



ANA PAULA LANÇANOVA BRUM

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

**GUIA INFORMATIVO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO
DA DOR NO PARTO DE GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL CASA DE
SAÚDE DE SANTA MARIA – RS.**

**NON-PHARMACOLOGICAL MEASURES GUIDE FOR LABOR PAIN RELIEF IN
PREGNANT WOMEN AT THE HOSPITAL CASA DE SAÚDE IN SANTA MARIA – RS.**

Santa Maria, RS

2019

ANA PAULA LANÇANOVA BRUM

**GUIA INFORMATIVO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO
DA DOR NO PARTO DE GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL CASA DE
SAÚDE DE SANTA MARIA – RS.**

Trabalho final de graduação (TFG)
apresentado ao curso de Medicina, Área de
Ciências da Saúde, da Universidade
Franciscana - UFN, como requisito para
aprovação na disciplina TFG II.

Orientador: Adalgiso Feijó Malaguez

Santa Maria, RS

2019

ANA PAULA LANÇANOVA BRUM

**GUIA INFORMATIVO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO
DA DOR NO PARTO DE GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL CASA DE
SAÚDE DE SANTA MARIA – RS.**

Trabalho final de graduação (TFG)
apresentado ao curso de Medicina, Área de
Ciências da Saúde, da Universidade
Franciscana - UFN, como requisito para
aprovação na disciplina TFG II.

Aprovado em: __/ __/ 20__

Adalgiso Feijó Malaguez – Orientador (Anestesiologista)

Banca

Banca

RESUMO

A forma como as gestantes vivenciam o trabalho de parto é de vital importância, e a maioria delas experimenta dor durante o processo. A ciência moderna reconhece que a dor é pessoal e subjetiva, e para muitas mulheres é a dor mais importante que vão experimentar em sua vida. A prática obstétrica sofreu significativas alterações nos últimos anos, que procuram resgatar as características naturais e fisiológicas do parto e nascimento. As recomendações da OMS norteiam para uma relativa desmedicalização do parto, na medida em que incentivam o parto normal, a diminuição de intervenções agressivas, e a incorporação de técnicas de alívio da dor. Faz-se necessário garantir o direito à segurança da parturiente, ao manejo da dor do parto e à assistência humanizada adequada às suas necessidades. Controlar a dor sem causar dano à mãe, ao bebê ou ao progresso do trabalho de parto é o foco do cuidado, e as opções não farmacológicas, como apoio contínuo, imersão em água ou banho terapêutico, mobilidade e alternância de posições, técnicas de relaxamento, acupuntura e massagem podem auxiliar a parturiente. Esses métodos baseiam-se em conhecimentos estruturados, não necessitam de equipamentos sofisticados, trazem benefícios e proporcionam maior qualidade de atendimento. Considerando a importância do momento do parto, o papel fundamental que a dor desempenha e necessidade de prestar um atendimento qualificado à gestante, o presente trabalho propõe a elaboração de um protocolo assistencial que padronize as práticas obstétricas na assistência ao parto normal, com enfoque no manejo não farmacológico da dor, reunidas em um guia informativo didático e de fácil acesso. O objetivo do guia é propor condutas que respeitem as vontades da gestante, beneficiando os profissionais de saúde e a comunidade em geral.

Palavras-chave: Trabalho de parto. Dor. Parto normal. Manejo da dor do parto. Assistência humanizada. Medidas não-farmacológicas. Protocolo assistencial.

ABSTRACT

The way pregnant women experience labor is of vital importance, and most of them experience pain during the process. Modern science recognizes that pain is personal and subjective, and for many women it is the most important pain they will experience in their lives. Obstetric practice has undergone significant changes in recent years, seeking to rescue the natural and physiological characteristics of childbirth. WHO recommendations guides to a relative demedicalization of childbirth as they encourage normal childbirth, decreased aggressive interventions, and the incorporation of pain relief techniques. It is necessary to guarantee the right to the parturient's safety, the management of labor pain and the humanized care appropriate to her needs. Controlling pain without harming the mother, baby or the progress of labor is the focus of care, and non-pharmacological options such as continuous support, water immersion or therapeutic bath, mobility and position shifting, relaxation techniques, acupuncture and massage can help the parturient. These methods are based on structured knowledge, do not require sophisticated equipment, bring benefits and provide higher quality of care. Considering the importance of the labor, the fundamental role that pain plays and the need to provide qualified care to pregnant women, this paper proposes the elaboration of a care protocol that standardizes obstetric practices in normal birth care, focusing on non-pharmacological management of pain, gathered in an easily accessible informative didactic guide. The goal of the guide is to propose procedures that respect the pregnant woman's wishes, benefiting health professionals and the community in general.

Keywords: Labor. Pain. Normal birth. Management of labor pain. Humanized assistance. Non-pharmacological measures. Assistance Protocol.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)	16
4 DIAGNÓSTICO.....	16
5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	18
6 TRATAMENTO.....	19
7 MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS TRATAMENTO.....	28
8 FLUXOGRAMA – ANALGESIA NÃO FARMACOLÓGICA NO TRABALHO DE PARTO.....	29
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO ...	33

1 INTRODUÇÃO

A experiência de trabalho parto de uma mulher é profundamente influenciada pela cultura de sua sociedade. A forma como as gestantes vivenciam esse momento é de vital importância, e a maioria delas experimenta dor durante o processo. A ciência moderna reconhece que a dor é pessoal, subjetiva, e está fortemente ligada ao ambiente social. Para muitas mulheres é a dor mais importante que vão experimentar em sua vida. No entanto, apesar de passarem fundamentalmente pelo mesmo processo fisiológico, nem todas vivenciam o parto da mesma maneira – algumas mulheres gerenciam bem a dor, exigindo assistência mínima, e relatam experiências positivas, enquanto outras não lidam bem e solicitam intervenções médicas, a fim de evitar ou aliviar o sofrimento (WHITBURN, 2017).

Com o objetivo de garantir segurança para gestante e bebê, o nascimento no ambiente hospitalar construiu-se historicamente pela adoção de várias tecnologias e procedimentos. As mulheres passam a confiar no sistema médico para lhes fornecer cuidados seguros e apropriados durante o parto (KORST, 2018). Entretanto, apesar de contribuir para a melhora dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, o avanço da obstetrícia acabou por expor mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções – episiotomia, uso de ocitocina, cesariana – que deveriam ser utilizadas apenas em situações de necessidade, não como rotineiras. Permitiu-se a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças, e não como expressões de saúde. As gestantes deixam de exercer seu protagonismo no trabalho de parto, submetidas a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o ritmo natural de seus corpos.

