidade (estresse), além de fatores outros tais como distócias, que podem aumentá-la, e liberação de endorfinas, que pode diminuí-la⁽²⁾.

Por ser um fenômeno passível de tais influências, a dor é considerada uma experiência subjetiva e pessoal, e deve ser mensurada para permitir a escolha eficaz de um método de alívio⁽³⁾. A avaliação do fenômeno doloroso pode ser realizada por meio de exames laboratoriais, observações de comportamentos relacionados à dor e descrições verbais e/ou escritas da dor. Existem vários métodos para mensurar a percepção e sensação da dor e instrumentos unidimensionais e multidimensionais podem ser utilizados para isso⁽⁴⁾.

O comportamento da mulher em trabalho de parto nem sempre é um bom parâmetro para avaliar a dor, tendo em vista que as mulheres buscam controlar suas emoções para que não sejam vistas pela equipe como descontroladas e descompensadas. De fato, um estudo realizado em uma maternidade pública de Florianópolis evidenciou que as mulheres demonstram uma grande preocupação em controlar suas emoções e procuram expressar sua dor dentro de parâmetros considerados adequados, isto é, não gritar, não entrar em desespero⁽⁵⁾.

Outro fator que pode interferir na sensação dolorosa parece ser a posição no parto. Um estudo com 20 ensaios clínicos sobre as posições no segundo período do parto confirmou que na posição vertical ou lateral, há diminuição da sensação dolorosa intensa durante o período expulsivo, quando comparada com a supina ou litotomia⁽⁶⁾. Os partos realizados nas diversas formas de posições verticais apresentam redução do período expulsivo quando comparados com partos em litotomia. A redução da duração do expulsivo, das taxas de parto assistido e de episiotomia afirmam o conceito de que os puxos no período expulsivo são mais eficientes em posições verticais⁽⁶⁾.

Há percepção da mulher de que a posição vertical contribui para a realização da força, descida e expulsão do feto,

decorrente da gravidade⁽⁷⁾. Em um estudo clínico qualitativo com 10 puérperas, notou-se que os aspectos positivos da posição vertical refletem a necessidade de as mulheres participarem mais ativamente do parto além da percepção de que é a posição mais cômoda e que facilita a expulsão do feto. Em contraste, a posição horizontal dificulta esses aspectos, gerando a percepção negativa sobre a mesma, uma vez que dificulta a movimentação, aumenta o sofrimento, o cansaço, a duração do período expulsivo e as intervenções obstétricas⁽⁸⁾.

No parto em posição semi-sentada (SS), a mulher fica sentada em um assento próprio para o parto, com inclinação cerca de 30° do encosto das costas e as pernas afastadas e fletidas. Esta posição é considerada como posição vertical, devido à inclinação do encosto. Sabe-se que as contrações uterinas na posição vertical são mais frequentes e mais intensas, o que proporciona maior eficácia ao trabalho de parto com um cansaço menor para a mulher⁽⁹⁾.

O comportamento da mulher em trabalho de parto nem sempre é um bom parâmetro para avaliar a dor, tendo em vista que as mulheres buscam controlar suas emoções para que não sejam vistas pela equipe como descontroladas e descompensadas.

No entanto, em um estudo randomizado⁽¹⁰⁾, com 133 mulheres que pariram na posição SS e 138 em posição de joelhos, observou-se que no primeiro grupo as mulheres relataram maior intensidade da sensação dolorosa; percepção frequente de longa duração do período expulsivo, embora a diferença não tenha sido significativa; menos conforto; maior vulnerabilidade e maior exposição quando comparada com o outro grupo. O parto em posição semi-sentada foi associado com um grau mais elevado de dor perineal após o parto e percepção mais difícil em relação ao parto. A posição ajoelhada era associada, geralmente, com uma experiência materna benéfica do parto no que diz respeito à dor e ao conforto.

Um estudo randomizado e controlado que comparou o parto nas posições SS (77 mulheres) e decúbito lateral esquerdo (DLE) (81 mulheres), mostrou que a posição em DLE reduz o uso de ocitocina bem como de episiotomia; há diminuição da perda sanguínea materna; redução de traumas perineais e maiores valores de hemoglobina na alta de mulheres que apresentaram perineo íntegro⁽⁹⁾. Concordando, uma análise sistemática totalizando 6.135 mulheres, concluiu que houve uma perda sanguínea maior que 500ml em mulheres que tiveram o parto de forma vertical tanto em cadeira de parto como em posição de cócoras⁽⁶⁾, portanto, essa pode ser uma desvantagem da posição vertical.

