UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SIMONE ROQUE MAZONI

Elaboração e validação do diagnóstico de enfermagem dor de parto

Ribeirão Preto

2012

SIMONE ROQUE MAZONI

Elaboração e validação do diagnóstico de enfermagem dor de parto

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo e
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos e
Filosóficos do Cuidar.

Orientadora: Prof^a Dr^a Emilia Campos de Carvalho

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Mazoni, Simone Roque

Elaboração e validação do diagnóstico de enfermagem dor de parto. Ribeirão Preto, 2012.

238 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem.

1. Dor de parto. 2. Medição da dor.
3. Diagnóstico de enfermagem. 4. Estudos de validação.

MAZONI, Simone Roque

Elaboração e validação do diagnóstico de enfermagem dor de parto

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Interunidades de Doutorado em Enfermagem.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao **Criador do universo**, detentor das respostas, por me permitir desvendar pequena parte de sua sábia arquitetura. Aos meus pais **João e Mara**, que com amor e disciplina me ensinaram a desbravar os obstáculos com coragem. Ao meu irmão **Gustavo**, amigo, conselheiro e acolhedor, a quem tenho admiração. No meio desse amor e de nobres valores, sigo a vencer os desafios. A vocês, minha gratidão!*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Doutora Emilia Campos de Carvalho,

*por me orientar com desvelo, ensinando com o saber da ciência o
caminho para se chegar às respostas. Seu conhecimento e
experiência serão sempre fontes inesgotáveis para o crescimento
profissional e pessoal. Obrigada pelo aprendizado!*

AGRADECIMENTOS

- Às docentes do Programa Interunidades de Doutorado (EE/EERP-USP), Enfermagem Fundamental e Enfermagem Materno Infantil, em especial: *Dra. Fátima Faleiros Emm Sousa, Dra. Mieko Hayashida, Dra. Lídia Aparecida Rossi, Dra. Regina Zilit Bousso, Dra. Carla Regina de Souza Teixeira, Dra. Luciana Kusumota e Dra. Marta Cristiane Alves Pereira.*

- À *Dra. Cláudia Benedita dos Santos, Dra. Header Herdman, Dra. Marli Villela Mamede e Dra. Maria Célia Barcellos Dalri* pelas valiosas sugestões na condução deste estudo.

.

- À *Eva Adlero e Rose Vazille Engracia Garcia* pelo apoio sempre presente.

- À secretaria de pós-graduação, em especial: *Carla, Ketleen e Flávia.*

- Aos membros do grupo de pesquisa *Enfermagem e Comunicação da EERP-USP* pelas sugestões e conquistas conjuntas.

- Às minhas coordenadoras *Dra. Dulce Maria Silva Vendruscolo (FIPA), Dra. Dircelene Jussara Sperandio (FIPA) e Dra. Maria Cristina Traldi (FMJ)*, ao Assessor de Diretoria *Dr. Antonio Carlos Araújo (FIPA)*, Diretores *Nélson Jimenez (FIPA) e Dr. Itibagi Rocha Machado (FMJ)*, pelo empenho e incentivo a minha formação acadêmica em nível de Doutorado.

- Às colegas professoras, em especial: *Maria Cláudia Parro, Vanda Aparecida Manfredo, Márcia Anselmo Correa, Antonia de Fátima Serradilha, Janaína Ornellas, Maristela Magagnini, Virtude Maria Soler, Denise Gonzalez Stellutti de Faria, Ana Cláudia Giesbrecht Puggina, Márcia Cristina Thomaz, Márcia Regina da Fonseca, Maria Helena da Silva, Elis Regina Varalda Rodrigues, Renata Cristina Gasparino, Flávia Lilalva de Holanda, Karla Fabiana Carbonari e Carla Silveira.*

- *Meus agradecimentos às bibliotecárias e secretárias das Faculdades Integradas Padre Albino, em especial, à minha amiga **Marisa Stuchi**, pela assessoria técnica.*
- *Às **parturientes**, pela segurança em que se entregaram à observação clínica, não só como participantes do estudo, mas com interesse e participação à compreensão do fenômeno da dor no momento de seu trabalho de parto.*
- *Aos **enfermeiros especialistas** que consentiram em participar deste estudo.*
- *Às **Enfermeiras e Enfermeiros** do hospital sede, em especial às **Enfermeiras Obstétricas Aline e Luciana**, que por suas práticas e conhecimentos profissionais promoveram contributos importantes à realização desse trabalho.*
- *Aos gestores hospitalares, em especial: **Renata Armiato** (Administradora Hospitalar), **Esmerinda Cavassana Silva** (Gerente de Enfermagem), **Denise Gonzalez Stellutti de Faria** (Coordenadora do Centro de Parto) e **Ricardo Vick** (Coordenador da Maternidade e Ambulatório de Ginecologocia e Obstetrícia).*
- *A **Equipe de enfermagem** do hospital sede que se responsabilizou junto com enfermeiros a informar-me quanto à presença de potenciais participantes, meus agradecimentos pelo importante empenho e acolhimento durante a pesquisa.*
- *Aos professores do Curso de Medicina (FIPA): **Marcelo, Maria Cecília, Rui Ramos, Ricardo Vick, Tadeu, Ricardo Marquesini, Wladimir Sestito e Ivan Humberto Sanches**.*
- *À equipe de residentes, em especial: **Fábio, Juscelino e Blanca**.*
- *Aos **acadêmicos do Curso de Enfermagem e de Medicina** das Faculdades Integradas Padre Albino e Faculdade de Medicina de Jundiaí.*

- À *Maria Cláudia Parro* e à minha tia *Sidnéia* pelo incentivo a ingressar no *Curso de Doutorado para a execução deste trabalho*.

- Às minhas amigas *Ariane Rigotti* e *Tania Garcia* eternizo meus agradecimentos pelo acolhimento ao longo dos anos em *Ribeirão Preto* e pelo mais importante: nossa sólida amizade que por intermédio se fez!

- Amizades que construí no Grupo de Pesquisa: *Christiane Inocência Vasques, Daniella Soares dos Santos, Janaína Perbone, Lucimara Moreli, Alexandra de Souza Melo, Érika de Cássia Lopes Chaves, Fernanda Titareli Braga, Marta Cristiane Alves Pereira, Livia Maria Garbin, Luciana Regina Ferreira da Mata, Caroline Guilherme e Cristina Mara Zamarioli*.

- Às amizades que construí ao longo dos anos: *Cristiane, Giselle, Luciani, Christiane, Tania, Ariane, Juliana, Samilla, Luciana, Janaina, Meire, Letícia, Cristina, Railka, Josiane, Daniela, Giovana, Rodrigo, Adriano, Olbiano, Rodolpho, Lucas e Leonardo*, obrigada por compreenderem os momentos em que estive ausente dos encontros mais importantes.

- Às minhas queridas primas *Rita de Cássia, Rafaela e Isabela*, por serem amigas e companheiras em todos os momentos!

“[...] As mulheres independentes — matronas ou muneres viris — fazem questão de desempenhar um papel ativo nos momentos que precedem o parto e durante o próprio parto. As muito infantis abandonam-se passivamente à parteira, à mãe; algumas põem seu orgulho em não gritar; outras recusam quais-quer conselhos. De maneira geral pode-se dizer que exprimem nessa crise sua atitude profunda em relação ao mundo em geral, e sua maternidade em particular: são estóicas, resignadas, reivindicadoras, imperiosas, revoltadas, inertes, tensas...”

Trecho de “O Segundo Sexo” publicado em 1967 por

Simone de Beauvoir

RESUMO

MAZONI, S.R. **Elaboração e validação do diagnóstico de enfermagem dor de parto**. 2012. 238 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

O estudo teve como proposta analisar se o fenômeno da dor de parto está retratado no diagnóstico de enfermagem *Dor Aguda* da taxonomia NANDA-I e propor e validar o Diagnóstico *Dor de parto*. Seguiu-se os preceitos de Hoskins (1989) e Fehring (1986) para as fases da análise de conteúdo e validação clínica do diagnóstico. Na primeira fase foi analisado o conceito de “dor em situação de parto” segundo referencial teórico de Walker e Avant (2005) com sumarização dos dados analisados por meio de revisão integrativa da literatura à estrutura metodológica de Whittemore (2005). A análise do conceito “dor em situação de parto” reforçou a pertinência de se propor um novo diagnóstico e submetê-lo a análise por peritos. O diagnóstico construído foi submetido a dez enfermeiros obstetras, sendo o mesmo à análise de conteúdo aprovado quanto à definição, fatores relacionados (período de dilatação: fase latente, fase ativa, fase de transição; período de expulsão), características definidoras e inserção do diagnóstico ao Domínio 12 – Conforto e à Classe 1 – Conforto físico; das 28 características definidoras submetidas às opiniões sobre o grau de indicação para o diagnóstico, 9 foram muito indicativas do diagnóstico: evidência observada de contração uterina à média ponderada de 0,95, alteração do tônus muscular (0,93), alteração da frequência respiratória (0,85), comportamento expressivo (0,85), expressão facial de dor (0,85), evidência observada de dor (0,85), diaforese (0,83), relato verbal ou codificado (0,80) e alteração da frequência cardíaca (0,80), sendo o cálculo DCV total igual a 0,73. Outras 13 foram validadas (escores maiores de 0,50) e 6 foram consideradas não representativas (escores inferiores a 0,50). Vinte e duas características definidoras identificadas na análise de conceito foram testadas clinicamente em parturientes em fase ativa do trabalho de parto. Foram observadas 49 parturientes na fase ativa inicial (FAI) e 37 na fase ativa final (FAF). Para análise da homogeneidade entre as parturientes que fizeram uso de analgésicos e as que não fizeram uso de analgésicos e as variáveis intervenientes: indução de parto, característica da bolsa, líquido amniótico, técnicas alternativas para alívio da dor, relaxamento e descida fetal e intervenção analgésica e, para análise das diferenças de frequências de ocorrência de características definidoras entre as fases ativa inicial e final do trabalho de parto foi utilizado o teste exato de Fisher. Prova de Mann-Whitney foi realizada para a relação dos escores de intensidade de dor entre o uso e não uso do analgésico. Para análise da relação entre amplitude de pressão intrauterina e escores de dor, nas fases ativa inicial e final do trabalho de parto foi utilizado o teste de Correlação de Spearman. Seis características definidoras estiveram presentes na FAI, e também foram os indicadores principais na FAF, são elas: relato verbal ou codificado (FAI e FAF: 100%), evidência observada de contração uterina (FAI: 98%; FAF: 100%), alteração do tônus muscular (FAI: 98%; FAF: 100%), evidência observada de dor (FAI e FAF: 100%), comportamento expressivo (FAI: 93,9%; FAF: 100%) e expressão facial de dor (FAI: 87,8%; FAF: 100%). Em ambas as fases não foram observadas: alteração na frequência cardíaca, alteração na frequência respiratória, alterações na pressão sanguínea, dilatação pupilar, exceto para alteração da pressão arterial e dilatação

pupilar em que houve presença em uma parturiente para cada indicador. Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) para diaforese, expressão facial de dor, gestos protetores/comportamento de defesa, posição antálgica para evitar dor, comportamento de distração, foco em si próprio e relato de pressão no períneo, sendo estas predominantes na FAF. Observou-se correlação linear positiva entre a referência verbal (pelos escores de intensidade de dor) e a amplitude de pressão intrauterina, com aumento do escore de intensidade de dor à medida que aumenta a pressão em mmHg na fase ativa inicial ($r_s = 0,381$; $p = 0,008$) e na fase ativa inicial de parturientes em uso do analgésico ($r_s = 0,758$; $p = 0,002$). O estudo mostrou a dor em situação de parto como fenômeno peculiar a um evento fisiológico em seus diferentes períodos, com achados que apontam para um novo diagnóstico de enfermagem.

Descritores: Dor de parto. Medição da dor. Estudos de validação. Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

MAZONI, S.R. **Development and validation of the nursing diagnosis for labor pain.** 2012. 238 p. Thesis (Ph.D.) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The study aimed to analyze if the phenomenon of labor pain is characterized in the nursing diagnosis *Acute Pain* of NANDA-I taxonomy and to develop and validate the diagnosis *Labor Pain*. The precepts of Hoskins (1989) and Fehring (1987) for the phases of content analysis and clinical validation of the diagnosis were followed. In the first phase, the concept of "labor pain" according to the theoretical referential of Walker and Avant (2005) was analyzed, with summarization of the data using integrative literature review of the methodological framework of Whittemore (2005). The construction of the concept "labor pain" reinforced the relevance of proposing a new diagnosis and subjecting it to the analysis by experts. The diagnosis was submitted to ten obstetric nurses and approved regarding the definition, related factors (period of dilatation: latent phase, active phase, transition phase of labor; period of expulsion), defining characteristics and insertion of diagnosis to the Domain 12 - Comfort and to the Class 1 - Physical Comfort; of the 28 defining characteristics submitted to the opinions on the degree of indication for the diagnosis, 9 were very indicative of the diagnosis: evidence observed of uterine contraction to the average of 0.95, change in muscle tone (0.93), change in respiratory rate (0.85), expressive behavior (0.85), facial expression of pain (0.85), observed evidence of pain (0.85), diaphoresis (0.83), verbal or coded report (0.80), and change in heart rate (0.80), being the CVD total calculation equal to 0.73. Another 13 were validated (scores greater than 0.50) and 6 were considered unrepresentative (scores below 0.50). Twenty-two defining characteristics identified in concept analysis were clinically tested in pregnant women in active phase of labor. 49 parturient women were observed during initial active phase (IAP) and 37 in the final active phase (FAP). To analyze the homogeneity among parturient women who used analgesics and those who did not use analgesics and the intervening variables: induction of labor, characteristic of placenta, amniotic fluid, alternative techniques for pain relief, relaxation and decrease fetal and analgesic intervention; and the Fisher's exact test was used to analyze differences in frequencies of occurrence of the defining characteristics between the initial and final active phase of labor. Mann-Whitney test was performed for the relationship of pain intensity scores between the use and non use of the analgesics. The Spearman correlation test was used to analyze the relationship between intrauterine pressure amplitude and pain scores, in the initial and final phases of labor. Six defining characteristics were present in the initial active phase (IAP), and were also the main indicators in the final active phase (FAP), which are: verbal or coded report (IAP and FAP: 100%), observed evidence of uterine contraction (IAP: 98%, FAP: 100%), abnormal muscle tone (IAP: 98%, FAP: 100%), observed evidence of pain (IAP and FAP : 100%), expressive behavior (IAP: 93.9%, FAP: 100%), and facial expression of pain (IAP: 87.8%; FAP: 100%). In both phases were not observed: change in heart rate, change in respiratory rate, change in blood pressure, pupil dilation, except for change in blood pressure and pupil dilation that was present in one parturient for each indicator. The results showed statistically significant differences ($p \leq 0.05$) considering diaphoresis, facial expression of pain,

protective gestures/defensive behavior, antalgic position to avoid pain, distraction behavior, focus on yourself and report of pressure in the perineum, which are predominant in the IAP. Positive linear correlation between the verbal reference (by scores for pain intensity) and amplitude of intrauterine pressure was observed, with higher scores of pain intensity when increasing pressure in mmHg in the initial phase ($r_s = 0.381$; $p = 0.008$) and the initial active phase of parturient women in use of analgesics ($r_s = 0.758$; $p = 0.002$). The study showed the situation of labor pain as a phenomenon peculiar to a physiological event at different periods, with findings that point to a new nursing diagnosis.