A pesquisa “Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz e publicada em 2014, evidencia que o excesso de intervenções no parto – principalmente cesarianas desnecessárias – têm como consequência o aumento na taxa de nascidos prematuros. Os principais resultados da pesquisa apontam que, no início da gravidez, 28% das gestantes preferiam cesariana. Do total de partos, o percentual de partos cesáreos é de 46% na rede pública e chega a 88% na saúde suplementar. Esses dados ultrapassam significativamente os critérios da Organização Mundial de Saúde, que recomenda uma taxa anual de 15% de cesarianas (FIOCRUZ, 2014).

Criou-se uma “cultura de cesáreas” no país, sendo as justificativas para o número excessivo: o maior valor pago pela tabela do SUS para a cesárea, a associação entre parto vaginal e imprevisibilidade, a crença de mulheres e médicos de que o parto vaginal interfere

na satisfação sexual, falta de qualificação médica na assistência ao parto normal e o medo da dor (MAIA, 2010). Vale destacar que a intervenção cirúrgica do parto não corresponde, necessariamente, à melhoria dos indicadores de saúde: ainda que boa parte dos avanços tecnológicos adotados pelos hospitais apresentem reais condições de prevenir a morbimortalidade, a contradição que se evidencia é que as complicações não vêm diminuindo e, muitas vezes, são causadas justamente por esse avanço, através da generalização de sua necessidade e uso abusivo de técnicas e procedimentos (BRASIL, 2014).

Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de parir e nascer. Dessa forma, a prática obstétrica tem sofrido significativas alterações nos últimos 30 anos e as recentes mudanças procuram resgatar as características naturais e fisiológicas do parto e nascimento. Questionam-se vários procedimentos hospitalares pela existência de contraindicações, pela falta de evidências científicas que os justifiquem e por trazerem desconforto à mulher (BRASIL, 2017). O ambiente hospitalar de parto também sofre alterações, tornando-se mais flexível, acolhedor, atendendo às necessidades e respeitando as preferências das gestantes, bem como permitindo maior participação da família.

As recomendações que a OMS vem fazendo norteiam para uma relativa desmedicalização do parto, na medida em que compreendem os seguintes pontos: incentivo ao parto normal, diminuição de intervenções agressivas, incorporação de técnicas mecânicas de alívio da dor do parto, valorização do suporte emocional à parturiente e estímulo ao vínculo mãe-bebê imediato ao pós-parto. Nota-se que é imprescindível a qualificação dos profissionais da saúde e da atenção à gestante, a fim de garantir que a mesma tome decisões sobre o parto de forma bem informada e compartilhada com a equipe que a atende. Faz-se necessário também garantir o direito à segurança da mulher, ao manejo da dor e à assistência humanizada e adequada às suas necessidades, de acordo com as melhores evidências derivadas de estudos científicos (BRASIL, 2017).

Poder receber uma atenção humanizada durante o trabalho de parto, que ofereça a possibilidade de controle da dor quando, e, se necessário, é um direito da mulher brasileira, garantido por portarias do Ministério da Saúde, que incluem a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS. Um fator determinante na experiência de uma mulher com dor durante o trabalho de parto é a percepção de seu significado, que pode influenciar a maneira como a mulher responde a essa dor. O significado da dor é moldado pelo ambiente social e por elementos contextuais nos quais ela é vivenciada (GAYESKI,

2010).

Essa dor é resultante de complexas interações e, embora seus mecanismos sejam semelhantes aos da dor aguda, existem fatores específicos do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica que interferem no seu limiar (GAYESKI, 2010). Estudos sobre a intensidade da dor no parto demonstraram que ela pode ser considerada insuportável para muitas mulheres, levando a mal-estar, ansiedade e emoções negativas. Em contrapartida, parte das mulheres reconhece que essa experiência teve implicações positivas, pois deu lugar a uma maior competência para lidar com situações posteriores de estresse e de dor. A promoção da dor do parto como uma dor produtiva e com propósito, e os esforços para capacitar as gestantes a utilizar sua capacidade interior de lidar com a situação, bem como a atenção cuidadosa a elas e ao ambiente social ao redor delas podem melhorar as experiências de dor e diminuir a necessidade de intervenções (WHITBURN, 2017).

Controlar a dor sem causar dano à mãe, ao bebê ou ao progresso do trabalho de parto continua sendo foco do cuidado. Desta forma, as opções não farmacológicas podem auxiliar a parturiente no alívio da dor. Nessa perspectiva, ganham espaço métodos de manejo não farmacológico, dentre eles o método psicoprofilático, introduzido por Lamaze em 1954, que prepara a mulher através de um programa educacional sobre a fisiologia do parto, além de exercícios físicos e respiratórios (BRASIL, 2001). Outras formas de alívio da dor incluem apoio contínuo da gestante durante o trabalho de parto (como o acompanhamento de doulas) imersão em água ou banho terapêutico, mobilidade e alternância de posições, técnicas de relaxamento, acupuntura e massagem. Esses métodos baseiam-se em conhecimentos estruturados, mas que não necessitam de equipamentos sofisticados, podendo ser aplicados até mesmo pelo acompanhante de escolha da mulher (GAYESKI, 2010).

Considerando a importância do momento do parto para a gestante e recém-nascido, do papel fundamental que a dor desempenha no processo do parto normal, da necessidade de prestar um atendimento humanizado e qualificado à gestante, em conformidade com as recomendações da OMS e as diretrizes do Ministério da Saúde, é possível afirmar que incluir os métodos não farmacológicos de alívio da dor nos diversos serviços de maternidade traz benefícios e proporciona maior qualidade de atendimento, desde que respeite o julgamento da equipe envolvida e a vontade das gestantes atendidas.

O presente trabalho propõe a elaboração de um protocolo assistencial que padronize as práticas obstétricas na assistência ao parto normal mais utilizadas em um dos principais serviços de maternidade de Santa Maria, com enfoque no manejo não farmacológico da

dor. Para tanto, faz-se necessário reunir informações baseadas em evidências científicas em um guia informativo didático e de fácil acesso, que contenha medidas não farmacológicas para alívio da dor do parto normal. O objetivo do guia é uniformizar as práticas já utilizadas no Hospital Casa de Saúde e propor novas condutas que respeitem a equipe atuante e as expectativas e vontades das gestantes, trazendo assim, benefícios para os profissionais de saúde e para a comunidade em geral.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O trabalho de parto pode ser tanto um processo naturalmente fisiológico como complexo e disfuncional. É, portanto, o período no qual a atenção médica e de enfermagem qualificada é imprescindível para o bom desfecho da gestação. As mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões (CONITEC, 2016). Nas gestantes de risco habitual, a internação hospitalar deve ser indicada na fase ativa do parto.