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

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

OBJETIVOS

- Descrever a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento durante o trabalho de parto e parto nas posições semi-sentada, decúbito lateral esquerdo e litotomia, segundo a avaliação da parturiente;
- Verificar se existe associação entre a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento durante o trabalho de parto e durante o parto;
- Averiguar se a sensação dolorosa e o comportamento referidos pela mulher têm associação entre si tanto no trabalho de parto e quanto no parto;
- Verificar se a posição materna durante o parto (período expulsivo) interfere na intensidade da sensação dolorosa e no comportamento.

MÉTODO

Tratou-se de estudo descritivo, transversal e correlacional, desenvolvido entre agosto de 2008 a janeiro de 2009, no setor de Alojamento Conjunto (AC) de uma maternidade pública localizada na cidade de Itapeverica da Serra-SP. A instituição hospitalar onde foi desenvolvido o estudo tem como protocolo propiciar às mulheres a escolha da posição para o parto.

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

Foi estimado um tamanho amostral mínimo de $n=186$ mulheres por grupo, totalizando uma amostra total de 558 mulheres. Esta estimativa é capaz de detectar uma diferença de proporção igual a 1,8% entre o percentual de 67,5% de mulheres que relataram menor dor no trabalho de parto e 85,7% com maior dor no parto, considerando-se a proporção de 6:1, poder do teste de 80% e um nível de significância de 5%⁽¹¹⁾.

Como um dos grupos não atingiu o tamanho amostral, foi realizado novo cálculo do poder do teste, obtendo-se os valores de grupo DLE =73%, grupo litotomia (LITO)=53% e grupo SS =86%.

Para a elaboração do questionário construído para ser respondido pela mulher no puerpério, utilizou-se como base o Questionário Pós-Parto elaborado pelo Grupo de Parto Alternativo do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) – Hospital da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), cujo uso foi autorizado pelo autor⁽¹¹⁾.

Devido às adaptações feitas no instrumento, houve necessidade de validação do seu conteúdo⁽¹²⁾. Para tanto, foi preciso compor uma equipe de juizes para análise do instrumento. Sete profissionais que concordaram em participar como juizes, assinando um termo de consentimento livre esclarecido, receberam uma carta-convite, na qual eram apresentados os objetivos do estudo, os aspectos que deveriam ser avaliados e os instrumentos: original e adaptado. Cada juiz avaliou de forma independente o instrumento e em reunião, onde se buscou o consenso, os juizes concordaram com a adaptação, solicitando algumas alterações relacionadas à clareza das questões.

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

O questionário continha as seguintes variáveis de controle: idade; estado civil; situação conjugal; cor da pele; escolaridade; acompanhamento de saúde com profissional da saúde; experiência dolorosa anterior; número de gestações; número e tipo de parto; número de abortos; número de consultas pré-natais; planejamento da gravidez; aceitação da gravidez pelo companheiro; ganho ponderal; presença de acompanhante durante o período de dilatação e período expulsivo; métodos não farmacológicos de alívio à dor, realizados durante o trabalho de parto e parto e realização de manobra de Kristeller.

As variáveis de controle obtidas a partir do prontuário foram: peso do recém-nascido; intervenções cirúrgicas durante o parto; profissional que acompanhou o trabalho de parto; profissional que realizou o parto; variedade de posição fetal; tempo de duração do período de dilatação (em minutos); tempo da ruptura das membranas (em minutos); tempo de duração do período expulsivo (em minutos); tempo da admissão até o término do parto (em minutos). O instrumento continha ainda as variáveis de estudo: intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto e durante o parto (parto sem dor, dor muito suportável; dor suportável; dor dificilmente suportável); comportamento (excelente [trabalho de parto, sem temores e sem nervosismo], muito bom [trabalho de parto com grande esforço para dominar momentos de medo ou nervosismo], bom [comportamento foi bom, porém não conseguiu evitar alguns momentos de descontrole], regular [quando o descontrole do comportamento se realizou em grande parte do período], e posição do parto (SS, DLE ou litotomia).