Descriptors: Labor pain. Pain measurement. Validation studies. Nursing diagnosis.

RESUMEN

MAZONI, S.R. **Desarrollo y validación del diagnóstico de enfermería dolor de parto**. 2012. 238 h. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

El estudio objetivó analizar si el fenómeno del dolor del parto está retratado en diagnóstico de enfermería *Dolor Agudo* de la taxonomía NANDA-I y proponer y validar el diagnóstico *Dolor de Parto*. Fueron seguidos los preceptos de Hoskins y Fehring (1987) para las fases de análisis de contenido y validación clínica del diagnóstico. En la primera fase fue analizado el concepto de "dolor en la situación de parto" según el referencial teórico de Walker y Avant (2005), con el resumen de los datos analizados por medio de la revisión integradora de la literatura a la estructura metodológica de Whittemore (2005). La construcción del concepto de "dolor en la situación de parto" reforzó la importancia de proponerse un nuevo diagnóstico y someterlo a un análisis por expertos. El diagnóstico construido fue sometido a diez enfermeros obstétricos, siendo aprobado en relación a la definición, factores relacionados (período de dilatación: fase latente, fase activa, fase de transición; período de expulsión), características definidoras y inserción del diagnóstico al Dominio 12 - Confort y a la Clase 1 - Confort Físico; de las 28 características definidoras sometidas a las opiniones acerca del grado de indicación para el diagnóstico, 9 fueron muy indicativas del diagnóstico: evidencia observada de contracción uterina a el promedio ponderado de 0.95, cambio del tono muscular (0,93), cambio de la frecuencia respiratoria (0,85), comportamiento expresivo (0,85), expresión facial de dolor (0,85), evidencia observada de dolor (0,85), diaforesis (0,83), relato verbal o codificado (0,80) y cambio de la frecuencia cardíaca (0,80), siendo el cálculo DCV total igual a 0,73. Las otras 13 fueron validadas (escores superiores a 0,50) y 6 fueron consideradas no representativas (escores inferiores a 0,50). Veinte y dos características definidoras identificadas en el análisis de concepto fueron testadas clínicamente en parturientes en la fase activa del trabajo de parto. 49 parturientes fueron observadas en la fase activa inicial (FAI) y 37 en la fase activa final (FAF). Para analizar la homogeneidad entre las parturientes que usaran analgésicos y las que no usaran analgésicos y las variables que intervienen: inducción de parto, característica de la bolsa, líquido amniótico, técnicas alternativas para el alivio del dolor, relajación y decida fetal, y intervención analgésica; y para el análisis de las diferencias de frecuencias de ocurrencia de características definidoras entre las fases activa inicial y final del trabajo de parto se utilizó el teste exacto de Fisher. El teste de Mann-Whitney fue realizado para la relación de los escores de intensidad del dolor entre el uso y no uso del analgésico. Para analizar la relación entre la amplitud de la presión intrauterina y escores de dolor, en las fases inicial y final del trabajo, se utilizó el test de correlación de Spearman. Seis características definidoras estuvieron presentes en la fase activa inicial (FAI), y fueron también los principales indicadores en la fase activa final (FAF), que son: relato verbal o codificado (FAI y FAF: 100%), evidencia observada de contracción uterina (FAI: 98%; FAF: 100%), cambio del tono muscular (FAI: 98%; FAF: 100%), evidencia observada de dolor (FAI y FAF: 100%), comportamiento expresivo (FAI: 93.9%; FAF: 100%) y expresiones faciales de dolor (FAI: 87,82%; FAF: 100%). En ambas fases no fueron observadas: cambio en la frecuencia cardíaca, cambio en la

frecuencia respiratoria, cambios en la presión sanguínea, dilatación pupilar, a excepción para el cambio de la presión arterial y dilatación pupilar en que hubo la presencia en una parturiente para cada indicador. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) para diaforesis, expresión facial de dolor, gestos protectores/comportamiento de defensa, posición antiálgica para evitar el dolor, comportamiento de distracción, foco en sí mismo y relato de la presión en el perineo, siendo predominantes en la FAF. Se observó correlación lineal positiva entre la referencia verbal (por los escores de intensidad de dolor) y la amplitud de presión intrauterina, con aumento del escore de intensidad de dolor con a la medida que aumenta la presión en mmHg en la fase activa inicial ($r_s = 0,381$; $p = 0,008$) y en la fase activa inicial de parturientes en el uso de analgésicos ($r_s = 0,758$, $p = 0,002$). El estudio mostró el dolor en la situación de parto como un fenómeno peculiar a un evento fisiológico en sus diferentes, con resultados que apuntan para un nuevo diagnóstico de enfermería.

Descriptores: Dolor de parto. Medición del dolor. Estudios de validación. Diagnóstico de enfermería.

APRESENTAÇÃO

O interesse por pesquisar o tema da dor em situação de parto, partiu da prática docente no magistério do ensino superior, desenvolvida nos períodos de 2003 a 2006, na unidade de pré-parto de uma maternidade do interior paulista, ministrando os conteúdos teórico e prático da Disciplina “O Processo de Cuidar na Saúde da Mulher II”.

Essa disciplina tinha por objetivo capacitar o aluno a oferecer assistência sistematizada à gestante no âmbito hospitalar; na prática enfocava-se o reconhecimento dos períodos clínicos do parto, envolvendo o desenvolvimento das etapas do processo de enfermagem, em especial, a do julgamento clínico para identificação diagnóstica, que entre outros, incluía o diagnóstico de dor para parturientes na fase ativa do trabalho de parto, isto é, no período de dilatação em que se observa a presença dos indicadores clínicos referência verbal de dor e contrações uterinas sendo esta, na maioria das vezes, atribuída a causa da dor.

O sistema adotado para o ensino de classificação dos fenômenos apresentados pelas parturientes era o da *North American Nursing Diagnosis Association-International* (NANDA-I). Considerando o fenômeno da dor para a população de referência, o diagnóstico *Dor Aguda*, disponível neste sistema, era o que melhor se adequava aos indicadores clínicos identificados neste período do parto.

Em contrapartida, a definição desse diagnóstico parecia não atender ao fenômeno da dor para a situação do parto, dita como condição natural, ao conter a referida definição que dor aguda advém de “lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão”. Esta definição apresentada para o diagnóstico de *Dor Aguda*, disponível na Classificação da NANDA-I, utiliza a definição da *International Association for Study of Pain* (IASP) de 1994. Em adição, cabe ainda considerar além da natureza da dor de parto, o atributo de “experiência sensorial e emocional desagradável” apresentado na referida definição, dado que ao vislumbre da prática profissional como enfermeira e docente, em situação do parto, nem sempre, o é.

Frente a tais aspectos surgiram as questões: 1- Seria a dor em situação do parto advinda de “lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal

lesão”? 2- A dor em situação de parto apresenta apenas atributos de “experiência sensorial e emocional desagradável”?

Sendo assim, dado o interesse pelas respostas às questões supracitadas tornou-se imperioso conhecer como os diagnósticos são construídos, revisados e aperfeiçoados para atender a demanda de situações clínicas adversas. Para tanto, no ano de 2007, inscrevi-me como aluna especial na Disciplina “Diagnósticos de Enfermagem: tendência e problemas atuais” oferecida pela pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e ministrada pela Profa. Dra. Emilia Campos de Carvalho. Nesta, foi-me oportunizada a possibilidade de exposição das perguntas contidas em forma de projeto de pesquisa, apresentado como proposta de seminário, avaliação final da disciplina.

Meus pensamentos já transcendiam o interesse pela prática assistencial e docente, mas precisava explorar lacunas e contribuir para o conhecimento científico e padronização de uma linguagem que fomentaria a identificação precisa para o fenômeno da dor na especialidade, então mais um passo foi dado, inscrevi-me ao Processo Seletivo para o Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem EE/EERP-USP com a proposta do projeto de pesquisa, sendo a partir da aprovação, matriculada em 20 de maio de 2008.

A pergunta me consumiu, e o caminho pela busca de respostas reforçou-me à compreensão tratar de um fenômeno complexo e subjetivo.

Nas páginas subsequentes constam os resultados dessa trajetória, iniciando-se pela introdução, uma reflexiva da relevância do tema para a enfermagem, do ponto de vista educativo, assistencial e de pesquisa que, em tópicos, descreve a fisiologia da dor, a dor aguda, bem como o fenômeno em situação do parto. Contêm um breve histórico sobre como a assistência obstétrica foi construída e co-existe em seus modelos e como a dor é evidenciada, avaliada e controlada do ponto de vista da atenção e universo do cuidado. Destaca também os diagnósticos de enfermagem do sistema de classificação da NANDA-I quanto a sua estrutura e aplicabilidade, finalizando com os modelos metodológicos para validações de diagnósticos de enfermagem e perguntas que nortearam o desenvolvimento da pesquisa.

O item destinado aos procedimentos metodológicos compõe-se da Validação de Conteúdo, ou seja, das análises realizadas em duas etapas: a primeira contendo a análise de conceito segundo referencial teórico de Walker e Avant (2005) e a

segunda que apresenta a análise da opinião dos especialistas por meio da validação de conteúdo diagnóstico (DCV) considerando Fehring (1986; 1994).

A seguir, estão descritos os passos do percurso traçado para a validação clínica do diagnóstico (CDV) *Dor de parto*, tendo a pesquisa sido desenvolvida segundo o modelo metodológico de Fehring (1986; 1994). Estes modelos de validade de conteúdo e clínica estão incluídos dentre os citados por Hoskins (1989), cujas diretrizes se empregou nesta pesquisa.

Os resultados do presente estudo estão igualmente dispostos em dois grandes pilares: os relativos à análise de conteúdo, inserindo-se os da análise de conceito e opinião de especialista, e aqueles relacionados a validação clínica, desenvolvido no cenário da prática assistencial, junto a parturientes.

Ao final da tese, constam as considerações sobre o estudo e as referências, que se elencam em ordem alfabética conforme as Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) – NBR 6023, findando-se com os apêndices e anexos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência e porcentagem de métodos para operacionalização do fenômeno da dor em situação de parto, Ribeirão Preto/2012	129
Tabela 2 – Perfil dos enfermeiros expertos participantes segundo procedência e experiência profissional, Ribeirão Preto/2012	132
Tabela 3 – Frequência e porcentagem quanto à pertinência dos componentes diagnósticos para a dor aguda e dor de parto segundo opinião dos enfermeiros expertos participantes, Ribeirão Preto/2012.....	135
Tabela 4 – Frequência e porcentagem de fatores relacionados pelos enfermeiros expertos participantes para o diagnóstico de enfermagem dor de parto segundo períodos clínicos do parto, Ribeirão Preto/2012.....	135
Tabela 5 - Frequência e porcentagem da pertinência de domínio para o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto, atribuída pelos enfermeiros expertos participantes, Ribeirão Preto/2012	136
Tabela 6 - Distribuição de médias ponderadas das características definidoras atribuídas pelos enfermeiros expertos participantes para o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto, Ribeirão Preto, 2012	138
Tabela 7 – Perfil sociográfico das participantes segundo etnia, idade, estado conjugal, procedência, ocupação, escolaridade, renda familiar e número de pessoas na família, Ribeirão Preto/2012.....	141
Tabela 8 – Perfil das participantes segundo motivo da procura pelo atendimento, história da queixa atual, hábitos de vida e medicamentos de uso diário, Ribeirão Preto/2012.....	143
Tabela 9 – Perfil das participantes segundo experiências prévias de dores, Ribeirão Preto/2012	145
Tabela 10 – Perfil das participantes segundo antecedentes obstétricos e ginecológicos, Ribeirão Preto/2012.....	147
Tabela 11 – Perfil obstétrico das participantes segundo gestação atual, Ribeirão Preto/2012.....	149
Tabela 12 – Perfil das participantes segundo idade gestacional por amenorréia e ultrassonografia, Ribeirão Preto/2012	150
Tabela 13 – Perfil das participantes segundo altura uterina, aspectos mecânicos e clínicos do trabalho de parto e presença do acompanhante, Ribeirão Preto/2012.....	151
Tabela 14 – Citações dos descritores sensitivos, afetivos, avaliativos e de miscelânea segundo Inventário McGill, Ribeirão Preto/2012	152

Tabela 15 – Evidência observada de dor segundo localização anatômica, Ribeirão Preto, 2012	153
---	------------

Tabela 16 - Perfil obstétrico das participantes segundo apresentação, dilatação cervical, altura de apresentação, indução do trabalho de parto, características da bolsa e líquido amniótico, uso de intervenções não medicamentosas e medicamentosas, Ribeirão Preto/2012.....	155
--	------------

Tabela 17 – Frequência de ocorrência de características definidoras nas fases ativa inicial e final considerando ou não o uso de intervenção medicamentosa do tipo analgésica, Ribeirão Preto/2012.....	159
--	------------

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Diagrama de dispersão entre os escores de dor de parto e amplitude de pressão intra-uterina na fase ativa inicial e fase ativa final, Ribeirão Preto/2012..... 163
- Figura 2** – Diagrama de dispersão entre os escores de dor de parto e amplitude de pressão intra-uterina na fase ativa inicial e fase ativa final sem intervenção analgésica, Ribeirão Preto/2012 164
- Figura 3** – Diagrama de dispersão entre os escores de dor de parto e amplitude de pressão intra-uterina na fase ativa inicial com intervenção analgésica, Ribeirão Preto/2012..... 164

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipos de publicações analisadas para identificação dos antecedentes atributos e consequências , Ribeirão Preto/2009.....	70
Quadro 2 – Tipos de publicações analisadas para a identificação das referências empíricas, Ribeirão Preto/2010	74
Quadro 3 – Expressões que descrevem os antecedentes, atributos e consequências das dores de parto segundo a análise de conceito/Ribeirão Preto, 2012	118
Quadro 4 – Caso modelo e casos adicionais segundo análise de conceito, Ribeirão Preto/2012	126
Quadro 5 – Características definidoras reformuladas para o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto segundo indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda da NANDA-I (2010) e atributos definidores encontrados na análise de conceito, Ribeirão Preto/2012	128
Quadro 6 – Pontuação obtida pelos enfermeiros especialistas participantes do estudo segundo critérios de Fehring (1994), Ribeirão Preto/2012	134

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	26
1.1 Fisiologia da dor	30
1.2 Dor aguda	35
1.3 Dores em situação de parto	37
1.4 Modelos de assistência obstétrica	41
1.4.1 Técnicas de ação não farmacológica para alívio da dor	49
1.4.2 Técnicas de ação farmacológica para alívio da dor	50
1.5 Diagnósticos de enfermagem do Sistema de Classificação da NANDA-I	50
1.6 Modelos metodológicos para validações de diagnósticos de enfermagem	55
 2 OBJETIVOS	 60
 3 PERCURSO METODOLÓGICO	 62
3.1 Fase 1 - Análise de conteúdo	62
3.1.1 Análise de conceito	63
3.1.1.1 Referencial teórico segundo Walker e Avant (2005)	66
3.1.1.2 Procedimentos metodológicos	69
3.1.2 Opinião de enfermeiros especialistas	76
3.1.2.1 Referencial teórico segundo Fehring (1986; 1994)	77
3.1.2.2 Procedimentos metodológicos	79
3.1.2.2.1 População/Amostra/Seleção de especialistas	79
3.1.2.2.2 Instrumento de coleta de dados	80
3.1.2.2.3 Aspectos éticos da pesquisa	82
3.1.2.2.4 Procedimentos de coleta de dados	83
3.1.2.2.5 Análise dos dados	83
3.2 Fase 2 - Validação clínica do diagnóstico	84
3.2.1 Referencial teórico segundo Fehring (1987)	85
3.2.2 Procedimentos metodológicos	86
3.2.2.1 Local de estudo	91
3.2.2.2 População/Amostra/Período da coleta de dados	91
3.2.2.3 Critérios de inclusão	92
3.2.2.4 Critérios de exclusão	93

3.2.2.5 Instrumentos de coletas de dados	95
3.2.2.6 Aspectos éticos da pesquisa	101
3.2.2.7 Procedimentos de coleta de dados	102
3.2.2.8 Análise dos dados	115
3.3 Estrutura de apresentação dos resultados das Fases 1 e 2	116
4 RESULTADOS	119
4.1 Análise de conceito segundo referencial teórico de Walker e Avant (2005)	119
4.2 Opinião dos enfermeiros especialistas	133
4.3 Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto	142
5 DISCUSSÃO	170
6 CONCLUSÕES	185
7 REFERÊNCIAS	189
APÊNDICES	212
ANEXOS	242

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A dor é um fenômeno vivenciado pela maioria das mulheres em seu ciclo reprodutivo. Parte de um processo fisiológico, essa experiência torna-se resultante de respostas neuroendócrinas presentes nos ciclos menstruais, no parto e puerpério acrescidas dos aspectos mecânicos e clínicos presentes na gestação.