2.1 CUIDADOS GERAIS NA ADMISSÃO DA GESTANTE

Durante a consulta de admissão, deve-se buscar, além do diagnóstico de trabalho de parto, a identificar eventuais situações de risco materno e perinatal (MARTINS-COSTA, 2017).

2.1.1 Realizar anamnese, dando atenção à idade materna, paridade, história de patologias prévias, histórico familiar de pré-eclâmpsia ou diabetes melito e uso de álcool, fumo ou drogas ilícitas.

2.1.2 Avaliar dados da caderneta da gestante: número de consultas de pré-natal, tipagem sanguínea e sorologias (sífilis, hepatite B, toxoplasmose, HIV).

2.1.3 Calcular idade gestacional com base na data da última menstruação (DUM) e em exame ultrassonográfico mais precoce do feto.

2.1.4 Realizar exame físico geral e obstétrico, avaliando: sinais vitais, medida da altura uterina, posicionamento fetal (situação, apresentação e posição – manobras de Leopold), BCFs, contratilidade uterina (frequência e intensidade em 10 minutos), inspeção da vulva, exame especular se necessário e toque vaginal bimanual.

2.2. PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO

Trabalho de parto é definido como o período que vai desde o início das contrações uterinas regulares associadas ao apagamento e à dilatação do colo uterino até a expulsão do concepto e da placenta. É caracterizado por contrações dolorosas das fibras da musculatura uterina (miométrio), cujas funções são a dilatação cervical e expulsão do feto através do canal de parto (ZUGAIB, 2016). Pode ser dividido em quatro fases clínicas, denominadas períodos

clínicos do parto:

1. Primeiro período ou de dilatação;
2. Segundo período ou de expulsão;
3. Terceiro período, dequitação ou secundamento;
4. Quarto período ou primeira hora pós-parto.

2.2.1 Primeiro período ou de dilatação

Compreende as fases latente e ativa e vai desde o início do trabalho de parto até a dilatação cervical completa. A fase latente apresenta duração variável e caracteriza-se pela dilatação lenta do colo até em torno de 4 cm e por padrão contrátil irregular. A fase ativa caracteriza-se pela dilatação rápida (velocidade de dilatação ≥ 1 cm/h) dos 4 aos 10 cm e por padrão contrátil regular e doloroso e é subdividida em três fases: aceleração, aceleração máxima e desaceleração da dilatação (MARTINS-COSTA, 2017).

2.2.2 Segundo período ou de expulsão

Período entre a dilatação completa e expulsão do feto. É caracterizado pela descida da apresentação e expulsão do concepto. Divide-se em: fase inicial ou passiva – com dilatação cervical total, ausência de sensação de puxo e polo cefálico alto na pelve – e fase ativa – com dilatação cervical total, puxos ou esforços maternos ativos e cabeça fetal visível. (MARTINS-COSTA, 2017).

2.2.3 Terceiro período, dequitação ou secundamento

Da expulsão do feto até a saída da placenta e membranas ovulares.

2.2.4 Quarto período ou primeira hora pós-parto

Primeira hora desde a expulsão da placenta.

2.3. MECANISMOS DE DOR NO TRABALHO DE PARTO

A experiência dolorosa do parto pode ser muito variável, não apenas pela grande diversidade de fatores envolvidos, mas também pela vivência materna de experiências anteriores, pelo estado emocional em que a gestante se encontra e por suas crenças e expectativas. Algumas pacientes apresentam maior sensibilidade à dor que outras, pois fatores

genéticos parecem estar implicados, além de outros preditores de maior dor que podem ser identificados precocemente: depressão e ansiedade; mulheres usuárias de opioides, cocaína e anfetaminas durante a gestação e presença de síndromes dolorosas crônicas preexistentes, como enxaqueca e fibromialgia (MARTINS-COSTA, 2017).

A sensação dolorosa do parto tem origem em diferentes vias, dependendo da fase do trabalho de parto. Durante o primeiro período a dor origina-se especialmente de estímulos nociceptivos aos receptores químicos e mecânicos existentes no colo uterino e no miométrio (ZUGAIB, 2016). Os estímulos viscerais gerados na primeira fase do parto são transmitidos por fibras simpáticas e entram na medula espinal nos segmentos T10 a T12 e L1. A dor dessa fase é intensa, mas é difusa e mal localizada e sua intensidade aumenta com a progressão da dilatação cervical e com o aumento da frequência e intensidade das contrações uterinas.

O início da dor perineal sinaliza o início da segunda fase do trabalho de parto, na qual a apresentação fetal distende o segmento inferior do útero, as estruturas pélvicas e o períneo, ativando as fibras somáticas, que causam dor bem localizada. (GAMERMANN, 2017). Os estímulos nociceptivos gerados durante esse estágio são transportados especialmente pelo nervo pudendo até os níveis S2 a S4 da medula, além de outros nervos que recebem estímulos dessa região, como o ilioinguinal, o cutâneo posterior da coxa e o genitofemoral (ZUGAIB, 2016).

2.3.1 Processos envolvidos na nocicepção

A nocicepção é o processo que envolve o reconhecimento e a transmissão dos estímulos dolorosos da periferia aos centros superiores, iniciado pela lesão tecidual periférica. Os nociceptores são terminações nervosas aferentes livres. Estão distribuídos nos tecidos superficiais, nos tecidos profundos e nas vísceras, compostos por fibras mielinizadas A- δ e fibras não mielinizadas do tipo C. Essas terminações nervosas enviam projeções axonais para o corno dorsal da medula espinal, onde ocorre sinapse com neurônios aferentes de segunda ordem. Estes cruzam para o lado contralateral da medula espinal e ascendem para o nível do tálamo. No tálamo, os neurônios de segunda ordem fazem sinapse com os neurônios de terceira ordem, que enviam projeções axonais para o córtex sensorial (GAMERMANN, 2017).