É importante ressaltar que o comportamento foi avaliado pela própria mulher que o vivenciou, uma vez que a

literatura aponta que a parturiente procura não expressar suas emoções⁽⁵⁾ e o profissional de saúde ou outro observador poderia fazer uma avaliação incorreta.

Para avaliação de dor foi também utilizada a Escala Analógica-Visual (EAV) que consiste em uma reta horizontal de 10 cm de comprimento sem numeração, contendo as palavras *sem dor* do lado esquerdo, no início da reta e *dor insuportável* do lado direito, ao término da reta. Quanto mais para a direita é traçado um risco perpendicular à reta, maior será a intensidade dolorosa demonstrada. Por fim, usou-se a Escala Alfanumérica (EAN) que consiste em uma reta horizontal de 10 cm de comprimento, numerada de 0 a 10, que permite a avaliação da intensidade da sensação dolorosa ao assinalar-se um dos valores entre 0 e 10, sendo 0 *ausência de dor* e 10 *dor máxima*.

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

As puérperas preencheram os instrumentos em cerca de dez minutos, com respostas relacionadas à dor e ao comportamento apresentados por elas, segundo sua própria avaliação, sem interferência de terceiros. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem dos pesquisadores (Parecer Projeto nº 049/2008).

Análise estatística

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

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

Todos os dados foram descritos através de média, desvio-padrão, mediana e valores mínimo e máximo. A comparação da dor (EAV e EAN) entre os dois períodos, trabalho de parto e parto, foi realizada através do teste de Wilcoxon pareado (Wilcoxon Signed Rank-Test). A homogeneidade entre as diferentes posições quanto às variáveis de controle foi avaliada através dos testes de Qui-quadrado, Exato de Fisher ou Kruskal-Wallis. A associação entre dor e comportamento (ambas pelo questionário) foi avaliada pelo teste exato de Fisher, e associação da dor com os diferentes períodos (trabalho de parto e parto), bem como com o comportamento foi avaliado pelo teste Exato de Fisher ou McNemar (quando as categorias foram agrupadas em duas). Para avaliar a dor (EAV e EAN) nas diferentes posições e em cada momento, utilizou-se uma transformação matemática (BOXCOX) para obter distribuição normal dos dados, a fim de utilizar a ANCOVA para realizar análise com ajuste de variáveis não homogêneas entre as diferentes posições, após, usou-se o teste Exato de Fisher. A dor (no questionário) foi avaliada segundo o tipo de posição através dos testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher. A dor (EAV e EAN), segundo o comportamento foi avaliada através do teste de Kruskal-Wallis e caso fosse significativo, através das comparações múltiplas pelo teste de Mann-Whitney. Para correlacionar a dor avaliada pela EAV e pela EAN utilizou-se o coeficiente de Correlação de Spearman e para verificar se existia associação entre o questionário e as duas escalas, foi usado o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância foi de 5% ⁽¹¹⁾ e o software usado foi o SAS versão 9.1.3.

RESULTADOS

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

No Brasil é muito utilizado o parto em posição de litotomia, portanto, foi importante comparar também esta posição. No entanto, o menor número de mulheres submetidas ao parto em posição litotômica se deve ao fato da instituição oferecer e, de certa forma, estimular os partos em posição SS e DLE, ainda que a posição seja de escolha da mulher. Optou-se por não estender o período de coleta de dados, uma vez que os objetivos do estudo puderam ser contemplados, mesmo com o menor tamanho amostral nessa posição, uma vez que as diferenças entre os grupos apresentaram significância estatística. As Tabelas 1 e 2 apresentam a intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto e parto de acordo com a posição no parto.

Tabela 1 - Intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto e parto, de acordo com a posição no parto, usando as escalas Analógica-Visual (EAV) e Alfanumérica (EAN) - Itapeperica da Serra - 2008-2009

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

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

Tabela 2 - Intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto e parto, de acordo com a posição no parto, usando como instrumento o questionário - Itapeperica da Serra - 2008-2009

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

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

Quando foi analisada a intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto de acordo com as três posições estudadas, não houve diferença significativa (EAV: $p=0,5564$ e EAN: $p=0,3357$). Contudo, durante o parto (período expulsivo), constatou-se que a dor diferiu entre as posições DLE e litotomia (EAV: $p=0,003$; EAN: $p=0,0003$), ou seja, as mulheres que tiveram o parto em posição de litotomia apresentaram menos dor. Vale salientar que a duração do período expulsivo foi semelhante para as três posições de parto ($p=0,171$, pelo teste de Kruskal-Wallis).