Particularmente, o processo de parir representa um estado de estresse fisiológico mediado por uma abrangente resposta neuroendócrina adaptativa (ALMEIDA et al., 2005a) e a dor apresenta-se envolvida nesse mecanismo como resposta complexa, subjetiva e multidimensional (LOWE, 2002). A “*dor de parto*”, assim denominada pelo Descritor em Ciências da Saúde (DeCS), está associada com o trabalho de parto, sendo ela caracterizada por câibras uterinas e sua localização ocorre frequentemente no abdome, períneo e região lombar. Esse descritor apresenta como sinônimos: Dor do Trabalho de Parto, Dores do Trabalho de Parto; Dores do Parto (DeCS, 2008a).

A *International Classification for Nursing Practice* (ICNP®), Versão 2¹, desenvolvida pelo *International Council of Nurses* (ICN)² apresenta quatro termos específicos para a dor nessa situação. Define o termo *Dor de Trabalho de Parto* como sendo a dor com características específicas: “Sensação de dor com aumento de intensidade e frequência, associada a contrações do útero e dilatação cervical que ocorrem durante o parto.”; Dor na 2ª Fase do Trabalho de Parto, como sendo “Dor de Trabalho de Parto: leve a moderado desconforto durante a segunda fase do trabalho de parto ou desconforto constante associado à dilatação cervical completa.” A Dor de Dilatação Cervical é definida também como sendo “Dor de Trabalho de Parto: sensação de dor durante a primeira fase do trabalho de parto. Define-se também a Dor de Falso Trabalho de Parto como “Dor de Trabalho de Parto: sensação de desconforto na gravidez que parece com a contração uterina, mas que não aumenta na força e duração e não dilata o colo do útero” (CIPE, 2001, p.62).

¹ Terminologia internacionalmente padronizada desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) a partir de 1989, em conjunto com pesquisadores de sistemas de classificação em enfermagem reconhecidos pela *American Nurses Association* (ANA). O lançamento da Versão 2.0 ocorreu no 24º Congresso Quadrienal do CIE, Durban, África do Sul. Fonte: <<http://www.icn.ch/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>>.

² Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), fundado em 1899 confedera mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, está representado mundialmente por 13 milhões de enfermeiros. Fonte: <<http://www.icn.ch/>>.

Apesar de a dor de parto não estar inserida no Sistema de Classificação da *North American Nursing Diagnosis Association-International*³ (NANDA-I), mas subentendida no diagnóstico de *Dor Aguda* (NANDA-I, 2010; 2012), na prática clínica, o fenômeno difere-se parcialmente das experiências e conceitos das dores agudas e crônicas no que tange a origem fisiológica e a interpretação pela mulher que vivencia a situação (MAZONI; CARVALHO, 2008). O trabalho de parto é interpretado, percebido e reagido diferentemente (WEBER, 1996), sendo assim, examinar o conceito deste fenômeno para determinar as características e condições que distinguem este de outras situações de dores poderá ser uma contribuição significativa para o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem, em especial para o sistema de classificação em questão, pois este permite ao aluno de enfermagem desenvolver o raciocínio clínico e crítico como ferramenta fundamental para o desenvolvimento de habilidades de julgamento clínico, essencialmente necessária para a prática profissional do enfermeiro que assiste a mulher em seus períodos clínicos de parto.

Podemos dizer que, para o momento, o rótulo diagnóstico da NANDA-I que melhor se adéqua aos indicadores clínicos do fenômeno da dor para a situação do parto ainda é o diagnóstico de enfermagem *Dor Aguda*. Contudo, a nosso ver, a natureza da dor de parto não se adéqua aos aspectos causais do fenômeno para a situação, visto que não se trata de “lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão”, conceito este, que consta como parte da definição apresentada para o rótulo diagnóstico *Dor Aguda* disponível no NANDA-I e que utiliza a definição da *International Association for Study of Pain* (IASP)⁴ de 1994 citada por Merskey e Bogduk (1994).

Considerando a dor como aguda, dispõe-se na referente publicação da NANDA-I (2010, p. 375) e NANDA-I (2012, p.478), a seguinte definição:

Experiência sensorial e emocional desagradável que surge da lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início subitito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.

³ Criada em 1973 por ocasião da “Primeira Conferência Nacional de Classificação do Diagnóstico de Enfermagem”, St Louis, EUA, foi realizada por comunidade científica norte-americana com propostas de criar e padronizar um sistema de classificação para diagnósticos de enfermagem. Fonte: <<http://www.nanda.org/>>.

⁴ Fundada em 1973, a IASP é o principal fórum profissional para a ciência, prática e educação no campo da dor. Fonte: <www.iasp-pain.org>.

Como características definidoras para esse evento consideram-se:

Relato verbal; evidência observada; posição antálgica; gestos protetores; comportamento de defesa; expressão facial; distúrbio do sono (olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta); foco em si próprio; foco estreitado; comportamento de distração; diaforese; alterações de pressão sanguínea; mudança na frequência respiratória; mudanças na frequência cardíaca; dilatação pupilar; comportamento expressivo; mudanças no apetite e na alimentação (NANDA-I, 2012, p. 478)⁵

Os fatores relacionados para o Diagnóstico de Dor Aguda (NANDA-I, 2012; p. 478) estão fundamentados nos agentes de lesão (exemplos: biológicos, físicos, químicos, psicológicos).

Para McCool, Smith e Aberg (2004) a função de dor não está simplesmente acompanhada de um dano tecidual como agente causal, mas pode ser atribuída por outras modalidades sensoriais de causas, como até mesmo apresentar-se como um sinal de alerta do organismo para a iminência de um dano.

O *The Nursing Diagnosis Handbook*⁶ considera o diagnóstico “Dor Aguda” para a situação de trabalho de parto, com resolução de parto normal e o associa à presença de contrações uterinas, estiramento do cervix e do canal vaginal (ACKELEY; LADWIG, 2008). Maul (2007) refere que os fenômenos de dores relacionados ao primeiro coito e parto apresentam uma mensagem essencialmente emocional e nos estudos prévios que exploraram a sexualidade e reprodução, do ponto de vista evolucionário, pouco se aborda essas modalidades de dores; o mesmo autor acrescenta que essa escassez pode ter contribuído para a explicação da presença do aspecto paradoxal existente entre o processo fisiológico do parto e a dor aguda.

Podemos inicialmente supor que, existe um aspecto paradoxal deste processo fisiológico com a dor aguda. Lowe (2002) descreve que a dor de parto “é um fenômeno embutido na própria natureza da existência humana e as relações entre todos nós. Ao contrário de outras experiências de dor aguda e crônica, a dor no trabalho de parto não está associada com patologia, mas com o mais básico e

⁵ Alteração do tônus muscular é uma característica definidora não constante a partir das edições NANDA-I, 2010 e 2012 para o diagnóstico 00132 – Dor Aguda, embora não apresente revisão do diagnóstico ou demais considerações impressas para a exclusão.

⁶ Livro-texto que apresenta sugestões de planos de cuidado baseado em evidências para diferentes diagnósticos de enfermagem, publicado por Ackeley e Ladwing, texto extraído da 8ª edição. St. Louis, Missouri, editado por Mosby Elsevier em 2008.

fundamental, a experiência de vida – trazer à luz uma nova vida“ (LOWE, 2002, p. S16).

Waldenström e Irestedt (2006), encontraram que experiências traumáticas de dor no nascimento podem afetar o bem estar emocional e as expectativas de reproduções futuras.

O medo e a ansiedade também se classificam como outros dois diagnósticos distintos que podem influenciar a percepção da dor, embora o medo da dor no trabalho de parto e no parto estejam expressos em muitos discursos; a mulher vivencia uma variedade de medos relacionados ao período gravídico-puerperal e que podem potencializar-se no trabalho de parto em virtude da dor. A mulher experimenta a dor de parto diferentemente, com muitos fatores que contribuem para sua total percepção de dor (TROUT, 2005).

Atributos descritos na definição do diagnóstico “dor aguda”, contido na NANDA-I também podem ser limitados para a experiência do fenômeno nessa situação, pois o conceito de dor de parto transcende sua natureza e recebe diferentes significados, por se tratar de uma experiência complexa, subjetiva e multidimensional (LOWE, 2002) e que assim poderia variar em sua experiência sensorial e emocional, de experiência desagradável à prazerosa.

Finalmente, impôs-se a questão “Estaria o fenômeno da dor em situação de parto inserido na definição do diagnóstico de *Dor Aguda* da taxonomia da NANDA-I? E emanou-se a hipótese de que a definição do Diagnóstico Dor Aguda da NANDA-I, não contempla a dor em situações de parto, em especial no que se refere à origem, isto é, o que antecede tal fenômeno. Em síntese e para melhor expor o problema e assim delimitá-lo, o estudo apresenta a seguir uma descrição breve, da fisiologia da dor, a dor aguda, as dores na situação do parto, os modelos de assistência obstétrica e das técnicas não farmacológicas e farmacológicas para o alívio da dor.

Ainda para a compreensão da inserção do tema à prática profissional aponta um relato para os diagnósticos de enfermagem do sistema de classificação NANDA-I quanto a sua estrutura e aplicabilidade, bem como os modelos para validação de diagnósticos de enfermagem e que fundamentarão a proposta do desenvolvimento deste estudo. No que diz respeito a estudos já realizados nesse sentido, levantamento nas Bases de Dados CINAHAL, LILACS, IBECs, MEDLINE e Biblioteca *Cochrane* com acesso até 26 de abril de 2012, utilizando os descritores controlados *labor pain* e *clinical validation*, mostrou a escassez de estudos de

validação clínica sobre dor para esta proposta de diagnóstico de enfermagem. O presente estudo encontra concordância com a proposta de se criar o diagnóstico de enfermagem “Dor de parto” estudo este apresentado e publicado em forma de resumo em *proceedings* na 12ª Conferência da *North American Nursing Diagnosis Association*, realizada em 1997 (DIAS; COLER; GARCIA, 1997).

1.1 Fisiologia da dor

Historicamente a dor era entendida como punição sobre uma conduta moral ou pensamento. Teorias referentes à sensação de dor identificando o sistema nervoso e cérebro como pontos-chaves para a percepção de dor avançaram-se somente durante o período Greco-Romano. No século XVII, Descartes⁷ apresentou uma definição de dor como evento fisiológico, conceituando que a sensação deriva-se da aplicação de calor a uma parte distal do corpo em direção ao cérebro e este seria o caminho da dor, pensamento este que fomentou o conceito fisiológico de dor e sua aplicabilidade atual (SILVA; SILVA; BARBOSA, 2006).

Em adição pode-se afirmar que manifestações fisiológicas e psicológicas caminham juntamente para a resposta à experiência de dor, sendo assim a experiência sofre influências de experiências prévias do fenômeno, da personalidade, de fatores étnicos, culturais e sociais, tornando a sensação subjetiva e modulada por múltiplos fatores (TROUT, 2005; McCOOL; SMITH; ABERG, 2004; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998) A dor apresenta funções variáveis e em sua maioria é classificada a partir de um sinal de lesão ou doença. Por outro lado, Melzack (2001) exemplifica a dor de dente como um provável sinal de cárie, mas que outras dores podem ser sinais de inflamação e que, entretanto, esse fenômeno transcende condições físicas para sua existência. Um importante exemplo é a dor de um membro fantasma, em que o indivíduo que tem o seu membro amputado refere a sensação dolorosa no mesmo, acrescida da dor do coto e de seus movimentos involuntários (BRIGGS, 2010; MELZACK, 2001; NIKOLAJSEN; JENSON; 2006).

⁷ René Descartes, francês, filósofo, físico e matemático (1596 – 1650); é considerado o pai da filosofia moderna. Fonte: <pt.wikipedia.org/wiki/René_Descartes>.

Florence Nightingale⁸ em 1859 já concebia que “*o doente sofre do excesso de dores mentais assim como de dores corporais...*” (NIGHTINGALE, 1992). Igualmente, a dor física pode ser induzida pelas dores mentais, assim como ansiedade, depressão, medo, raiva e culpa (KANJI, 2000). Mahon (1994) conceitua que os antecedentes da dor, isto é, os fatores que devem ocorrer para a experiência pessoal de dor são caracterizados como um estímulo ou dano de natureza física ou mental. Assim o estímulo físico é interpretado por sistemas sensoriais ou neurais presentes no corpo humano. Os estímulos mentais são os tipos de interação com outros ou uma percepção pessoal e o dano que é feito pode ser em um tecido real ou na função do ego.

Na década de 1950, Melzack e Wall (1965) propuseram uma teoria de dor, descrevendo caminhos específicos que resultam na percepção e resposta a ela. Este conceito denominou-se como “teoria de regulação-controle”⁹, com enfoque à fisiologia da dor; afirmam os autores que no corno posterior da medula espinal existe um mecanismo neural que age semelhante a um portal que controla o fluxo de impulsos nervosos e somente certa quantidade de estímulos pode passar por essa entrada. Impulsos adicionais de dores são bloqueados por esse mecanismo quando o máximo de densidade de impulsos é alcançado. Dessa forma, essa teoria mostra que a dor está modulada simultaneamente por múltiplas influências.

Quatro estágios envolvem a produção da reação de dor e compõem a dor nociceptiva, fenômeno este que advém de um processo que se inicia por estímulo doloroso, dano tecidual, transmissão de um impulso elétrico de um nervo à medula espinal e cérebro, consciência de dor ou alterações dos sinais de dor (BRIGGS, 2010; BASS, 2010; McCAFFERY; PASERO, 1999). Mais especificamente, estes estágios são definidos como: 1- transdução, 2- transmissão, 3- percepção, 4- modulação (BRIGGS, 2010; BASS, 2010; McCOOL; SMITH; ABERG, 2004; McCAFFERY, PASERO, 1999).

A transdução é caracterizada por um estímulo nociceptivo convertido por um sinal elétrico às células nervosas. As células podem se danificar por extremos de temperatura, laceração, substâncias químicas, inflamação, desidratação, edema

8 Enfermeira pioneira no desenvolvimento da enfermagem moderna, descreveu o Modelo Ambiental em *Notes on nursing: what it is and is not*. Comemorativo (ed). Philadelphia: Lippincot Company, 1859.