O processamento do estímulo doloroso pode ser dividido em quatro elementos: transdução, transmissão, modulação e percepção (Tabela 1):

Tabela 1 – Processos envolvidos na nocicepção

PROCESSOS ENVOLVIDOS NA NOCICEPÇÃO	
Transdução	Nociceptores viscerais são ativados pela distensão e responsáveis pela dor na primeira fase do trabalho de parto. Na segunda fase, os aferentes somáticos do colo uterino, da vagina e do períneo. Os mecanismos aferentes periféricos são canais iônicos ativados pela distensão e pela isquemia durante as contrações. Além disso, há sensibilização periférica que leva à amplificação do sinal doloroso.
Transmissão	Etapa em que ocorre a transmissão dos estímulos por axônios até a medula. A alta efetividade da analgesia regional neuroaxial relaciona--se ao bloqueio dos canais de sódio dos axônios aferentes, que atenuam o estímulo nociceptivo antes de entrar na medula espinal.
Modulação	Processo de sensibilização central em nível medular quando estímulos prolongados e intensos produzem amplificação do sinal doloroso. Ativação de receptores NMDA é um dos mecanismos envolvidos.
Percepção	Múltiplos sítios supraespinais recebem aferência ascendente da dor do parto. Podem ocorrer reflexos cardiorrespiratórios, assim como a ativação de projeções descendentes que reduzem ou amplificam a dor no nível espinal. A modulação cortical é responsável pela variabilidade individual da percepção da dor e pela relativa eficácia da psicoprofilaxia na redução da dor.

Fonte: adaptado de Martins-Costa e colaboradores – Rotinas em Obstetrícia, 7. ed.

A dor desencadeada pelo conjunto de fatores descritos anteriormente provoca alterações fisiológicas significativas, tais como hiperatividade simpática, liberação de catecolaminas endógenas, hipertensão arterial, aumento do débito cardíaco e da resistência vascular periférica com redução da perfusão placentária. Além disso, a dor intermitente das contrações leva a períodos de hiperventilação, com frequência respiratória aumentada de 5 a 20 vezes. Essa excessiva ventilação materna resulta em alcalose respiratória, queda na PCO₂, vasoconstrição uterina e menor liberação de oxigênio para o feto.

Em geral, as alterações cardiorrespiratórias são bem toleradas em parturientes saudáveis com perfusão uteroplacentária normal. A analgesia do parto, seja pelo conforto que pode oferecer à gestante, seja pela atenuação ou supressão das alterações descritas, resulta em um grande benefício materno-fetal (MARTINS-COSTA, 2017). Existem alguns métodos não farmacológicos para proporcionar conforto da paciente e alívio da dor durante o trabalho de parto, como banhos terapêuticos, técnicas de massagem, acupuntura, acompanhamento contínuo e presença de doula (GAMERMANN, 2017). Esses métodos proporcionam conforto à gestante, melhoram a experiência de parto para mãe e feto e atrasam o uso de métodos

farmacológicos de analgesia.

3 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

O80 – Parto único espontâneo;

O80.0 – Parto espontâneo cefálico;

O80.8 – Outros tipos de parto único espontâneo;

O80.9 – Parto único espontâneo, não especificado.

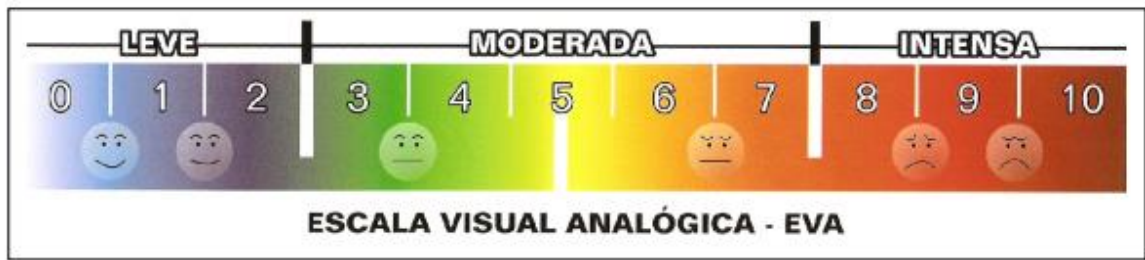
4 DIAGNÓSTICO

Na maioria das parturientes, a internação hospitalar deve ser indicada quando diagnosticada a fase ativa do trabalho de parto, ou seja, quando houver contratilidade uterina regular a cada 3 a 5 minutos, caracterizando uma dinâmica uterina com 2 ou mais contrações em 10 minutos e dilatação cervical igual ou maior do que 4 centímetros, com colo fino e apagado. Quando persistirem dúvidas quanto ao estabelecimento ou não da fase ativa, pode-se realizar reavaliação da paciente em torno de 2 horas. Se houver progressão da dilatação após esse período, o diagnóstico de trabalho de parto será confirmado. Em geral, a falha de progressão em um colo uterino com menos de 3 cm de dilatação exclui a fase ativa do trabalho de parto (MARTINS-COSTA, 2017).

4.1 ESCALA VISUAL ANALÓGICA

A Escala Visual Analógica (EVA) (Figura 1) é um instrumento de medição para características subjetivas, que não podem ser medidas diretamente, a exemplo da dor experimentada pela gestante durante o trabalho de parto. A EVA auxilia na aferição da intensidade da dor e sua evolução durante o tratamento recebido de maneira mais fidedigna, assim como é útil na análise de efetividade das medidas não farmacológicas, quais delas surtem melhores resultados e se há alguma deficiência no tratamento de acordo com o grau de melhora ou piora da dor (SÃO PAULO, c2019).

Figura 1 – Escala Visual Analógica (EVA)



Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria de Estado da Saúde, disponível em <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/>

Essa escala é de fácil manejo, pode ser utilizada no início do processo e a cada atendimento, registrando o resultado na evolução. O profissional da saúde que está acompanhando a gestante deve questioná-la quanto ao seu grau de dor, sendo 0 a ausência total de dor, 5 para dores moderadas e 10 o nível de dor máxima suportável pela paciente. Quando utilizadas as medidas de conforto, a escala deve ser reaplicada, estabelecendo variações de melhora ou piora na dor durante o parto (SÃO PAULO, c2019).

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

5.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Gestantes classificadas como gestação de risco habitual atendidas no Hospital Casa de Saúde.

5.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Gestantes classificadas como gestação de alto risco, como gestação gemelar, pré-eclâmpsia, eclampsia, gestação pré-termo (<37 semanas), diabetes gestacional e outras patologias com repercussão clínica de moderada a grave.