Conforme apresentado na Tabela 2, as mulheres que tiveram parto em DLE e SS mais freqüentemente referiram

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

Na tabela 3 é apresentado o comportamento durante o trabalho de parto e parto nas diferentes posições de parto. Usando-se o Teste de Qui-quadrado, observou-se que tanto no trabalho de parto, quanto no parto, houve diferença entre os grupos ($p=0,0002$ e $p=0,044$, respecti-

vamente). Maior proporção de mulheres referiu comportamento *excelente* ou *muito bom* no trabalho de parto e

parto (38,1% e 41,4%, respectivamente) no grupo que teve parto na posição DLE.

Tabela 3 - Comportamento durante o trabalho de parto e parto, de acordo com a posição no parto - Itapecerica da Serra - 2008-2009

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

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

Quanto à associação entre intensidade da sensação dolorosa e o comportamento durante o trabalho de parto e parto, independente da posição, observou-se que ambos estavam associados positivamente (quanto maior a dor, pior o comportamento) tanto no trabalho de parto quanto no parto ($p < 0,0001$ pelo teste exato de Fisher, nos dois momentos, quanto pelo Qui-quadrado de McNemar, quando categorias são agrupadas, sendo $p = 0,0041$ na comparação com o trabalho de parto e $p < 0,0001$, em relação ao parto).

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

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

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

DISCUSSÃO

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

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

No presente estudo, não se obteve a informação sobre qual posição foi adotada pelas mulheres durante o trabalho de parto, pois a mulher poderia assumir diferentes posições, uma vez que tinha liberdade para isso. Embora não tenha sido identificada nenhuma diferença entre os grupos quanto à sensação dolorosa, um estudo analítico apontou que a posição pode interferir com as contrações uterinas, a duração do período de dilatação e a percepção de dor⁽¹³⁾. O referido estudo, realizado com 75 mulheres que se submeteram ao parto normal, analisou o efeito de deambular durante o trabalho de parto e constatou que quando o trabalho de parto progride dentro da fase pélvica do parto pode haver uma percepção aumentada de dor como resultado da velocidade e rapidez com que o feto freqüentemente desce através da pelve materna⁽¹³⁾.

Sabe-se que na posição vertical, as contrações apresentam menos irregularidades em sua forma e ritmo. Certamente por isso, a posição vertical, durante o trabalho de parto, interfira de forma favorável sobre as contrações, permitindo uma melhor qualidade na obtenção da dinâmica uterina, uma diminuição na duração do parto e uma menor necessidade de administração da ocitocina⁽¹³⁾. Ainda comenta o mesmo autor que, na posição vertical, a ação da gravidade sobre o feto é sinérgica com a das contrações.

Após um longo período de estudo sobre a concentração de hormônios maternos, duas pesquisas concluíram que existe associação entre os níveis de beta-endorfina (β -EP) e o estresse fisiológico durante o trabalho de parto. Os níveis de β -EP e de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) são mais altos no plasma materno, estando intimamente inter-relacionados durante o trabalho de parto e até 24 horas após o parto⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Pesquisa realizada com a finalidade de descrever o papel fisiológico do ACTH no mecanismo do estresse, em resposta à dor, durante o trabalho de parto, mostrou um grande aumento nas concentrações de β -EP e ACTH⁽¹⁵⁾. Confirmando este achado, outros estudos constataram que as concentrações aumentadas dos hormônios β -EP e ACTH estão relacionadas com o aumento do estado de ansiedade e a dor subjetiva durante o trabalho de parto e o seu declínio no pós-parto, com a abolição da dor⁽¹⁶⁾.