9 Gate-Control Theory, teoria clássica proposta e publicada por Melzack e Hall em 1965, para explicar o mecanismo de dor.

local e cisalhamento e estes danos provocarão a liberação de substâncias como prostaglandinas, bradicininas, histaminas e serotoninas que se tornam responsáveis por sensibilizar as terminações. As terminações nervosas livres (nociceptores) buscam as informações químicas, mecânicas e térmicas e convertem-nas em sinal elétrico transmitindo-o à medula espinal (BRIGGS, 2010; HELMS; BARONE, 2008; McCOOL; SMITH; ABERG, 2004).

Durante o estágio de transmissão, sinais elétricos são retransmitidos ao longo das fibras A Delta e C do nervo periférico. As fibras A Delta são maiores, mielinizadas e emitem pressão e calor, com mensagem nervosa que atravessa com maior rapidez. São em menor número e causam a sensação de calor, provocando a dor localizada, afiada e cortante com finalidade de sinal de alerta para um dano. As Fibras C são amielinizadas, atuam mais lentamente provocando a dor difusa, maçante, latejante. A dor é enviada ao cérebro por este caminho, mas também sofre a ação de substâncias químicas produzidas nos tecidos, seguida à lesão, esta ativa a Fibra C e a parte central do sistema nervoso e alteram-se do ponto de vista sináptico dependendo do estímulo doloroso (BASS, 2010; BRIGGS, 2010; WOOD, 2011; URCH, 2007; McCOOL; SMITH; ABERG, 2004).

A percepção de dor caracteriza-se pelo estágio de consciência; trata-se da resposta autônoma do córtex somatossensorial que ajuda a localizar e interpretar a dor; neste momento, componentes excitatórios, motivacionais, comportamentais e emocionais são controladas e ativam o sistema límbico e reticular contribuindo para a interpretação (BRIGGS, 2010; MELZACK; WALL, 1965; McCOOL; SMITH; ABERG, 2004). É provável que as experiências de dores ao longo da vida constituem partes fundamentais da memória fisiológica e emocional contribuindo para a expressão individual de qualquer experiência de dor (BRIGGS, 2010; McCOOL; SMITH; ABERG, 2004; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

Por fim, o estágio da modulação de dor, em que o corpo humano formaliza a experiência finalizando a nocicepção; neste período, mecanismos agem de forma a diminuir e aumentar os impulsos de dor, isto é, o organismo produz e libera opióides endógenos - endorfinas, encefalinas e dinorfinas que inibem os estímulos nocivos. Agem como um mecanismo de controle, amplificando e reduzindo mensagens que chegam ao cérebro. Distração e atenção podem amortecer sinais e percepção de dores (BASS, 2010; BRIGGS, 2010; McCOOL; SMITH; ABERG, 2004).

Já no que se refere à dor neuropática, esta se difere da dor nociceptiva, dada à caracterização de uma lesão com destruição das fibras nervosas. Todo processo de dor nociceptiva ocorre, entretanto, a dor potencializa-se por todos os sinais de inflamação. Os nervos danificados sofrem tentativas de regeneração, mas apresentam propriedades instáveis, absorvendo elevadas quantidades de substâncias químicas e refazem o transporte às células ganglionares e medula espinal, desencadeando sensibilidades de estímulos exacerbados. Tal característica torna-se o diferencial de dores agudas de dores crônicas (BASS, 2010; HELMS; BARONE, 2008; McCOOL; SMITH; ABERG, 2004).

A dor aguda tem a finalidade de sinalizar a ocorrência de um dano ou doença e está normalmente confinada à área afetada, limitando-se ao longo do tempo, fornece estímulo à parte simpática do sistema nervoso, incluindo a dor somática e visceral. A dor crônica é prolongada persistindo-se à decorrência dos padrões de tempo, ainda é complexa em sua compreensão e são definidas como variações de um mesmo fenômeno estando rotuladas à dor neuropática. Neste caso, não ocorre a modulação e estímulos exacerbados são característicos para este tipo de dor, mas com adaptação da parte simpática do sistema nervoso à persistência do fenômeno (HELMS; BARONE, 2008; McCOOL; SMITH; ABERG 2004).

Epidemiologicamente as dores afetam pelo menos 30% dos indivíduos durante algum momento da sua vida e, em 10 a 40% deles, tem duração superior a um dia. Constitui a causa principal de sofrimento, incapacitação para o trabalho e ocasiona graves consequências psicossociais e econômicas. Em se tratando da dor no parto, esta quase universal, atinge 95% dos trabalhos de parto e está relacionada a múltiplos fatores, dos quais estudaremos adiante (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR, 2007). A dor, de forma geral, ainda representa inquietações no cotidiano e embora já disponhamos de uma série de recursos terapêuticos, a ciência sempre procura esclarecer razões que justifiquem sua ocorrência e o aprimoramento e inovações destinadas ao controle do referido sintoma.

Em se tratando de conceito, para a IASP (IASP, 1994), dor é definida como “experiência sensorial e emocional desagradável associada com os danos reais ou potenciais do tecido ou descrita nos termos de tais danos” (MERSKEY; BOGDUK,

1994, p. 241). Assim, esse editorial¹⁰ dispõe que o comitê atual concordou com as definições precedentes e enfatiza que prefere “um vocabulário padrão mínimo para membros de diferentes disciplinas que trabalham no campo da dor”, mas este acrescenta que com exceção da dor própria, que os termos são definidos primeiramente com relação à pele e os sentidos especiais estão excluídos, bem como, que os termos foram desenvolvidos para melhor uso na prática clínica do que para sua utilização em trabalho experimental, fisiologia, ou para finalidades anatômicas. A definição básica de dor foi mantida pelo *The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology* (LOESER; TREEDE, 2008).

Para Cruz (1998), a dor é um fenômeno que envolve respostas em todas as dimensões da vida podendo ser aceita como diagnóstico de enfermagem pela *North American Nursing Diagnosis Association-International* (NANDA-I), contudo, uma vez que a concepção de dor trata de um núcleo envolto por outros diagnósticos de enfermagem, caracterizando-na como síndrome, tal complexidade fortalece a proposição de que alguns elementos possam ser utilizados como atributos do conceito de síndrome na classificação dos diagnósticos de enfermagem.

Analisar o conceito de dor pode ser um raciocínio abrangente e complexo, que se diferencia caso a caso. Mahon (1994), em análise de conceito sobre dor justificou que “se um aspecto da experiência de dor não é avaliado/estimado, provavelmente intervenções não serão dirigidas para aquele aspecto particular da experiência”. Conhecer os antecedentes, atributos e consequências são caminhos para intervenções eficazes, aparatos e discussões para a prática clínica, de educação em enfermagem, propostas de pesquisas e relevância para os diagnósticos de enfermagem.

Entretanto, o fenômeno da dor é descrito por meio de um conceito analítico e requer referencial teórico multivariado para o desenvolvimento e implementações de conceitos. Para Mahon (1994), a revisão não deve limitar-se aos estudos médicos e de enfermagem, ela também deve ser embutida de definições provenientes da literatura clássica, poética e da ficção moderna.

Nesse sentido, este fenômeno é frequentemente descrito em termos de seus componentes fisiológicos e especialmente definido em termos de irritação das

¹⁰ IASP, 1994; Fonte: <<http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home>>. Acesso em: 27 mar. 2007

terminações nervosas por estímulos noxiais. Entretanto, uma variedade de pesquisadores procura descrever a dor por meio da utilização de adjetivos e a maioria desses carrega a conotação de que a experiência de dor limita-se à componentes de sensações desagradáveis.

1.2 Dor aguda

Quando se trata da definição de dor aguda do ponto de vista fisiológico, verifica-se a conotação relacionada à classe dos fatos naturais de que a dor aguda apresenta uma finalidade biológica sobre o organismo humano e de que esta sinaliza a ocorrência de um dano.

Helms e Barone (2008) descrevem a definição de dor aguda de que a mesma tem uma “finalidade biológica, fornecendo um aviso de que a doença ou lesão ocorreu”. Normalmente está circunscrita à área afetada limitando-se a um tempo e dela se resultam outras respostas de estresse fisiológico caracterizados pelas alterações da frequência cardíaca e da frequência respiratória, sudorese, pupilas dilatadas, agitação e de apreensão. Dois tipos de dores agudas são encontrados e são eles a dor somática e visceral. A dor somática é superficial e envolve os tecidos da pele e subcutâneo, a visceral se origina em órgãos internos e se originam nos forros das cavidades corporais, sendo a dor referida distante do local de estímulo, o segmento espinal.

Meyr e Steinberg (2008) citam que a dor aguda muitas vezes apresenta-se como sendo “uma resposta fisiológica perfeitamente normal a alguma forma de estímulo nocivo” e é definida como uma reação saudável, pois permite ao organismo reconhecer que alguma forma de homeostase foi rompida, por outro lado, estes são caminhos de dor conhecidos, mas grosseiramente entendidos no que tange a sua especificidade em tratar determinados tipos de dores, dado ao ponto de ataque que é o tipo de estímulo que ocorre na transdução dos nociceptores periféricos. Para tanto, existem três pontos de ataque cruciais na transdução de nociceptores periféricos e são eles, o de estimulação mecânica, termal e química que respondem de forma diferente. Estímulos mecânicos ativarão receptores mecânicos e não termal, pois estímulos mecânicos responderão à estimulação física, termal à

ativação térmica por estímulos de calor e frio e a química pela ativação de receptores de membrana.

Os fatores relacionados para o diagnóstico Dor Aguda, disponível na publicação da NANDA-I (2010; 2012), estão fundamentados nos agentes de lesão (exemplos: biológicos, físicos, químicos, psicológicos).

Meyr e Steinberg (2008) pontuam que considerar dano tecidual para qualquer célula ou tipo de tecido, como células da pele, tecido subcutâneo, músculos, ossos pode ser um equívoco, pois embora essas células liberem diferentes concentrações e combinações de íons e citocinas quando danificadas, isto se trata de ativação química, portanto não associada com lesão desses tecidos.

Ressalte-se aqui, a necessidade de repensar sobre novos conceitos de dores que envolvam a multidimensionalidade de sua natureza e no que se refere à dor de parto; ao inseri-la no conceito geral de dor aguda descrito pela IASP em 1994 citado por Merskey e Bogduk (1994) e utilizada pela NANDA-I (2012) como definição diagnóstica, poder-se-ia negligenciar o antecedente fisiológico que representa o fenômeno nessa condição, visto que a definição do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda restringe-se a natureza da dor advinda de lesão tissular, seja esta real, potencial ou descrita.

Considerando a definição do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda (NANDA-I, 2012) para todas as situações do fenômeno da dor à definição supracitada, poderia também se assemelhar a uma armadilha na linguagem visto que o termo “*lesão*” refere-se aos “danos ou a ferida do trauma”, cujo “*dano*” é caracterizado por “ferimento ou dano à pessoa, à propriedade, ou à reputação, uma perda infligida do valor, detrimento; mágoa ou dor; malícia.” Já o termo “*ferida*” apresenta como significados “mágoa, dor ou um ferimento causado pela violência; especificamente, uma ruptura da pele ou carne de um animal, ou na substância de alguma criatura ou coisa viva” e, finalmente, trauma reassume o significado de “*lesão*”. (CENTRE FOR CANCER EDUCATION, 2007).

Semelhantemente, o DeCS apresenta o termo “*lesão*” como “*feridas e lesões*” e define tal denominação como “danos infligidos no corpo como resultado direto ou indireto de uma força externa, com ou sem rompimento da continuidade estrutural” (DeCS, 2008b). Para Blanes (2004) uma ferida representa-se pela interrupção da continuidade de um tecido corpóreo e aponta como agentes causais o trauma físico, químico, mecânico ou a afecção clínica.

Finalmente, ao examinar um conceito para determinar suas características e as condições que diferenciam as características de um fenômeno em outras situações pode elucidar a compreensão de fenômenos e potencialmente favorecer a construção de um corpo de conhecimento multidisciplinar, em especial para a padronização da linguagem na enfermagem, fomentando tratamentos alternativos com ações eficazes sobre a dor em sua especialidade. Para melhor entender o objeto de estudo da presente pesquisa, o tópico a seguir apresenta descrições do fenômeno da dor em situação do parto.

1.3 Dores em situação de parto

De modo peculiar, fisiológico, a dor durante o trabalho de parto e nascimento está associada ao desenvolvimento de contrações dolorosas, rítmicas e de duração proporcional à contração do útero. O período caracterizado como pré-parto desenvolve-se a partir da adaptação do pólo proximal do feto ao estreito superior da bacia obstétrica, concomitante ocorrem o estiramento das articulações da pelve com consequente aumento de dores lombares. “... inicia-se a percepção, por vezes dolorosa, das metrossístoles intermitentes do útero, com espaços que vão se amiudando e contrações que se vão intensificando, a prenunciarem a deflagração do parto” (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2006, p.182).

Para Melzack (1984); McDonald (2001); Davim, Torres e Melo (2007) a dor associada ao trabalho de parto é sempre descrita como uma das experiências dolorosas mais intensas possíveis. Para tanto, envolve mecanismos fisiológicos que se portam diferentemente durante o trabalho de parto.

As dores na situação do parto tendem a iniciar no período denominado como fase de latência, por alguns autores também chamada de falso trabalho de parto, em que contrações ocorrem de forma irregular, são curtas em sua frequência e caracterizadas como fracas em sua intensidade (CIPE, 2011; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; DAVIM; TORRES; MELO, 2007).

Durante o trabalho de parto, impulsos nociceptores são transmitidos pelas fibras aferentes por meio da medula espinal à coluna vertebral. No primeiro estágio do trabalho de parto, a dor visceral predomina com o avanço da dilatação do colo.

Primeiramente, os nervos que medeiam a dor visceral surgem da divisão autônoma do sistema nervoso e a intensidade de dor é observada à medida que aumenta a progressão do trabalho de parto (BONICA, 1979; LOWE, 2002). O primeiro estágio, também é denominado como período de dilatação, e neste, a dor visceral surge das contrações uterinas e dilatação do cérvix transmitida pelas fibras aferentes da parte simpática do sistema nervoso. A dor é transmitida para a medula espinal ao nível da 10ª vértebra torácica (T10) e 1ª vértebra lombar (L1) pelas fibras A Delta e C viscerais aferentes, evidenciando-se o fenômeno doloroso nas paredes laterais e no fundo uterino. Já a transmissão seguinte que ocorre do útero e do cérvix para a medula espinal é feita por meio dos plexos hipogástricos e aórticos. Impulsos aferentes nociceptivos atravessam da cadeia simpática lombar à torácica por ramos comunicantes com os nervos presentes em L1 e T10. Na sequência, fibras conduzem o estímulo de dor e promovem a sinapse com interneurônios presentes na coluna vertebral, retornando-se após o estágio de modulação (FERNANDES; ANDRADE, 2009; DAVIM; TORRES; MELO, 2007; LOWE, 2002).

Em se tratando do segundo estágio, também denominado como período de expulsão, a dor torna-se somática transmitida via Nervo Pudendo nas alturas das vértebras sacrais S2, S3 e S4 e provoca a distensão do fórnice da vagina, assoalho pélvico e períneo (FLORENCE; PALMER, 2003; LOWE, 2002), isto é, no que se refere à propriedade somática da dor, está tende a ocorrer com o progresso pélvico descendente que neste momento, promove pressão no períneo exercida pela altura de apresentação fetal ao nível da pelve provocando estiramento de fáscias e tecidos subcutâneos do canal do parto. Neste período a mulher tende a relatar pressão no assoalho pélvico, desencadeada pela distensão no mesmo (FERNANDES; ANDRADE, 2009; DAVIM; TORRES; MELO, 2007; LOWE, 2002).