6 TRATAMENTO

Com a finalidade de reunir resumidamente as práticas utilizadas em obstetrícia para alívio não farmacológico da dor do parto e orientar o atendimento, o presente trabalho baseia-se em revisões sistemáticas das melhores evidências disponíveis na Biblioteca Cochrane (Cochrane Database of Systematic Reviews), sendo essa uma maneira confiável de conhecer os benefícios e malefícios de práticas específicas.

Foram utilizadas revisões sistemáticas publicadas desde 2011, dando mais atenção à eficácia e menos às possíveis desvantagens, pois as medidas não medicamentosas podem oferecer alívio da dor e conforto no trabalho de parto e têm uma baixa probabilidade de causar efeitos adversos. Ainda, as mesmas podem ser prontamente interrompidas se não forem úteis ou não forem apreciadas pela gestante.

6.1 APOIO CONTÍNUO AO TRABALHO DE PARTO

O apoio contínuo ao trabalho de parto consiste em fornecer à gestante apoio emocional, informações e medidas de conforto necessárias durante o período do parto. Pode ser realizado pela equipe de saúde – médicos, enfermeiras, parteiras –, por mulheres que têm instrução e experiência em prestar apoio ao trabalho de parto – como doulas – ou pelo acompanhante de escolha da gestante – parceiro, mãe, outros familiares ou amigos.

A revisão sistemática analisou 26 ensaios clínicos randomizados controlados publicados e não publicados, randomizados por cluster, que compararam o suporte contínuo durante o trabalho de parto com os cuidados usuais. Esses estudos foram realizados em 17 países diferentes, com 15.858 mulheres, sendo 13 realizados em ambientes de alta renda; 13 em ambientes de renda média; e nenhum estudo em ambientes de baixa renda. O apoio contínuo foi fornecido pela equipe do hospital (como enfermeiras ou parteiras) ou por mulheres que não eram funcionários do hospital e não tinham relacionamento pessoal com a gestante (doulas). Em outros casos, o apoio veio de um companheiro de escolha da gestante, de sua própria rede (como o seu parceiro, mãe, familiar ou amigo) (BOHREN, 2017).

As mulheres alocadas no suporte contínuo tiveram maior probabilidade de ter um parto vaginal espontâneo, menos chances de relatar experiências e sentimentos negativos sobre o parto e usar qualquer analgesia intraparto (BOHREN, 2017).

Além disso, seus partos foram mais curtos; eram menos propensas a ter um parto

cesáreo ou parto vaginal instrumental e analgesia regional. As análises de subgrupos sugeriram que o apoio contínuo era mais eficaz na redução do parto cesáreo, quando o profissional estava presente na função de doula e em ambientes nos quais a analgesia peridural não estava disponível rotineiramente (BOHREN, 2017).

O apoio contínuo durante o trabalho de parto pode melhorar os resultados para mulheres e bebês, incluindo menor duração do trabalho de parto, aumento no número de partos vaginais espontâneos, diminuição de cesáreas e partos vaginais instrumentais, uso de qualquer analgesia e uso de anestesia regional. Não foram encontradas evidências de danos ou resultados adversos no apoio contínuo ao trabalho de parto (BOHREN, 2017).

O apoio contínuo de uma pessoa que está presente apenas para prestar apoio, não é membro da rede da gestante, tem experiência no fornecimento de apoio ao trabalho de parto e possui pelo menos uma quantidade modesta de treinamento (como uma doula), parece ser benéfico. Em comparação com não ter companheiro durante o trabalho de parto, o apoio de um familiar ou amigo escolhido parece aumentar a satisfação das mulheres com sua experiência. Pesquisas futuras devem explorar como o suporte contínuo pode ser melhor fornecido em diferentes contextos (BOHREN, 2017).

6.2 IMERSÃO EM ÁGUA E BANHO TERAPÊUTICO

Um banho quente durante o trabalho de parto parece ser uma maneira eficiente de conforto e alívio da dor, especialmente se a gestante puder sentar-se confortavelmente durante o banho ou direcionar o fluxo para onde desejar (para a barriga ou para as costas), pois o calor e a estimulação da pele no local reduzem a sensação dolorosa. Além disso, o banho de chuveiro ou de imersão com água morna (Figura 2) promovem relaxamento, podem diminuir o tempo de trabalho de parto e reduz o uso de analgesia medicamentosa e anestésias regionais (SIMKIN, 2007).

Figura 2 – Banho terapêutico e imersão em água.



Fonte: adaptada de Comfort in Labor – How you can help yourself to a normal satisfying childbirth.

Tais técnicas são cada vez mais populares e estão se tornando amplamente aceitas em muitos países, particularmente nos ambientes de assistência liderados por parteiras. Portanto, é importante entender mais sobre os benefícios da imersão em água no trabalho de parto para gestantes e recém-nascidos, além de quaisquer riscos. É importante examinar se a imersão em água durante primeiro e/ou segundo estágio do trabalho de parto tem o potencial de maximizar a capacidade das mulheres de lidar com a dor do parto e ter um parto normal sem aumentar o risco de um evento adverso, como infecção materna e neonatal ou lesão grave no períneo (CULETT, 2018).

O objetivo da revisão sistemática foi avaliar os efeitos da imersão em água durante o trabalho de parto (primeiro, segundo e terceiro estágio) em mulheres e seus bebês. Para tanto, foram incluídos ensaios clínicos randomizados comparando a imersão em água com técnicas sem imersão ou outras formas não farmacológicas de tratamento da dor durante o parto em mulheres saudáveis, de gestação de risco habitual, a termo e com um feto único (CULETT, 2018).

O estudo incluiu 15 ensaios realizados entre 1990 e 2015 (3663 mulheres): oito envolveram imersão em água durante a primeira etapa do trabalho de parto; dois apenas na segunda etapa; quatro durante o primeiro e o segundo estágio do trabalho de parto e um comparando imersão precoce *versus* imersão tardia durante o primeiro estágio. Todos os ensaios foram realizados em ambiente de maternidades hospitalares, com um grau variável de

intervenção médica considerada como prática de rotina e nenhum estudo foi realizado em um ambiente de assistência liderada por parteiras (CULETT, 2018).

Analisando partos com imersão *versus* sem imersão em água no primeiro estágio do trabalho de parto, há pouca diferença entre imersão e não imersão no parto vaginal espontâneo; no parto vaginal instrumental; e na cesariana. Houve uma pequena redução no uso de analgesia regional em mulheres alocadas em imersão em água de 43% para 39%. Não há evidências suficientes para determinar o impacto nas internações na unidade de terapia intensiva neonatal ou nas taxas de infecção (CULETT, 2018).