Uma pesquisa evidenciou dados semelhantes ao avaliarem a concentração de ACTH no organismo de 36 parturientes e notaram que houve um aumento de ACTH no início do trabalho de parto e diminuiu sua concentração a medida que o trabalho de parto evoluiu com a resolução do parto⁽¹⁷⁾. No entanto, o presente estudo não mostrou diferença na sensação dolorosa percebida pela mulher com a evolução do parto⁽¹⁵⁻¹⁹⁾.

Quanto à dor percebida durante o parto, verificou-se que as mulheres que pariram em litotomia referiram dor de menor intensidade, quando comparadas às que tiveram o parto em DLE, o que não pode ser explicado pela duração do período expulsivo. Esta última foi considerada como variável de controle, uma vez que o tempo mais reduzido ou prolongado poderia diminuir ou aumentar a sensação dolorosa.

Embora a literatura mostre que a posição no parto pode diminuir o tempo do período expulsivo, isso não foi encontrado no presente estudo. No estudo já citado que envolveu nulíparas que deram a luz na posição de cócoras ou de litotomia, não houve diferença significativa em relação à duração do período expulsivo⁽¹¹⁾. Discordando deste estudo, uma pesquisa realizada com 179 mulheres que tiveram o parto em posição SS e 187 que tiveram o parto em litotomia (grupo controle), a duração do período expulsivo, foi mais curta no grupo que permaneceu em posição SS⁽¹⁷⁾.

Em outro estudo, o mesmo autor após estudar o parto de 151 mulheres divididas em dois grupos aleatoriamente, onde 73 mulheres pertenciam ao grupo de parto vertical e 78 ao grupo de parto horizontal, verificou que a duração do período de expulsão, foi similar em ambos os grupos. Todavia, o intervalo de tempo de distensão do períneo durante a expulsão foi, em média, marcadamente mais curto quando este foi realizado de forma considerada parto vertical⁽¹⁷⁾.

O parto em DLE reduz o uso de episiotomia e de traumas perineais em comparação com a posição SS⁽⁹⁾, que é considerada uma posição vertical. Como o risco de trauma perineal é menor, é provável que o período de distensão seja mais

prolongado, permitindo que o períneo se distenda aos poucos, sem se romper, fazendo com que a mulher sinta mais dor. Essas conjecturas carecem de melhor investigação.

Um estudo caso-controle realizado com dois grupos de mulheres que tiveram o parto de forma vertical e horizontal concluiu que não há uma única posição ótima para o período expulsivo, mas sim, uma larga variação de preferências entre indivíduos, as quais podem mudar durante o progresso do trabalho de parto. As posições verticais e a mobilidade durante o trabalho de parto são, indubitavelmente, aceitáveis e confortáveis para as parturientes, como foi demonstrado pelo alto grau de cooperação, apesar da falta de preparação pré-natal específica⁽¹⁸⁾.

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

Uma pesquisa etnográfica desenvolvida por meio de entrevistas e observação direta com as mulheres em trabalho de parto e parto, concluiu que, para aliviar a dor de parto, as mulheres adotam alguns comportamentos não-verbais, muitas vezes, em associação ou alternadamente com a expressão verbal. Às vezes, mais de um comportamento não-verbal é assumido na busca de alívio da sensação dolorosa⁽¹⁹⁾. As falsas crenças, atribuições etiológicas inadequadas, concentração excessiva da atenção, presença de expectativas impróprias, medos infundados, pensamentos negativos, distorção das informações e dos conceitos, são características cognitivas que podem influenciar dramaticamente a percepção dolorosa e a resposta a ela⁽¹⁹⁾.

Tanto a dor quanto o comportamento não diferiram quando se considerou os dois momentos, período de dilatação e período expulsivo. Diferindo do que foi encontrado no presente estudo, um estudo descritivo com abordagem qualitativa, após terem sido observadas 19 mulheres em trabalho de parto e parto, notou que há necessidade de aprimoramento da prática obstétrica voltada para o controle da dor de parto, em especial na sua fase ativa, onde as mulheres relatam maior dor⁽²⁰⁾. Outro estudo randomizado com 89 mulheres que avaliou o tempo e a progressão do trabalho de parto, a dor, complicações obstétricas e comportamento, mostrou que à medida que o trabalho de parto progride, as contrações aumentam de intensidade e a dilatação se torna maior, as mulheres relatam cada vez mais dor, raiva, medo, tristeza e cansaço e cada vez menos energia e emoções positivas⁽²¹⁾.