Para Lowe (2002), a origem e transmissão da dor estão associadas aos estímulos nociceptores percebidos pela parturiente e denominados como dor. O aumento da intensidade de dor comumente observado com a progressão da dilatação pode ser parcialmente atribuído à ativação de receptores mecânicos presentes no miométrio e aos estímulos químicos das repetidas contrações do útero.

O trabalho de parto é caracterizado por “contração uterina repetitiva durante o parto, associada com a dilatação progressiva do colo do útero”. Um trabalho de parto bem sucedido resulta na expulsão do feto e placenta. O trabalho de parto pode ser espontâneo ou induzido (DeCS, 2010).

Os hormônios exercem ações importantes no trabalho de parto e, por conseguinte sobre a dor. Literaturas também descrevem a natureza do fenômeno dor de parto com enfoques de que a mesma resulta da pressão da contratilidade do útero desencadeada pela liberação de ocitocina. a natureza da contração segue-se imprescindível para o processo de expulsão (ODENT¹¹, 1982; 1983, 1995). Cita que a ocitocina é o hormônio central em todos os aspectos do comportamento reprodutivo, pois exerce atuação sobre a relação sexual, dilatação cervical, expulsão e lactação. O mesmo autor assegura que as contrações uterinas contribuem para a manutenção da gestação, estimulam o aporte sanguíneo placentário, a pressão do feto sobre o cérvix desencadeado pela própria contração, a distensão do assoalho pélvico e vagina presentes no segundo estágio, bem como auxilia na manutenção do tono uterino no 3º estágio do parto (ODENT, 1983, 1995; ROBERTSON, 2004).

As endorfinas endógenas também são conhecidas nesse processo e agem como analgésico natural e à medida que são liberadas entre as contrações pelo organismo materno, promovem sensação de bem estar, sentimentos de satisfação, autoestima e segurança e oferecem efeito amnésico sobre a memória de dor, minimizando as experiências sensoriais e emocionais desagradáveis que envolvem o fenômeno da dor nessa condição (ODENT, 1983, 1995; ROBERTSON, 2004).

A adrenalina age como um competidor à liberação de ocitocina e endorfinas, dada a liberação dessa substância como resposta automática desencadeada por múltiplos fatores, entre eles o medo, ansiedade, experiências prévias de dores e demais fatores estressantes e subjacentes (ODENT, 1983, 1995; ROBERTSON, 2004).

Fridh e Gatton-Johansson (1990) concluíram após estudo realizado com 50 primíparas e 88 multíparas, que mulheres grávidas com até 32 semanas de gestação não apresentaram expectativa realista de dor de parto e desconforto real, ou seja, elas experienciaram mais dor do que esperavam sentir e houve tendência para multíparas que experienciaram mais dor, relatá-la com maior intensidade nos estágios I e II do parto.

¹¹ Michel Odent foi responsável pela maternidade no Hospital Publico de Pithiviers (França) entre 1962 e 1985 e é fundador do Centro de Investigação "Primal Health Research Centre" em Londres. Nos anos 70 introduziu os conceitos de quartos com condições semelhantes a um ambiente familiar e banheiras nas maternidades. É autor do primeiro artigo científico na literatura de medicina sobre o uso de piscinas nos partos (Lancet 1983), e do primeiro artigo científico sobre a iniciação da amamentação à primeira hora e do primeiro artigo científico sobre a aplicação da teoria de 'Gate-Control Theory of Pain' na obstetrícia. Fonte: <en.wikipedia.org/wiki/Michel_Odent> . .

Ainda, em se tratando da dor como experiência sensorial e subjetiva, uma pesquisa realizada com 29 mulheres, sendo 14 primíparas e 15 múltiparas, mostrou que a experiência prévia de dor não relacionada ao nascimento foi associada ao baixo nível de dor durante o trabalho de parto, assim mulheres que relataram ter apresentado antecedentes de dismenorreia, cefaleias e dores inespecíficas tiveram significativamente níveis mais baixos de dores durante o primeiro estágio do trabalho de parto quando comparadas às mulheres sem experiência prévia dessas dores (NIVEN; GIJSBERS, 1984).

O medo e a ansiedade podem ser classificados como outros dois diagnósticos distintos, embora o medo da dor no trabalho de parto e no parto estejam expressos em muitos discursos, a mulher vivencia uma variedade de medos relacionados ao período gravídico-puerperal e que podem potencializar-se no trabalho de parto em virtude da dor. A mulher experimenta a dor de parto diferentemente, com muitos fatores que contribuem para sua total percepção de dor (TROUT, 2005).

Apesar de a duração da dor de parto permitir à prática clínica a classificação diagnóstica de dor aguda, por se tratar de dor com duração menor que seis meses, ao partir da premissa que antecede a mesma, isto é, de que o fenômeno da dor na situação do parto, pertença à classe dos fatos naturais, como parte da literatura que assim o define, cabe-se classificar a dor de parto com tal conotação nos sistemas de classificação, no sentido de aprimorarem-se os diagnósticos de dores em sua especificidade. Reforça-se que a epidemiologia da dor de parto é elevada.

Segundo Lowe (2002), a dor apresenta componentes sensoriais e emocionais, ou seja, do ponto de vista da experiência sensorial, a dor é interpretada em nível individual por meio da construção pessoal que envolve variáveis cognitivas, culturais, sociais e emocionais.

Particularmente, considerar e explorar a validade conceitual da dor no trabalho de parto e sua multidimensionalidade de aspectos nessa abordagem possibilita oferecer intervenções de alívio, principalmente não farmacológicas, mas capazes de agir como competidores de impulso na parte central do sistema nervoso e estimulantes de endorfinas endógenas que previnem estímulos dolorosos (FLORENCE; PALMER, 2003).

Embora para a especialidade da obstetrícia caiba a reflexão crítica de um novo conceito de dor para a situação do parto, devemos considerar que o conceito geral de dor aguda segue modelos de estudos tradicionais e não cabe aqui,

desvencilhar o embasamento da definição construído a partir das literaturas médicas e de enfermagem de seus contextos históricos, já que assim o fenômeno da dor também permite a abordagem de uma análise multivariada. Por isso a importância das análises de conceito, que além de desenvolver, possibilita o refinamento daqueles para que se adéque a situações específicas

Por conseguinte, o presente estudo mostra um percurso histórico-estrutural dos modelos de assistência obstétrica, em especial, sobre a assistência obstétrica no Brasil e das técnicas preconizadas por esta, para a analgesia e controle da dor no trabalho de parto.

1.4 Modelos de assistência obstétrica

Historicamente, em se tratando do trabalho de parto como o processo determinante para o nascimento, estes se constituíam em um evento natural atribuído à prática privativa de mulheres. Assim, o nascimento inseria-se na ordem moral do universo e o parto era assistido sem maiores interferências (MAZONI; CARVALHO 2008; MOURA et al., 2007; BRENES, 1991). O foco restrito a concepção, o determinava como a “crise pela qual as mulheres tinham que passar”. (ARNEY, 1982). Concomitante, a dor como resultado desse processo apresenta ‘peso histórico’, isto é, o significado de submeter-se ao sofrimento foi reforçado na Era Cristã¹² (CHAZAN, 2004; CECHIN, 2002) baseado nas Escrituras Bíblicas¹³ apresentadas em Gênese (3:16)¹⁴:

“E à mulher disse: multiplicarei grandemente a tua dor e a tua conceição; com dor terás filhos; e o teu desejo será para o teu marido e ele te dominará” (BÍBLIA SAGRADA, 1997, p. 3).

¹² Anno Domini, do latim, "ano do Senhor", também apresentado na sua forma abreviada como A.D. é uma expressão utilizada para marcar os anos seguintes ao ano 1 do calendário ocidental. Em português, é usual utilizar a abreviatura "d.C." - ou seja, "depois de Cristo" para o mesmo efeito. Fonte: <pt.wikipedia.org/wiki/Anno_Domini>.

¹³ A Bíblia Sagrada. Tradução de João Ferreira de Almeida. Niterói: Liga Bíblica Brasileira, 1997. 229p.

¹⁴ Primeiro livro da Bíblia Hebraica e Cristã, palavra que advém do grego Γένεσις, "nascimento", "origem". Narra uma visão mitológica desde a criação do mundo na perspectiva cristã, genealogias dos patriarcas bíblicos. Fonte: A Bíblia Sagrada. Tradução de João Ferreira de Almeida. Niterói: Liga Bíblica Brasileira, 1997. 229p.

A dor de parto sempre esteve atrelada à condição de sofrimento feminino, e a apropriação deste corpo ao domínio do universo masculino. Faz-se assim, o parto em seu contexto, objeto de interesse de homens no controle social por meio da medicina. No século XVI foram iniciadas, na França, aulas para parteiras com a cooperação de médicos que assim, passaram a observar e participar, gradativamente desse processo, até então íntimo de mulheres. Subsequente a essa realidade, o conceito do corpo como máquina valorizado no século XVII, reforça a tendência e transfere a este a concepção racionalista e científica do nascimento. Dentro do paradigma “corpo-máquina”, o parto passa a ser compreendido como processo mecânico, contínuo e sobre o qual se pode interferir e dessa forma classificá-lo como anormal (ARNEY, 1982).

Segundo Foucault (1980) e Vieira (2002), a medicina apresentou-se propriamente como ciência ao final do século XVIII, pois até então era abrangente a diversidade de tratamentos e essa nova estrutura consiste em um novo enfoque sobre “os corpos e seu funcionamento”, bem como sobre o processo saúde-doença. Pontua-se o momento em que se “rompe com a concepção de natureza da visão renascentista”, e “a matéria de ordem natural” torna-se “passível de exploração pelo conhecimento científico”.

No século XVIII, o Iluminismo expande-se pela Europa sendo a ciência ainda mais valorizada e assim:

“a noção de gravidez e parto como patologia, associada a valorização das práticas científicas relacionadas ao corpo abrem o caminho para a apropriação deste campo pela medicina” (CHAZAN, 2004, p. 5).

Para tanto, estudiosos preocupados com os riscos potenciais advindos do nascimento passam a interferir como forma de minimizar possíveis riscos que por essa via de prática veio contribuir substancialmente no fortalecimento da gravidez com conotação patológica. Desse modo, e tomando-se por base o conceito “dor de parto”, por se tratar de sensação desagradável também pode não ter sido distinguida desse contexto. Vieira (2002); Ehrenreich e English (1973) afirmam que o poder da medicina em transformar eventos fisiológicos em doenças, em especial na saúde reprodutiva, promoveu uma ideologia sexista cultural, isto é, a *medicalização*¹⁵

¹⁵ Processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

contribuiu de forma considerável para transformar “a gravidez e a menopausa em doença, a menstruação em um distúrbio crônico e o parto em evento cirúrgico”.

Embora a aproximação médica ao parto date do início do século de XVI, foi a partir do século XVIII que a atenção com o corpo feminino transferiu-se à competência exclusiva de médicos, marcando-se pelo desenvolvimento do conhecimento cirúrgico e tecnológico, na medida em que se aproxima do parto, com saber ordenado, sistematizado, denominando-se então, o estudo da obstetrícia¹⁶. Atribuiu-se “aos médicos o papel de partejar, propondo e efetivando a hospitalização do parto e a criação de maternidades, instituições hospitalares exclusivas para tal fim” (VIEIRA, 2002). Por outro lado pode-se afirmar que este momento promoveu mudanças importantes no que se refere aos riscos relativos das complicações do parto e consequente mortalidade materna, assim os diminuindo (PÁDUA et al., 2010; VIEIRA, 2002). Em contrapartida, a partir da segunda metade do século XX, o número de cesáreas desnecessárias apresentou aumento considerável, resgatando os índices de morbimortalidade materna e perinatal (PÁDUA et al., 2010; MENDOZA-SASSI et al., 2010; PATAH; MALIK, 2011).

Entretanto, Arney (1982) assinala que após a II Guerra Mundial houve um movimento que reivindicava a descontinuidade no controle sobre mulheres, gravidez e parto e que este se deveu ao resgate do parto natural com esquemas de tratamentos individualizados, mais humano e afetivo, que na prática denomina-se como modelo “humanizado”. Menezes (2004) refere que o conceito de “humanizado” foi herdado por dois movimentos sociais relevantes surgidos no pós-guerra e particularmente acentuou-se a partir da década de 60 nos Estados Unidos, sendo eles os dos direitos civis que questionavam entre outros aspectos, a relação hegemônica do médico sobre o paciente, bem como o movimento de uma contracultura que concomitante apresentava como principal bandeira o retorno à natureza. Assim, o modelo humanizado não se limita à patologia, comportamento ou detalhe anatômico, mas atenta para necessidade da modificação dos conceitos fundamentais sobre saúde e doença, tomando-se por base a pessoa e o contexto em que se insere. O paradigma humanista institui a pessoa como interesse central

¹⁶ O termo “obstetrícia” vem da palavra latina “*obstetrix*”, que é derivada do verbo “*obstare*” (ficar ao lado). Para alguns, seria relativo à “mulher assistindo à parturiente” ou “mulher que presta auxílio”. Fonte: <pt.wikipedia.org/wiki/Obstetrícia>.

na sociedade e relações humanas, subordinando esta como hegemônica; esse modelo inspira-se no humanismo, Escola das Relações Humanas¹⁷.

Wagner (2001), em estudo, dividiu os modelos de assistência obstétrica em três categorias: 1) Modelo altamente medicalizado, com uso de alta tecnologia e pouca participação de obstetristas, encontrado nos Estados Unidos, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica e regiões urbanas do Brasil. 2) Modelo menos medicalizado, chamado “humanizado”, caracterizado pela maior participação de obstetristas e menor frequência de intervenções, predomina-se na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; e 3) Modelo intermediário, que se encontra na Alemanha, Grã-Bretanha, Canadá e Austrália.

Para caracterizar a situação do parto no Brasil, poderia se perguntar: Como é nascer neste país?

Segundo Hotimsky et al. (2002), 25,9% da população possui planos e seguros de saúde, isto é, escolhe o médico, negocia a assistência, e a sobrecarga na jornada de trabalho do obstetra, impossibilita aguardar o trabalho de parto – condição que favorece as cesáreas eletivas. De acordo com a Associação Nacional de Saúde (BRASIL, 2008), o parto cirúrgico predomina no mercado privado (2003: 64,3%; 2006: 80,7%) com impacto negativo, três vezes maior que no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008). As taxas de cesarianas são crescentes sendo, em 2000, a frequência igual a 38,9%, em 2007 igual a 46,5% e, em 2008, alcançando 48,4% dos partos (PATAH; MALIK, 2011). A atenção obstétrica configura-se como modelo altamente medicalizado, com uso de alta tecnologia e pouca participação de obstetristas (WAGNER, 2001), isto é, verifica-se o predomínio de um modelo em que a gestante é tratada como paciente, com os nascimentos, em sua maioria, hospitalares (PATAH; MALIK, 2011).