No segundo estágio do parto também não foram evidenciadas grandes diferenças entre imersão e não imersão nos partos vaginais espontâneos ou instrumentados e cesarianas. O uso de analgesia regional não foi relevante para o segundo estágio. Nenhum estudo relatou infecção neonatal e não foram encontradas evidências de efeitos adversos para recém-nascido e gestante em ambos os estágios de trabalho de parto (CULETT, 2018).

Pode-se concluir que a imersão em água durante o primeiro estágio do trabalho de parto provavelmente resulta em menos mulheres tendo uma epidural, não parece afetar o modo de nascimento ou o número de mulheres com uma lesão perineal grave. Os ensaios variam de qualidade e mais pesquisas são necessárias, assim como pesquisas que compreendam as experiências de gestantes e cuidadores envolvidos.

6.3 POSIÇÕES MATERNAS E MOBILIDADE

Alternar posições e mover-se entre as contrações promove conforto e auxilia no progresso do trabalho de parto. Caminhar, balançar em uma cadeira ou bola obstétrica, ajoelhar sobre a bola e outros movimentos (Figura 3) podem fazer parte da rotina para lidar com as contrações. A equipe ou o parceiro podem auxiliar a gestante a mudar a posição quando a atual estiver desconfortável, o progresso do trabalho de parto for lento ou quando a gestante sentir necessidade (SIMKIN, 2007).

Figura 3 – Posições maternas e mobilidade.



Caminhar



Balançar em uma cadeira



Balançar sobre uma bola



Ajoelhar sobre uma bola



De pé e inclinando para frente



Sentar de costas em uma cadeira

Fonte: adaptada de Comfort in Labor – How you can help yourself to a normal satisfying childbirth.

O mais comum no parto em ambiente hospitalar é que a gestante fique sobre a cama. Entretanto, não há evidências de que isso esteja associado a qualquer vantagem para mulheres ou bebês, embora possa ser mais conveniente para a equipe. O objetivo da revisão foi avaliar os efeitos de incentivar as parturientes a assumir diferentes posições eretas (incluindo andar, sentar, ficar em pé e ajoelhado) comparados a posições reclinadas (supino, semi-reclinável e lateral) para mulheres no primeiro estágio do trabalho de parto (LAWRENCE, 2013).

Foram incluídos 25 estudos, envolvendo 5218 mulheres com gestação de baixo risco, e, embora muitos deles não fossem de alta qualidade, mostraram que o primeiro estágio do trabalho de parto pode ser aproximadamente uma hora e vinte minutos

mais curto para mulheres que estão em pé ou que deambulam quando comparadas às que adotam posições reclinadas. As mulheres que estavam na posição vertical também tiveram menor probabilidade de ter uma epidural (LAWRENCE, 2013).

No entanto, ainda são necessárias mais pesquisas de melhor qualidade para validar esses resultados para todas as mulheres em trabalho de parto, dada a grande heterogeneidade e a existência de viés nos estudos analisados. Contudo, como toda contração é dolorosa e o trabalho de parto prolongado pode ser um processo desgastante, resultando em uma maior necessidade de intervenção médica, esse é um resultado significativo para as gestantes. Assim, recomenda-se que, sempre que possível, as mulheres sejam incentivadas e apoiadas a usar posições eretas e móveis de sua escolha durante o primeiro estágio do parto, pois isso pode melhorar o progresso e levar a melhores resultados para mães e recém-nascidos (LAWRENCE, 2013).

6.4 TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

A dor do trabalho de parto pode ser intensa, com tensão corporal, ansiedade e medo. Muitas terapias complementares que auxiliam no alívio da dor são usadas por gestantes em trabalho de parto, incluindo técnicas mente-corpo, ioga, música e atenção plena. As técnicas mente-corpo incluem imagens guiadas, relaxamento progressivo e técnicas de respiração. Promovem relaxamento e são acessíveis às mulheres através do ensino dessas técnicas durante as aulas pré-natais.

A atualização da revisão sistemática analisada incluiu 15 estudos, envolvendo 1731 mulheres. As intervenções examinadas incluíram relaxamento, ioga, música e atenção plena. Técnicas de relaxamento, ioga e música parecem ajudar as mulheres a lidar com a dor do parto, embora a qualidade das evidências varie entre baixa e muito baixa e sejam necessários mais dados. Além disso, houve variações nos ensaios em como estas técnicas foram utilizadas. Não havia evidências claras de que essas terapias tivessem impacto no parto vaginal ou cesariano (SMITH, 2011).

As grandes variações em tipos de técnicas utilizadas nos estudos tornam difícil dizer especificamente o que pode ajudar as gestantes. Portanto, mais pesquisas são necessárias para orientar a prática clínica. No entanto, o uso de terapias de relaxamento, ioga, ou a música pode, eventualmente, ser útil em reduzir a intensidade da dor e em ajudar as mulheres a se sentir mais no controle e satisfeitas com seu trabalho de parto, além de não existirem evidências de dano (SMITH, 2011).

6.5 ACUPUNTURA OU ACUPRESSÃO

A acupuntura está associada a dores menos intensas durante o trabalho de parto, maior satisfação com o alívio da dor, menor uso de analgésicos e menor necessidade de instrumentalização dos partos normais (SIMKIN, 2007). Envolve a inserção de agulhas finas em diferentes partes do corpo, e precisa ser realizada por um profissional experiente e capacitado. A acupressão consiste em pressionar o dedo em um ou mais pontos de acupuntura (Figura 4) para aliviar a dor e auxiliar no trabalho de parto, podendo ser realizada pelo acompanhante da gestante quando houver orientação prévia.

Figura 4 – Pontos para acupuntura e acupressão.



Pontos para acupuntura/acupressão

Fonte: adaptada de Comfort in Labor – How you can help yourself to a normal satisfying childbirth.

Para examinar os efeitos das duas técnicas no alívio da dor, a revisão sistemática incluiu ensaios clínicos randomizados, publicados e não publicados, comparando acupuntura e acupressão com placebo, com a não utilização de tratamento ou com outras formas não farmacológicas de controle da dor no trabalho de parto. As medidas de resultado incluíram intensidade da dor, satisfação com o alívio da dor, uso de alívio farmacológico, relaxamento, ansiedade, taxa de cesarianas e tempo de trabalho de parto (SMITH, 2018).