A importância de se mensurar a dor clinicamente ganhou maior atenção nas últimas décadas mediante a nova concepção sobre os mecanismos envolvidos na interpretação e resposta da dor⁽²²⁾.

Os instrumentos unidimensionais ainda prevalecem na mensuração da experiência dolorosa, porém, o desafio de se considerar a multidimensionalidade da dor tem levado muitos pesquisadores a elaborar e utilizar instrumentos mais precisos e abrangentes em suas pesquisas^[22]. Sabe-se que tanto as escalas unidimensionais quanto as multidimensionais possuem algumas limitações, embora no presente estudo os instrumentos utilizados sejam de fácil aplicação e tenham se mostrado úteis para avaliar a dor no trabalho de parto e parto, permanece o desafio de se buscar um instrumento que seja de fácil aplicação à prática clínica, ao mesmo tempo em que considere a multidimensionalidade e a especificidade da dor no trabalho de parto e parto.

CONCLUSÃO

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

REFERÊNCIAS

1. Lowe NK. The nature of labor pain. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5):16-24.
2. Niven CA, Murphy-Black RM. Memory for labor pain: a review of the literature. Birth. 2000;27(4):244-53.
3. Souza FAEF, Pereira LV, Giuntini PB. Mensuração da dor. In: Teixeira MJ, editor. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Ed. Maio; 2003. p.179-86.
4. Sakata RK, Hisatugo MKI, Aoki SS, Vlainich R, Issy AM. Avaliação da dor. In: Cavalcanti IL, Maddalena ML. Dor. Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro; 2003. p. 85-93.
5. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(2):419-27.
6. Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. Rev Bras Enferm. 2006;59(6):740-4.
7. Ediane GM, Brüggemann OM. Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. Rev Lat Am Enferm. 2009;17(2):153-9.
8. Ragnar I, Altman D, Tydén T, Olsson SE. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions: a randomized controlled trial. BJOG. 2006;113(2):165-70.
9. Basile ALO. Riscos e benefícios maternos e neonatais das posições lateral-esquerda e vertical semi-sentada no parto [tese doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
10. Pocock SJ. Clinical trials: a practical approach. 5th ed. Chichester: Wiley & Sons; 1987.
11. Sabatino H, Vilarino JF. Avaliação obstétrica de partos em posição de cócoras. In: Sabatino H. Parto humanizado. Campinas: Ed. UNICAMP; 2000. p. 171-85.
12. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-97.
13. Mamede FV, Almeida AM, Souza L, Mamede MV. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. Rev Lat Am Enferm. 2007;15(6):1157-62.
14. Hofmeyr GF, Gülmezoglu AM, Nikodem VC, Van DS, Hendricks MS. Labor experience and b-endorphin levels. Int J Gynecol Obstetr. 1995;50(3):299-300.

-
15. Florido C, Oltras CM, Fajardo MC, González-Scañuela E, Villaverde C, González-Gómez F. Plasma concentrations of b-endorphin and adrenocorticotrophic hormone in women with and without childbirth preparation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997;73(2):121-5.
 16. 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 Lat Am Enferm.* 2005;13(2):223-8.
 17. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(2):438-45.
 18. Leventhal EA, Leventhal H, Shacham S, Easterling DV. Active coping reduces reports of pain from childbirth. *J Consult Clin Psychol.* 1989;57(3):365-71.
 19. Perissinotti DMN, Figueiró JAB. Psicoterapias: indicação, modalidade e tratamento para doentes com dor. In: Figueiró JAB, Angelotti G, Pimenta CAM. *Dor e saúde mental.* São Paulo: Atheneu; 2005. p. 93-104.
 20. Saito E, Gualda DMR. Worrying about labor and delivery pain and its manifestation during childbearing process. In: *Proceedings of the 8º Brazilian Nursing Communication Symposium* [Internet]; 2002 May 2-3; São Paulo, Brazil [cited 2009 May 15]. Available from: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200031&lng=en&nrm=van
 21. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Representação de parturientes acerca da dor de parto. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2008 [citado 2009 maio 15];10(1). Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7685/5459>
 22. Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Rev Lat Am Enferm.* 1998;6(3):77-84.