Hotimsky et al. (2002) descrevem que a maior parte da população é atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), gestantes sem acesso a convênios médicos ou serviços particulares frequentemente não têm a chance de escolher o médico que irá partear-la e sem poder de negociação sobre o tipo de parto de sua preferência, tem seu parto atendido por profissional médico diferente daquele que fez o pré-natal;

¹⁷ Conjunto de teorias administrativas, criada em Nova York, em 1929, trazem uma nova perspectiva para a recuperação das empresas de acordo com as preocupações de seus dirigentes e começa a tratar de forma mais complexa os seres humanos. Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Teoria_das_relacoes_humanas>.

essa desvinculação entre pré-natal e parto no Sistema Único de Saúde pode ser contribuinte para a realização de cesáreas, em função da ausência de informações.

Em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/nº 569 de 01/06/2000, tendo como objetivo primeiro “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania”, considerando como prioridades:

Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2002, p. 5).

O PHPN estrutura-se nos seguintes princípios, de que toda gestante tem o direito:

[...] ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; [...] de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; [...] à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002, p. 6).

O preparo da gestante para o parto inicia-se no pré-natal, portanto contribuir para melhorar essencialmente a atenção a mulher neste período promoverá cenários assistenciais seguros, minimizando possíveis riscos de complicações materno-fetais e perinatal. Embora a Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde apresentem políticas fortes e impactantes no cenário de práticas, sejam elas domiciliares, em nível primário a secundário da assistência, capazes de proporcionar cuidado seguro às usuárias desses serviços, pode-se dizer que a assistência pré-natal ainda é deficitária no que tange a procura, adesão, acesso e qualidade da assistência prestada, como também na assistência ao parto que ainda é caracterizado pelo excesso de intervenções evidenciado pelo aumento das taxas de

cesarianas, morbimortalidade materna e neonatal (SÃO PAULO, 2010; MOURA et al., 2007).

No que se refere ao documento da WHO (1985) sobre a Maternidade Segura em que o Ministério da Saúde preconiza tais práticas, essas se classificam em: A- Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (BRASIL, 2008; WHO;1985).

Inclui-se como práticas benéficas aquelas que proporcionem ambiência para a assistência em trabalho de parto, tipo de profissional envolvido que forneça suporte à mulher e familiares durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; monitore condições materno-fetais com identificação precoce de situações de risco; realize intervenções, se necessário, como amniotomia, episiotomia e cuidados imediatos com o recém-nato; encaminhe a gestante e/ou do neonato, caso surjam complicações que necessitem de referência para serviços de maior complexidade, bem como, forneça comunicação com gestante e familiares (BRASIL, 2008).

Ainda no que se refere aos benefícios, o suporte emocional contínuo, isto é, presença contínua, encorajamento, elogios; medidas de conforto físico como toque, massagem, banho, uso da água morna para analgesia, ingestão de líquidos são importantes e devem ser incentivados; informações sobre o progresso do trabalho de parto e formas que promovam a evolução do mesmo. Interlocução com a equipe facilita a comunicação da mulher e a auxilia a expressar suas preferências e escolhas sendo favoráveis para o processo de parturição. Como complemento toda gestante tem o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento, de forma que possa sentir-se segura. Esse direito está sob lei federal nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005). Em adição, a escolha da posição materna durante o trabalho de parto e período expulsivo, bem como da analgesia no parto (BRASIL, 2008; LAMAZE INTERNATIONAL EDUCATION COUNCIL, 2004).

Aos benefícios preconizados, incluem-se também o acompanhamento e monitoramento do trabalho de parto por meio do partograma, que é a representação gráfica da evolução da fase ativa do trabalho de parto, onde são registrados dados importantes a serem monitorados, dentre eles a dilatação do colo uterino; a

monitoração da vitalidade fetal por meio da cardiotocografia que fornece o registro contínuo de contrações e frequência cardíaca fetal, a assistência ao terceiro período do parto (expulsão da placenta) e contato precoce pele a pele incluindo amamentação à primeira hora (BRASIL, 2008).

Em contrapartida às práticas supracitadas, o documento apresenta as práticas consideradas como não recomendadas e claramente prejudiciais, como o uso de intervenções como a dieta zero, restrição ao leite, uso rotineiro de hidratação venosa, lavagem intestinal e tricotomia. A episiotomia é classificada como uma prática frequentemente utilizada, mas de forma inapropriada. Por fim, refere-se à amniotomia que deve ser utilizada com cautela, uma vez que não existem evidências científicas suficientes do benefício de seu emprego (BRASIL, 2008; WHO, 1985).

No que se refere ao prestador de serviços no parto normal, este deve ser capaz de realizar as práticas benéficas, reconhecendo os períodos clínicos do parto, oferecendo práticas alternativas de alívio da dor no trabalho de parto e cuidados imediatos com o recém-nascido, incentivando a amamentação à primeira hora e a prática do alojamento conjunto (ABENFO, 2010; WHO, 1985; BRASIL, 2002; 2004; 2008).

Dos princípios gerais e condições adequadas para a assistência ao parto, no que tange aos recursos humanos, preconiza-se como equipe profissional mínima para unidades consideradas mistas, hospitais gerais e maternidades para a realização do parto, aquelas constituídas por obstetras, pediatras/neonatologistas, clínico geral, enfermeiro, preferencialmente com especialização em obstetrícia, auxiliar de enfermagem e auxiliar de serviços gerais (ABENFO, 2010).

O preparo da mulher para o parto inicia-se no pré-natal com as práticas educativas; no que se refere ao momento do parto, o suporte de assistência deve se direcionar sobre o medo, a tensão e a dor, fundamentando-se que “o conhecimento destrói o terror e evita a tensão controlando a dor”, geralmente tais agravantes são ocasionados por sugestões, conhecimento deficiente e desamparo psicológico (BRASIL, 2001). O suporte contínuo da enfermeira obstetra no acompanhamento do trabalho de parto e parto deve ser oferecido e estimulado de forma sistemática. E no que se refere às técnicas alternativas que atuam sobre a dor no trabalho de parto, diversas ações se atrelam para minimizar a tensão, o medo da dor; enfocam-se aqui o acolhimento, promoção de ambiente tranquilo e privativo, a garantia da presença

do acompanhante e o incentivo à mulher não permanecer confinada ao leito, exceto nos casos contraindicados (GOMES, 2010; ABENFO, 2010).

Pode-se utilizar a música, o aroma e a penumbra (GOMES, 2010), estímulo à liberdade de movimentos e escolha de posições confortáveis, incentivando a deambulação e a evitar a posição litotômica (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011; GOMES, 2010, MAMEDE, 2005; MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007; MAMEDE et al., 2007; MELZACK; BÉLANGER; LACROIX, 1991) e incentivos quanto ao poder e autonomia para parir são fundamentais à parturiente e acompanhante neste momento (GOMES, 2010) para proporcionar o relaxamento e conforto à mulher.

No que se refere à ação direta sobre a dor, é papel do enfermeiro avaliar, incentivar e aplicar técnicas que contribuam para o alívio, bem como controlar a eficácia dos procedimentos adotados sobre este fenômeno. Pois, antes de oferecer e submeter a parturiente a uma técnica, seja ela farmacológica ou não, o profissional deve oferecer abordagem holística que englobe os aspectos físicos e psicológicos do cuidado.

Para o alívio da dor, na prática clínica obstétrica, existem duas técnicas que são as de ação não farmacológica para o alívio da dor e as de ação farmacológica. As técnicas de ação não farmacológicas, em sua maioria podem ser prescritas e implementadas pelo enfermeiro. Para tanto, a compreensão sobre o fenômeno da dor nessa situação e a abordagem adequada por parte do profissional de saúde que atende a mulher em trabalho de parto direcionará a técnica mais eficaz, visto que a dor se difere em intensidade, localização e duração em diferentes fases do trabalho de parto.

Vale ressaltar, a necessidade de compreender os mecanismos na transdução de nociceptores de estimulação mecânica, termal e química que responderão diferentemente, isto é, os estímulos mecânicos responderão especificamente, os termais por calor e frio, ambos agindo como competidores de estímulos nociceptivos enviados a medula espinal, e a ação sobre os receptores de membrana que necessitam de intervenção química (MEYR; STEINBERG, 2008).

1.4.1 Técnicas de ação não farmacológica para alívio da dor

O alívio da dor por técnicas alternativas que não as farmacológicas tem aumentado a indicação destas nos últimos anos, apropriando-se na difusão da assistência sob o paradigma humanizado de atenção ao parto, com o incentivo de ações menos intervencionistas e que visem o bem estar da parturiente.

Essas técnicas agem, em sua maioria, sob as fibras aferentes sensitivas com receptores térmicos e mecânicos que agirão como competidores de sinais dolorosos enviados pelos nociceptores, sendo assim, pode-se explicar a eficiência do calor da água do banho terapêutico de imersão e de aspersão sobre o dorso materno, das massagens e respiração. Outras ações envolvem o estímulo na produção de endorfinas que agem como analgésicos naturais ao organismo materno (GOMES, 2010; CARVALHO, 2002).

A massagem tem por objetivo diminuir a tensão, o medo e a percepção sensorial de dor, estimulando a parceria do profissional e parturiente. Pode ser executada pelo profissional ou acompanhante sob o conhecimento dos locais a serem massageados (GOMES, 2010).

A respiração consciente contribui para diminuir a tensão, o medo e a sensação de dor à medida que a mulher centraliza sua atenção aos movimentos inspiratórios e expiratórios, bem como melhora a oxigenação materno-fetal durante as contrações (GOMES, 2010).

A aspersão ou imersão em água morna promove o conforto à parturiente, proporciona relaxamento muscular, facilita a dilatação cervical e diminuição da percepção dolorosa (MAZONI; FARIA; MANFREDO, 2009; DAVIM et al., 2008; CARVALHO, 2002; ODENT, 1997; STRINGER; HANES, 1999).

Aplicação de gelo para o alívio da dor e diminuição do edema de colo, períneo e vulva, diminui “o fluxo sanguíneo local, promovendo a transmissão aos impulsos neuronais aferentes e levando a diminuição da sensação de dor” por dormência. Também diminui a temperatura muscular e da pele (GOMES, 2010; ENKIN et al., 2005).

Outras terapias são propostas e foram apresentadas em estudos como complementares no manejo da dor do parto. Podemos citar a acupuntura, aromaterapia, audioanalgesia (SMITH et al., 2006), hipnose (SMITH et al., 2006; LANDOLT; MILLING, 2011), música (SMITH et al., 2006), injeções com água estéril (MARTENSSON, 2010) e acupressão (HJELMSTEDT et al., 2010).

1.4.2 Técnicas de ação farmacológica para alívio da dor

Várias são as técnicas propostas como analgésicas durante o trabalho de parto e o parto, em que não discorreremos neste estudo sobre suas vantagens e desvantagens, entretanto, é disponibilizada por diversos serviços de saúde público e privado, tomando-se por base o SUS que subsidia também essa modalidade de analgesia às usuárias (Portaria GM nº 2.815/98) (ABENFO, 2010). Embora, não seja por via de regra utilizada por todos os serviços.

Para essa modalidade, dispõe-se a analgesia do tipo venosa, inalatória, bloqueio paracervical, bloqueio simpático lombar, bloqueio do nervo pudendo, raquianestesia, peridural e bloqueio combinado raqui-peridural. Na prática da anestesiologia moderna, as três últimas são as mais indicadas (VIEIRA JUNIOR; SILVA, 2008; SCHYTT; WALDENSTRÖM, 2010; CATON; FROELICH; EULANO, 2002).

Para Fernandes e Andrade (2009), o “conhecimento da natureza multifatorial da dor é requisito básico para se realizar adequada analgesia de parto”. Portanto, a necessidade de se empregar técnica farmacológica para o alívio da dor, bem como o momento de sua implementação deve ser avaliada caso a caso por equipe multiprofissional e pela parturiente que nesse momento deverá ter a autonomia para a escolha.

1.5 Diagnósticos de enfermagem do Sistema de Classificação da NANDA-I

O diagnóstico de enfermagem é compreendido como o componente principal para o planejamento de cuidados fundamentados na avaliação do indivíduo, família ou comunidade, pois possibilita reconhecer as respostas físicas ou emocionais. Nesse sentido, a classificação NANDA-I tem contribuído para o desenvolvimento e refinamento dos diagnósticos, além do estímulo ao raciocínio clínico e à pesquisa (BARROS; MICHEL; NOBREGA, 2000; SANTOS; MAZONI; CARVALHO, 2009).

A classificação NANDA-I apresenta a possibilidade do estudante em seu aprendizado clínico e do enfermeiro ao estabelecer o julgamento, identificar agentes

causais e organizar um aglomerado de informações presentes em determinadas situações clínicas, amparando-se de inferências mais precisas que o direciona a um plano de cuidado para as necessidades do sujeito do diagnóstico.

Para Gordon (1994), a validade de um diagnóstico indica o nível sobre como o grupo de características definidoras descreve a realidade observada no cliente/interações ambientais. Para a autora, as características definidoras são válidas quando ocorrem e podem ser identificadas em uma determinada situação clínica. Para NANDA-I (2010) as *características definidoras* são os indicadores observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem estar.

Quando nos direcionamos a determinadas situações em que ocorram para que se evidencie a presença de um diagnóstico, seja de risco ou atual, identificamos fatores de riscos ou fatores relacionados, que se portam como o agente potencial ou causal para respostas ou fenômenos que são identificados em um diagnóstico. Sendo assim, define-se o *fator de risco* como sendo, os fatores “ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou de elementos químicos que aumentam a vulnerabilidade a um evento insalubre”, seja ele individual, referente à família ou a comunidade. Já quando se tratar *dos fatores relacionados*, estes “apresentam um tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem” e podem ser descritos como o antecedente para que determinado evento ocorra, pode estar associado ou relacionado com, contribuir ou ser cúmplice de uma situação real. (NANDA-I, 2007). Esses diagnósticos são descritos como “as respostas humanas às condições de saúde/processos de vida que existem em um indivíduo, família ou comunidade”, assim “apoiados pelas características definidoras” que são as manifestações de sinais e sintomas que se agrupam para possibilitar inferências sobre determinados eventos (NANDA-I, 2007, p. 332).

Historicamente, a construção do sistema de classificação da NANDA-I data de 1973 por ocasião da “Primeira Conferência Nacional de Classificação do Diagnóstico de Enfermagem”, em *St Louis*, EUA, realizada por comunidade científica norte-americana com propostas de criar e padronizar um sistema de classificação para diagnósticos de enfermagem (FEHRING, 1987).

Na década de 80, a *American Nurses Association* (ANA), definiu a enfermagem como composta de um corpo de conhecimento próprio, isto é, composto de componentes diagnósticos passíveis de tratamentos às respostas

humanas advindas dos problemas de saúde reais ou potenciais (NANDA-I, 2010). Durante a conferência “*National Group for the Classification of Nursing Diagnosis*”¹⁸, definiu-se os “Padrões do Homem Unitário”, constituindo-se oficialmente a NANDA, com o Comitê de Taxonomia, que a partir de então foi aberto a comunidade de interesse. O termo “Padrões do Homem Unitário” foi substituído em 1986 pelo termo “Padrões de Resposta Humana” em que se conferia à Taxonomia I e nesta agrupavam-se os diagnósticos em nove padrões compostos de diagnósticos individuais, sendo eles os padrões: 1) Trocar; 2) Comunicar; 3) Relacionar; 4) Valorizar; 5) Escolher; 6) Mover; 7) Perceber; 8) Conhecer e 9) Sentir (GORDON, 1994). Em 1986, a NANDA foi reconhecida pela ANA como responsável pelo desenvolvimento, revisão e aprovação dos diagnósticos de enfermagem nos EUA, entre outras atividades, contribuindo com fundamentações metodológicas e com pesquisas científicas (JESUS, 2000).