Foram incluídos 13 ensaios clínicos com relatos de dados de 1986 mulheres. Nove ensaios relatados em acupuntura e quatro ensaios relatados em acupressão. A intervenção foi administrada como tratamento individualizado ou em pontos de acupuntura padronizados,

mas com ampla variação no modo de estimulação, duração da agulhagem, número de pontos utilizados, profundidade da agulha e duração da tentativa. Dor menos intensa foi encontrada na acupuntura em comparação com nenhuma intervenção. Em um estudo houve aumento na satisfação com o alívio da dor em comparação com o placebo. O uso reduzido de analgesia farmacológica foi encontrado em um estudo de acupuntura comparado com placebo e comparado com o tratamento padrão, no entanto, houve heterogeneidade significativa (SMITH, 2018).

Os dados disponíveis sugerem que a acupuntura e a acupressão podem ser uma terapia útil para o controle da dor no trabalho de parto. No entanto, não existem dados suficientes que demonstrem que acupuntura e acupressão são mais eficazes do que placebo ou se há benefício adicional da acupuntura quando usada em combinação com os cuidados usuais. O risco de viés foi alto na maioria dos estudos pesquisas de alta qualidade precisam ser realizadas (SMITH, 2018).

6.6 TOQUE E MASSAGEM

O toque e massagem podem ser realizados nas mãos, pés, braços, pernas, couro cabeludo, ombros ou costas (Figura 5). Transmitem confiança, cuidado e atenção – os quais auxiliam no bem-estar da gestante e no alívio da dor (SIMKIN, 2007). São medidas simples que podem ser realizadas pela equipe de saúde ou pelo acompanhante de escolha da gestante, produzem conforto e não são prejudiciais.

Figura 5 – Toque e massagem.



Massagem

Fonte: adaptada de Comfort in Labor – How you can help yourself to a normal satisfying childbirth.

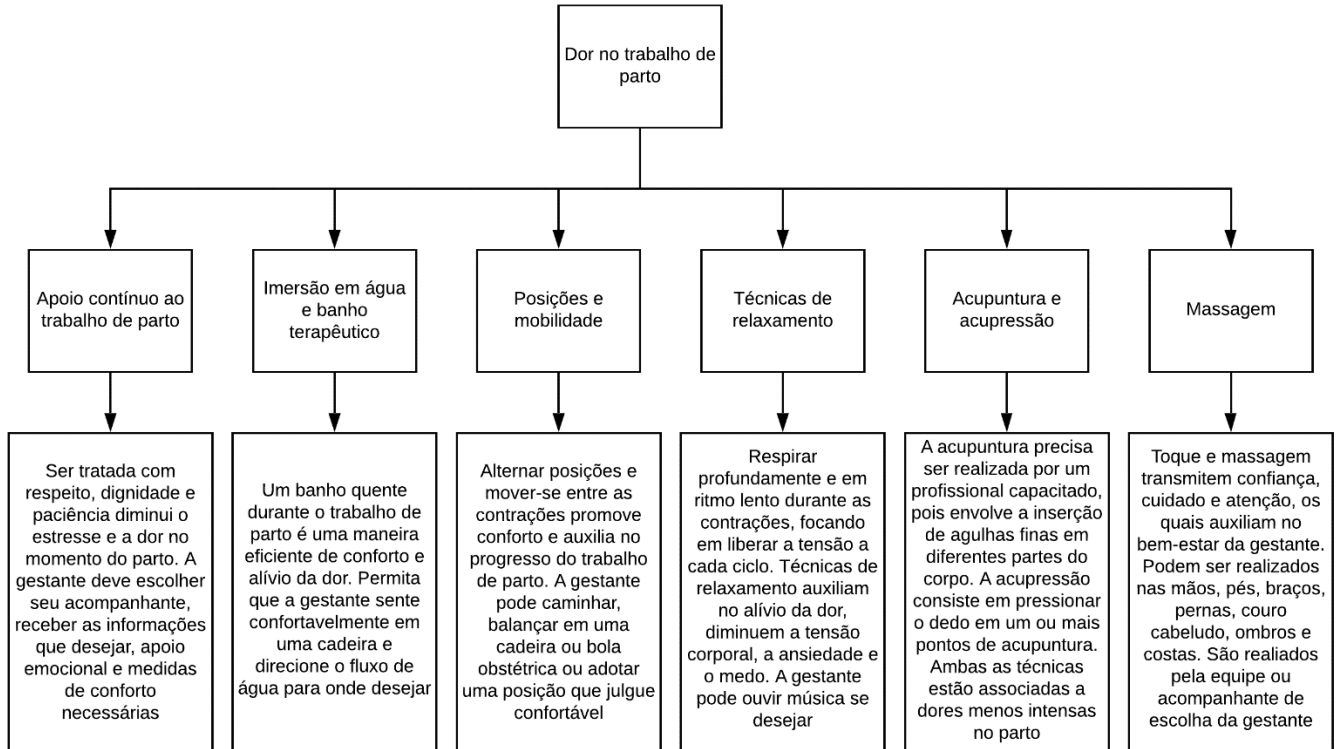
Para avaliar o efeito, segurança e aceitabilidade da massagem de outros métodos manuais de controle da dor no trabalho de parto, a revisão sistemática incluiu 10 ensaios clínicos randomizados (1055 mulheres) que compararam métodos manuais com tratamento padrão, com outras formas não farmacológicas de controle da dor, sem tratamento e com placebo. Embora a qualidade das evidências varie de baixa a muito baixa, a massagem e os métodos manuais podem ter um papel importante na redução da dor, na redução do tempo de parto e na melhora da experiência emocional (SMITH, 2018).

7 MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS TRATAMENTO

O acompanhamento da gestante durante o puerpério (período que se inicia na segunda hora após o parto e se estende até seis semanas) deve ser realizado por profissionais de saúde qualificados. É possível avaliar a vivência de parto da mulher e a eficácia das medidas não farmacológicas no alívio da dor através de ferramentas como o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP), pensado com base num instrumento de 29 itens elaborado e validado por Marut e Mercer (1979) para avaliar a percepção da mulher acerca da experiência de parto.

O QESP (Anexo I) leva em consideração aspectos como o uso de métodos de respiração e relaxamento; sentimentos positivos de confiança, prazer e satisfação; sentimentos desagradáveis; dor; satisfação com a experiência de parto e capacidade para desfrutar do primeiro contato com o bebê; confirmação das expectativas relativas à dor sentida; apreciação das condições da instituição; os profissionais de saúde; tempo de trabalho de parto, parto e pós-parto e suporte por parte do companheiro durante o parto (COSTA, 2004). Essas dimensões são consideradas importantes e a aplicação de questionários pode auxiliar na avaliação futura do serviço prestado e da eficácia das medidas de conforto nesse meio.