Na década de 90, o Comitê de Taxonomia decidiu por inserir novos diagnósticos e para tanto precisavam “re-categorizar” os diagnósticos após revisar a Taxonomia I e essa iniciativa findou-se em 2002, quando foi apresentada a Taxonomia II (SANTOS; MAZONI; CARVALHO, 2009; NANDA-I, 2010). A fim de promover o foco internacional, após a Conferência NNN de 2002, em Chicago, o Comitê de Taxonomia revisou os eixos da Taxonomia II, comparando-os com o *International Standards Organization (ISO) Reference Terminology Model for a Nursing Diagnosis*¹⁹ a fim de atender as exigências da Organização Mundial de Saúde (WHO), conferindo-se a partir daí como linguagem internacional e clinicamente útil (NANDA-I, 2010; SANTOS; MAZONI; CARVALHO, 2009).

A estrutura da Taxonomia II da NANDA-I atual e vigente compõe-se de três níveis, sendo eles os dos domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. Alguns diagnósticos, por sua definição, fatores relacionados e características definidoras, permitem a aproximação e inserção em mais de um domínio e classes (NANDA-I, 2012), entretanto por ser o domínio reconhecido como “a esfera de atividade, estudo ou interesse” (ROGET, 1980) e a classe considerada como “uma subdivisão de um

¹⁸ Grupo responsável por desenvolver o primeiro sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem. Fonte: <<http://www.enotes.com/nursing-diagnosis-reference/nursing-diagnosis>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

¹⁹ Processamento de sistemas de linguagem natural que demonstram utilidade na análise de textos narrativos para fins de vigilância e apoio à decisão; demandam especificações adicionais de categorias semânticas com propósitos de analisar e codificar dados a partir de narrativas de enfermagem. Fonte:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16043086>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, classificação ou grau” (ROGET, 1980), o conceito diagnóstico, por convenção é inserido ao domínio que mais o abrange em termos de seu contexto de definição.

A taxonomia II dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I é um sistema de classificação hierarquizado multiaxial e na edição de 2010 era composta de 13 domínios, 47 classes; 187 diagnósticos (NANDA-I, 2010). A última versão teve um diagnóstico excluído, oito revisados e dezesseis novos diagnósticos aprovados (NANDA-I, 2012). Para melhor compreensão, e atentando-me ao fenômeno de interesse a que se reporta o presente estudo, ressalta-se aqui o fenômeno da dor, que se insere no Domínio 12 – “Sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social” e pertence à Classe 1 do conforto físico, definido como “Sensação de bem-estar ou tranquilidade e/ou estar livre da dor”, nesta se encontram como diagnósticos aprovados e pertencentes ao fenômeno da dor, o diagnóstico de enfermagem 00132 – Dor aguda e 00133 – Dor crônica (NANDA-I, 2012).

O sistema multiaxial favorece a flexibilidade da nomenclatura permitindo acréscimos e modificações e o mesmo estruturam-se em sete eixos que são eles, os eixos: 1) Conceito diagnóstico; 2) Sujeito do diagnóstico; 3) Julgamento; 4) Localização; 5) Idade; 6) Tempo; e 7) Situação do diagnóstico (NANDA-I, 2010).

Sobre o Eixo 1 – conceito diagnóstico, este é considerado como elemento principal, tomando-se por base que seja a “raiz” do diagnóstico, descrevendo-se neste, “a reação humana”, elemento central do diagnóstico, pode ser composto por um ou mais substantivo ou adjetivo (NANDA-I, 2010). Por exemplo: “náusea”, quando o enunciado é simples, em sua compreensão, não oferece nível significativo de abstração²⁰ (NANDA-I, 2010). Por outro lado, ao considerarmos o fenômeno da dor, podemos citar como exemplo o diagnóstico: 00132 – Dor aguda, este apresenta o conceito diagnóstico “dor”, mas complementa-se pela adjetivação de “aguda”, classificada na dimensão do Eixo 6 – Tempo (NANDA-I, 2012).

O Eixo 2 refere-se ao sujeito do diagnóstico, isto é, a quem é atribuído o diagnóstico de enfermagem, inclui-se o indivíduo, família, grupo e comunidade. Já o

²⁰ É um conceito no qual não se leva em conta um valor específico determinado e sim qualquer entre todos os valores possíveis daquilo com que estamos lidando ou ao que estamos nos referindo. Por exemplo, em álgebra, quando dizemos que x é uma variável, desconsideramos o seu valor atual, mas consideramos todos os possíveis valores de x como sendo números, os quais não são objetos físicos e sim objetos linguísticos, formados pela abstração durante o ato de contar. Fonte: <<http://www.cerebromente.org.br/n12/opiniaio/pensamento.html>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

Eixo 3 é de julgamento e caracteriza-se por descritor ou modificador que limita o sentido do conceito diagnóstico. O Eixo 4 – Localização, descreve partes/regiões do corpo e/ou suas funções relacionadas, isto é, tecidos, órgãos, localização anatômica ou estruturas. A idade que complementa o Eixo 2 (sujeito do diagnóstico), refere-se ao Eixo 5, idade da pessoa em grupos etários específicos e nominais, como por exemplo: adolescência (NANDA-I, 2012).

Já o Eixo 6 descreve a duração do conceito diagnóstico e pode ser caracterizado como: 1) Agudo, com duração menor que 6 meses; 2) Crônico, com duração maior que 6 meses e 3) Intermitente que caracteriza-se por ciclos ou intervalos. Podemos citar como exemplo o diagnóstico de 00132 – Dor aguda (NANDA-I, 2012) que apresenta a complementação do eixo tempo para elucidar o conceito diagnóstico. Por fim, o Eixo 7 que se refere à realidade ou potencialidade do problema ou a categoria do diagnóstico, neste incluem-se: 1) diagnóstico atual, que existe no presente (NANDA-I, 2012); 2) de promoção da saúde, definindo-se como o comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem estar e concretizar o potencial de saúde humano (NANDA-I, 2012); 3) de risco, que são os diagnósticos de vulnerabilidade, especialmente em consequência da exposição aos fatores que aumentam a possibilidade de lesão ou perda; e por último o 4) de bem estar que evidencia-se pela qualidade ou estado de estar saudável, podendo também ser considerado como diagnóstico real (NANDA-I, 2012).

A classificação NANDA-I já mostra necessidade de mudanças. Neste sentido, um esboço preliminar de uma nova estrutura, a taxonomia III cuja proposta foi apresentada no *NANDA-International 2011 Latin American Symposia*, São Paulo²¹, e continua em discussão, fundamentada em 7 domínios, sendo eles: 1) Fisiológico; 2) Funcional; 3) Mental; 4) Segurança; 5) Existencial; 6) Ambiental; e 7) Família.

Desenvolvimentos de pesquisas e novos diagnósticos são importantes para a padronização de uma linguagem unificada na enfermagem. No Brasil, a primeira proposta de se prestar assistência de enfermagem “por meio de um processo composto por ações sistematizadas e inter-relacionadas”, data da década de 70, por

²¹ Gunn Von Krogh (Norway), tema “Introduction to Taxonomy III” apresentado em forma de conferência às 11h do dia 03 de junho de 2011, no *NANDA International 2011 Latin American Symposia* (informação verbal). Fonte: <http://www.nanda.org/Portals/0/PDFs/Conference/2011_Latin_American_Symposium_Schedule_Update_05_03_2011_Std_Letter.pdf>.

Wanda de Aguiar Horta (SANTOS; MAZONI; CARVALHO, 2009; p.107) e perdura com modificações e gradativa aplicabilidade no cenário das práticas.

A utilização da classificação da NANDA-I oferece suporte ao desenvolvimento da assistência de enfermagem por sua linguagem universal, pois seu corpo de conhecimento constrói-se fundamentado na descrição de sua prática. Em adição, enfermeiros estão vencendo os desafios de sua aplicabilidade e desenvolvendo todas as etapas da sistematização da assistência de enfermagem, resultado que se reflete no aumento do número de publicações no período entre 2004 e 2008, com o universo de pesquisas predominando-se no âmbito hospitalar e nos estudos de validação que demonstram o aperfeiçoamento do conhecimento técnico-científico e do raciocínio clínico (SANTOS; MAZONI; CARVALHO, 2009).

O desenvolvimento do processo de enfermagem com a utilização de sistemas de classificação, em especial, da classificação da NANDA-I, já é factível em todas as especialidades e dimensões do cuidado; portanto, aperfeiçoar essa linguagem com estudos de validações que sustentem, com evidências, situações clínicas reais do cliente, corrobora para “cientificação²²” do processo de enfermagem, refletindo à prática, assistências sistematizadas e mais seguras.

Dada à complexidade de interesses sobre o fenômeno da dor para esse sistema, características definidoras devem ser mais exploradas, entendidas e refinadas para diferentes grupos e especialidades e pesquisas e desafios nesse sentido serão capazes de oferecer assistências que atendam a multidimensionalidade do problema dor em suas diferentes formas.

1.6 Modelos metodológicos para validações de diagnósticos de enfermagem

Denomina-se *Estudos de Validação* aos “trabalhos que consistem em pesquisa usando processos pelos quais são estabelecidas a confiabilidade e relevância de um procedimento para um propósito específico” (DeCS, 2012a).

²² Dar conhecimento sobre uma decisão ou alguma coisa ou fato. Fonte: <<http://www.achando.info/index.php?query=cientifica%E7%E3o&action=search>>. Acesso em: 25 jul.. 2011.

Validade, refere-se ao grau que determinado instrumento mede a variável que se pretende medir. Sendo assim, “a validade é um critério de significância de um instrumento de medidas com diferentes tipos de evidências” (MARTINS, 2006, p. 5), compondo-se de critérios de significância de validade aparente, de conteúdo, de critério e de validade de constructo (MARTINS, 2006).

No que diz respeito à validade de diagnósticos de enfermagem, esta se refere “ao grau em que representa a verdadeira condição do cliente (indivíduo, família, comunidade)” e que se requeira intervenção de enfermagem direcionada para tal condição (CARVALHO et al., 2008).

Lunney (2003) descreve as várias dificuldades sobre a validação de diagnósticos e que esta está associada a diversas limitações metodológicas, em especial no que tange a seleção de peritos, confiabilidade de dados e amostragem. E para que se afirme que um diagnóstico de enfermagem é válido, Garcia (1998, p. 25) ressalta que este deve ser submetido a testes que concluam “se as características que o definem são autênticas representações do que é encontrado na prática clínica”.

Na literatura, vários estudos são descritos como modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem, destacando dentre eles os modelos de Gordon; Sweeney (1979), os modelos de Fehring (1986; 1994) e o modelo de Hoskins (1989) (CARVALHO et al., 2006; GARCIA, 1998).

O modelo de Gordon; Sweeney (1979) fundamenta-se na pesquisa descritiva, propondo-se à identificação, validação e refinamento de diagnósticos de enfermagem. Compõe-se de abordagem retrospectiva que utiliza da experiência prévia de enfermeiros sobre a situação ou fenômeno vivenciado em sua prática clínica. Essa modalidade foi pioneira em sua utilização para os primeiros diagnósticos apresentados na classificação da NANDA-I. O modelo clínico caracteriza-se pelas observações dos comportamentos do paciente como teste confirmatório para as características definidoras já identificadas no modelo retrospectivo. O universo da pesquisa é o ambiente clínico em que se encontra por vezes ou totalmente a população com a categoria diagnóstica a que se pretende estudar, a obtenção dos dados ocorre por meio de entrevista enfermeiro-paciente ou por dados previamente registrados em prontuários. O modelo de validade por enfermeiros inclui a frequência de ocorrência de características definidoras identificáveis por grupos de enfermeiros previamente treinados e com

estabelecimento de fidedignidade entre enfermeiros diagnosticadores, podendo ser adicionados por estes sinais e sintomas observados pelo grupo (CARVALHO et al., 2008; GARCIA, 1998; GORDON; SWEENEY, 1979).

Os Modelos de Fehring (1986; 1987; 1994) apresentam embasamento nas propostas metodológicas clássicas de Gordon; Sweeney (1979) caracterizando-se em quatro modelos distintos, sendo eles: 1) *Validação de Conteúdo Diagnóstico* (DCV)²³ em que apresenta os resultados de investigação obtidos a partir de opiniões de enfermeiros peritos acerca do grau em que as características definidoras estão presentes no dado diagnóstico. 2) Modelo de *Validação Clínica de Diagnóstico* (CDV)²⁴, é utilizado para obterem-se as evidências clínicas de um diagnóstico em seu ambiente clínico real, neste, o autor descreve dois tipos de abordagens; são elas a abordagem ao paciente quando na necessidade de respostas cognitivas e afetivas e outra de técnica de observação direta para medir fenômenos físicos realizada por dois enfermeiros diagnosticadores, com observações independentes. 3) *Validação Diferencial de Diagnóstico* (DDV)²⁵, quando em face de dois diagnósticos intimamente relacionados e de diferenciar frequências de ocorrência de determinado diagnóstico, por exemplo, no que se refere ao nível de julgamento. 4) *Medidas de Correlação Etiológica* (ECR)²⁶ útil para avaliar a pertinência de um possível fator etiológico para predição de ocorrência de diagnósticos; porém não desenvolvido e publicado (CARVALHO et al, 2006; GARCIA, 1998; FEHRING, 1994; 1987).

O modelo de Hoskins (1989) foi descrito em três fases interligadas: a primeira fase é teórica e caracteriza-se pela *análise de conceito*, nesta identifica-se atributos característicos para o conceito de interesse, sendo recomendado pela autora o referencial teórico de Walker e Avant de 1983, essa abordagem advém dos fundamentos de Wilson de 1963 e apresenta como proposta distinguir atributos definidores de um conceito daqueles atributos irrelevantes (WALKER; AVANT; 2005). A segunda fase denomina-se por *validação por especialistas* e envolve a concordância de peritos às características definidoras identificadas a partir da fase que a antecede, seguindo as fórmulas e pontos de corte propostos por Fehring

²³ *Diagnostic Content Validation* (DCV), modelo publicado por Fehring (1986).

²⁴ *Clinical Diagnostic Validity* (CDV), modelo publicado por Fehring (1986).

²⁵ *Differential Diagnostic Validation* (DDV), modelo publicado por Fehring (1986).

²⁶ *Etiological Correlation Ratings* (ECR), modelo citado por Fehring (1986), mas não desenvolvido e publicado.

(1986; 1987; 1994). E, por fim, a validação clínica, que consiste na obtenção dos dados por observação direta à população de interesse, realizada por dois enfermeiros diagnosticadores e de modo independente. A coleta de dados ocorre por método de interação ou observação direta ao paciente que se reporta ao fenômeno de interesse.

Os detalhes metodológicos dos modelos de validação utilizados para o presente estudo estão descritos no percurso metodológico e apresentados em fases nos tópicos dos referenciais teóricos.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

O estudo teve como propósito analisar se o fenômeno da dor de parto está retratado no diagnóstico de enfermagem *Dor Aguda* da taxonomia NANDA-I e a partir da análise do conceito dor de parto verificar a pertinência de propor e validar o Diagnóstico *Dor de parto*.