8 FLUXOGRAMA – ANALGESIA NÃO FARMACOLÓGICA NO TRABALHO DE PARTO



9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOHREN, M.A. et al. **Continuous support for women during childbirth.** Cochrane Systematic Review – Intervention. Versão publicada: 6 de julho de 2017. Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/>, acessado em 12 de outubro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS: Volume 4 – Humanização do Parto e Nascimento.** Brasília – DF, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Brasília – DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher.** Brasília – DF, 2001.

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal – Relatório de Recomendação.** Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2016.

COSTA, R. et al. **Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP).** *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 5, n. 2, p. 159-187, 2004. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862004000200003, acessado em 29 de novembro de 2019.

CULETT, E.R. et al. **Immersion in water during labour and birth.** Cochrane Systematic Review – Intervention. Versão publicada: 16 de maio de 2018. Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/>, acessado em 12 de outubro de 2019.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (2014).** Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>, acessado em 10 de junho de 2019.

GAYESKI, M.E. et al. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática.** *Texto e Contexto – Enfermagem*. Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 774-82.

GAMERMANN, P.W. et al. **Rotinas em Anestesiologia e Medicina Perioperatória.** 1. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

KORST, L.M. et al. **The Development of a Conceptual Framework and Preliminary Item Bank for Childbirth-Specific Patient-Reported Outcome Measures.** Health Serv Res 2018; 53:3373.

LAWRENCE, A. et al. **Maternal positions and mobility during first stage labour.** Cochrane Systematic Review – Intervention. Versão publicada: 9 de outubro de 2013. Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/>, acessado em 12 de outubro de 2019.

MARTINS-COSTA, S.H. et al. **Rotinas em Obstetrícia.** 7. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

MAIA, M.B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

SÃO PAULO, Governo do Estado. Escala Visual Analógica (EVA). **Governo do Estado de São Paulo – Secretaria de Estado da Saúde.** Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/>, acessado em 18 de dezembro de 2019.

SIMKIN, P. **Comfort in Labor – How You Can Help Yourself to a Normal Satisfying Childbirth.** Childbirth Connection, 2007. Disponível em <http://www.childbirthconnection.org>, acessado em 7 de junho de 2019.

SMITH, C.A. et al. **Acupuncture or acupressure for pain management in labour.** Cochrane Systematic Review – Intervention. Versão publicada: 28 de março de 2018. Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/>, acessado em 13 de outubro de 2019.

SMITH, C.A. et al. **Relaxation techniques for pain management in labour.** Cochrane Systematic Review – Intervention. Versão publicada: 6 de julho de 2011. Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/>, acessado em 13 de outubro de 2019.

SMITH, C.A. et al. **Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour.** Cochrane Systematic Review – Intervention. Versão publicada: 28 de março de 2018. Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/>, acessado em 13 de outubro de 2019.

WHITBURN, L.Y. et al. **The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences.** BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):157. Publicado em 30 de maio de 2017.

ZUGAIB, M. FRANCISCO, R.P.V. **Obstetrícia.** 3. ed. – São Paulo: Manole, 2016.

<https://www.lamaze.org> acessado em 7 de junho de 2019.

<http://portal.saude.sp.gov.br/> acessado em 27 de novembro de 2019.

ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO

ITENS DAS SUBESCALAS 2 E 3

- Leia com atenção cada um dos itens abaixo. Não há respostas certas ou erradas. Apenas deve selecionar uma das opções, conforme a sua experiência pessoal.
- Ao longo do questionário serão utilizadas as seguintes siglas: TP – Trabalho de parto; P- Parto; PP – Pós-parto

1	O TP decorreu de encontro com as suas expectativas?	1.()Muito pior 2. () Pior 3.()Melhor 4.() Muito melhor
2	O P decorreu de encontro com as suas expectativas?	1.()Muito pior 2. () Pior 3.()Melhor 4.() Muito melhor
3	A dor que sentiu no TP foi de acordo com as suas expectativas?	1.()Muito pior 2. () Pior 3.()Melhor 4.() Muito melhor
4	A dor que sentiu no P foi de acordo com as suas expectativas?	1.()Muito pior 2. () Pior 3.()Melhor 4.() Muito melhor
5	Sentiu que tinha a situação sobre controle durante o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
6	Sentiu que tinha a situação sobre controle durante o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
7	Sentiu-se confiante durante o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
8	Sentiu-se confiante durante o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
9	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
10	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
11	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao PP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
12	Sentiu medo durante o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
13	Sentiu medo durante o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
14	Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito

15	Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
16	Que quantidade de mal-estar sentiu durante o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
17	Que quantidade de mal-estar sentiu durante o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
18	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
19	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
20	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou logo após o parto?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
21	Recorda da dor no TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
22	Recorda da dor no P ?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
23	Está satisfeita com a forma como decorreu o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
24	Está satisfeita com a forma como decorreu o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
25	Está satisfeita com a forma como decorreu o PP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
26	Está satisfeita com o tempo que demorou o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
27	Está satisfeita com o tempo que demorou o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
28	Está satisfeita com o tempo que demorou o PP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
29	Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
30	Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
31	Intensidade média de dor durante o TP?	1.()Nenhuma 2. () Mínima 3.()Muito pouca 4.() Pouca

		5.()Alguma 6. () Moderada 7.()Bastante 8.() Muita 9.()Muitíssima 10. () A pior jamais imaginável
32	Intensidade máxima de dor durante o TP?	1.()Nenhuma 2. () Mínima 3.()Muito pouca 4.() Pouca 5.()Alguma 6. () Moderada 7.()Bastante 8.() Muita 9.()Muitíssima 10. () A pior jamais imaginável
33	Intensidade média de dor durante o P?	1.()Nenhuma 2. () Mínima 3.()Muito pouca 4.() Pouca 5.()Alguma 6. () Moderada 7.()Bastante 8.() Muita 9.()Muitíssima 10. () A pior jamais imaginável
34	Intensidade máxima de dor durante o P?	1.()Nenhuma 2. () Mínima 3.()Muito pouca 4.() Pouca 5.()Alguma 6. () Moderada 7.()Bastante 8.() Muita 9.()Muitíssima 10. () A pior jamais imaginável