Portanto foram objetivos deste estudo:

1. Identificar e analisar o conceito de dor e seus indicadores clínicos, considerando-se o fenômeno do parto, sob os aspectos mecânicos, clínicos e hormonais.
2. Analisar a opinião dos especialistas quanto à pertinência da definição de dor aguda para a situação de parto ao título atribuído pela NANDA-I, bem como aos fatores relacionados e características definidoras;
3. Analisar a opinião dos especialistas quanto à elaboração do diagnóstico de enfermagem Dor de Parto, considerando-se a definição para o diagnóstico, suas características definidoras, fatores relacionados e proposições de domínios e classes.
4. Verificar a frequência de ocorrência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor de Parto em parturientes na fase ativa do trabalho de parto.
5. Comparar as frequências de ocorrência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor de Parto considerando a fase ativa inicial e final do trabalho de parto.
6. Correlacionar a referência verbal de intensidade de dor com a ocorrência de contrações uterinas considerando a amplitude de pressão intrauterina.
7. Identificar os relatos verbais e codificados de dores de parto considerando a localização anatômica e os descritores de dores percebidos pela parturiente referentes ao trabalho de parto.

PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

As respostas às perguntas da pesquisa foram obtidas por meio de um estudo de delineamento diferenciado para cada uma de suas fases, caracterizados em estudos metodológico e descritivo, respectivamente (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; HULLEY et al. 2003). Para os desenvolvimentos destas fases, utilizou-se os modelos propostos por Hoskins (1989) e Fehring (1987; 1994) já aplicados com sucesso em estudos de validação (MELO, 2004; PILEGI, 2007; CHAVES, 2008; CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008):

Fase 1 – Validação de conteúdo diagnóstico: que se compõe da análise de conceito segundo o referencial teórico de Walker e Avant (2005) e a opinião dos enfermeiros expertos considerando o modelo metodológico de validação de conteúdo diagnóstico (*Diagnostic Content Validation* - DCV) de Fehring (1987; 1994), ambos recomendados por Hoskins (1989).

Fase 2 - Validação clínica de diagnóstico (*Clinical Diagnostic Validity* - CDV) segundo o modelo proposto por Fehring (1987; 1994) e recomendado por Hoskins (1989).

3.1 Fase 1 - Análise de conteúdo

A validação de conteúdo diagnóstico fundamenta-se na validação empírica e que deve anteceder a validação clínica de um diagnóstico, isto é, o instrumento de medida em seu conteúdo necessita conter o domínio específico do que se pretende medir. Permite a aprovação de um diagnóstico (FEHRING, 1986), seja do ponto de vista da análise conceitual ou da opinião por enfermeiros expertos que julguem a coerência do conteúdo para determinados fenômenos, em determinadas situações.

Carvalho et al (2007) e Chaves, Carvalho e Rossi (2008) em estudos realizados, verificaram que o termo *validação de conteúdo* foi empregado tanto para estudo de análise conceitual, à partir de revisões da literatura, quanto para estudos

de opiniões de especialistas e estes são considerados como fases distintas da validação de conteúdo.

A proposta de análise de conteúdo neste estudo considerou em um primeiro momento o modelo metodológico de Hoskins (1989), tomando-se por base a necessidade de distinguir atributos definidores de um dado conceito em uma situação específica, dos atributos irrelevantes, com menção ao fenômeno da dor para a situação do parto. Sendo assim, adotou-se como estrutura teórica a Análise de Conceito segundo o referencial teórico de Walker e Avant (2005).

Nesse momento, elucidando como o fenômeno se porta em determinada situação, considerando os antecedentes para sua ocorrência, bem como, os atributos específicos que se expressam na vigência do mesmo (GARCIA, 1998) e o que a experiência de submeter-se a este, acarretará para a vida do indivíduo que o vivencia, isto é, o que deve se consumir para que se evidencie dor à parturiente e quais indicadores clínicos são esperados para essa situação, considerando-se o fenômeno sob os aspectos mecânicos, clínicos e hormonais do parto.

No segundo momento da proposta de validade, da qual se refere à aprovação, a pesquisa seguiu os preceitos metodológicos de Fehring (1987; 1994) considerando a opinião de enfermeiros especialistas no que diz respeito à pertinência da definição do diagnóstico de enfermagem 00132- Dor aguda (NANDA-I, 2010) para a situação de parto, bem como das características definidoras para o fenômeno nessa especialidade. Por conseguinte, também se valendo dos mesmos enfermeiros, a pesquisa enfocou opiniões quanto à elaboração do diagnóstico de enfermagem Dor de Parto, considerando-se a definição para a titulação diagnóstica, características definidoras, fatores relacionados e proposições de domínios e classes.

3.1.1 Análise de conceito

Muitos termos usados na literatura para definir o que é conceito apresentam origem e significados ontológicos, O termo *ontologia* foi adaptado pela comunidade de inteligência artificial, definindo que este ramo se refere a um conjunto de conceitos ou termos usados para descrever algumas áreas do conhecimento ou para construir uma representação deste (RIOS, 2011). Nesse sentido, os conceitos

são rótulos que descrevem fenômenos e fornecem uma síntese concisa dos pensamentos (BALDWIN, 2008), são representações conceituais de fenômenos (MORSE, 1995) e desse modo, estudiosos de enfermagem compreendem que conceitos são representações linguísticas ou imagens mentais de fenômenos necessárias para uma comunicação profissional efetiva (WALKER; AVANT, 2005).

Mais além, conceitos científicos são desenvolvidos por pesquisadores para se referir a um comportamento ou à entidades particulares que cuidadosamente denominam as definições operacionais, apresentam significado científico particular e com frequência relacionam-se a um contexto específico. A comunidade cria atributos que são designados e escolhidos por pesquisadores. Por outro lado, estes podem utilizar a mesma definição formal do conceito, mas na prática atribuir diferentes características ao mesmo conceito. Ao pesquisar, depara-se com a distinção de conceitos para se referir ao mesmo fenômeno, por isso a importância de se investigar todos os termos do uso (MORSE, 1995), em suas diferentes dimensões, sejam elas nos aspectos filosóficos, psicológicos, culturais, sociológicos, entre outros. Os conceitos contêm atributos ou características que fazem deles únicos e diferentes de outros conceitos e ao analisá-los é possível decidir qual fenômeno coincide ou não à sua representação (WALKER; AVANT, 2005).

Do ponto de vista evolucionário, conceitos não são imutáveis, podendo assim ser modificados através dos tempos (WALKER; AVANT, 2005). Contribuem para a continuidade do desenvolvimento do conhecimento mesmo fora do contexto de uma teoria existente por meio de seus poderes explicativos e descritivos; assim, quando os atributos de um conceito não estão claros, a contribuição feita por ele será limitada (ROGERS, 1988); isto implica não só na fundamentação epistemológica do saber, mas na resistência à formação, implantação e desenvolvimento de novas teorias. Para tanto, estudos embasados em análises de conceitos proporcionam importante contribuição para o conhecimento científico e para a prática de enfermagem.

A análise de conceito é vista como “[...] um processo de pesquisa que explora conceitos em seus níveis de desenvolvimento ou maturidade como revelado por sua estrutura interna, uso, representatividade e/ou relações com outros conceitos”. Ainda, é considerada “[...] é um processo de avaliação [...]” que utiliza diversas técnicas para explorar a descrição de um conceito de literatura ou desenvolver um conceito de forma observacional e/ou por dados de entrevistas. – Trata-se de “[...]”

um processo de desdobramento, exploração e compreensão” para fins de desenvolvimento de um conceito de interesse, inclui análises para a definição, “[...] desenvolvimento, delineamento, comparação, clarificação, correção, identificação, refinamento e validação” (MORSE, 1996; p. 255).

A análise de conceito incentiva a comunicação, uma vez que o processo que examina os elementos básicos de um conceito auxiliam na distinção de conceitos similares, também podendo ser útil no refinamento de termos ambíguos contidos numa teoria. Esse procedimento resulta em uma definição operacional precisa que aumentará a validade de um constructo que acuradamente contribuirá para a base teórica. Mais adiante, auxiliará na definição de um problema e na construção de hipóteses que refletirá na relação entre os conceitos, sendo assim também úteis na construção de instrumentos ou questionários de pesquisa (WALKER; AVANT, 2005). O produto final é uma linguagem padrão, que nos proporciona um corpo de conhecimento e, portanto permite descrever a prática de enfermagem (WALKER; AVANT, 2005; BALDWIN, 2008).

No que tange os métodos de análise de conceito na enfermagem, estes tiveram início na década de 80, como uma fase no desenvolvimento de conceitos, alguns deles utilizam casos isolados e alguns usam descrições de observações de incidentes ou eventos para obter os atributos do conceito (MORSE, 1995). Entretanto, esses métodos revelam uma matriz de sistemas em que muitos dos quais se fundamentam nas técnicas de Wilson verificadas nos anos 60 (BALDWIN, 2008).

A análise de conceito permite a compreensão e esclarecimento de um fenômeno. É um método que contribui para um corpo de conhecimento promovendo a base para a prática baseada em evidência. A partir da proposta de análise clássica de Wilson de 1963, Walker e Avant (2005) simplificaram e adaptaram o método em 1983, proporcionando uma importante ferramenta para clarificação de fenômenos e sustentabilidade de teorias em enfermagem (WALKER; AVANT, 2005).

A escolha de um método de análise de conceito, isto é, naquilo que se pretende obter atenta ao uso de uma linguagem padrão para a enfermagem, contribui para a formação e desenvolvimento de um corpo de conhecimento proporcionando competências essenciais ao reconhecer fenômenos de interesse para a prática assistencial, no sentido de fomentar intervenções eficazes para situações clínicas específicas e a única maneira de começarmos a utilizar

seriamente vocabulários de enfermagem. Para Walker e Avant (2005; p. 63), a única maneira de demonstrar a base de evidência para a prática, “é ser capaz de primeiro descrever os fenômenos de uma forma mensurável, ou pelo menos comunicável”.

No que se refere às especificidades do modelo de Walker e Avant (2005), este possibilita desvendar fenômenos, ou melhor, distingui-los do ponto de vista de seus antecedentes contribuindo para identificação de fatores relacionados para refinamento e elaboração de diagnósticos de enfermagem e pela identificação de atributos definidores para o conceito de interesse, identificar características definidoras para o que se pretende validar.

3.1.1.1 Referencial teórico segundo Walker e Avant (2005)

A análise de conceito permite a compreensão e esclarecimento de um fenômeno. É um método que contribui para um corpo de conhecimento promovendo a base para a prática baseada em evidência.

A adaptação técnica de Walker e Avant (2005) consistiu em utilizar estudos de casos isolados para elucidar os atributos essenciais de um conceito simplificando a técnica de análise de Wilson de 1963 (WILSON, 2005) esta era construída em 11 passos denominados por: “(1) Como isolar perguntas sobre conceitos” (WILSON, 2005; p. 22), “(2) Respostas certas” (WILSON, 2005; p. 24), “(3) Casos modelo” (WILSON, 2005; p. 27), “(4) Contra-exemplos”, “(5) Casos afins” (WILSON, 2005; p. 29), “(6) Casos limítrofes” (WILSON, 2005; p. 30), “(7) Casos inventados” (WILSON, 2005; p. 31), “(8) Contexto social” (WILSON, 2005; p. 32), “(9) Ansiedade subjacente” (WILSON, 2005; p. 33), “(10) Resultados práticos” (WILSON, 2005; p. 34) e “(11) Consequências na linguagem” (WILSON, 2005; p. 35).

Na proposta de Walker e Avant (2005) a técnica de análise wilsoniana foi simplificada em 8 passos, sendo eles:

- 1) Selecionar o conceito; 2) Determinar os objetivos ou propostas da análise;
- 3) Identificar todos os usos do conceito que você pode descobrir; 4) Determinar os atributos definidores; 5) Identificar um caso modelo; 6) Identificar casos adicionais; 7) Identificar antecedentes e consequências; 8) Definir referenciais empíricos (WALKER; AVANT, 2005; p. 65).

O passo 1 – A seleção do conceito surge a partir de questões de interesse/duvidas do investigador na área de trabalho, assim contribuindo para novas pesquisas, deve ser cuidadoso, geralmente o conceito de interesse está associado com a atividade em que desempenha o pesquisador. A seleção do conceito deve refletir a área ou tópico mais crítico à sua necessidade (WALKER; AVANT, 2005).

O passo 2 é o de determinar os objetivos da análise, pois esta contribuirá essencialmente para o esclarecimento do significado de um conceito, desenvolvimento de definições operacionais ou para complementação de uma teoria existente. Cabe-se aqui questionar-se: “Por que estou fazendo essa análise?”. Isto é, o porquê do interesse a tal análise (WALKER; AVANT, 2005; p. 66). Sendo assim, deve-se definir se à análise pretende clarificar o significado de um conceito existente, desenvolver uma definição operacional ou adicionar uma teoria (WALKER; AVANT, 2005).

O passo 3 consiste em identificar todos os usos do conceito; neste inclui-se o uso de dicionários, sinônimos e definições disponíveis na literatura, não limitando as buscas às literaturas médicas e de enfermagem, bem como ignorar aspectos físicos de um conceito focando-se somente aos psicológicos, por exemplo, condução que pode acarretar em “viéses” no entendimento da verdadeira natureza do conceito (WALKER; AVANT, 2005).

No que diz respeito ao quarto passo, este se caracteriza pelo levantamento e análise que determinam os atributos definidores que mais frequentemente estão associados ao conceito de estudo, sendo assim, tomando-se por base o conceito para fins de distinção ou elaboração de diagnósticos de enfermagem, firmam-se pela identificação das características definidoras, auxiliando diferenciar fenômenos específicos de fenômenos similares. Ressalta-se aqui que os atributos definidores são mutáveis, isto é, podem se alterar através dos tempos ou em diferentes contextos (WALKER; AVANT, 2005).

O passo 5 descreve-se pela identificação de um caso modelo, trata-se de um modelo real, paradigmático ou puramente exemplar que demonstra todos os atributos definidores do conceito. Essa elaboração permite que o caso seja um exemplo real de vida, encontrado na literatura ou construído pelo pesquisador a partir da identificação dos atributos que definem o conceito de interesse (WALKER;

AVANT, 2005). Esse modelo auxilia na elucidação do conceito em seu significado (WALKER; AVANT, 2005; WILSON, 2005).

O passo 6 é o de identificar casos adicionais, isto é, este momento da análise permite ao pesquisador examinar casos que não são exatamente os mesmos do conceito de interesse, mas que são semelhantes ou contrários a este auxiliando ao melhor julgamento sobre quais atributos definidores ou características melhor se cabem ao conceito de estudo. As autoras sugerem a construção dos casos *Borderline*, relacionado, inventado e de casos contrários, novamente atentando para a possibilidade de que estes sejam exemplos de vida reais, extraídos da literatura ou construídos pelo próprio pesquisador (WALKER; AVANT, 2005).

Sobre os tipos de caso, define por *Bordeline*, casos em que apresentem apenas alguns atributos do conceito, auxiliando na compreensão quanto à consistência do caso modelo, medida que auxilia na clarificação do pensamento sobre os atributos do conceito de interesse. Casos relacionados são instâncias de conceitos que estão associados ao conceito que está sendo estudado, mas que não contem todos os atributos definidores, entretanto, não se trata do conceito de estudo e sim de conceitos semelhantes, mas que diferem do conceito principal ao ser analisado de forma isolada. Já ao se referir aos casos contrários, estes são exemplos claros de conceitos antônimos ao conceito de interesse; esses exemplos auxiliam o analista à compreensão do conceito, com vistas que é mais fácil ao entendimento comparar um conceito ao que não é, pois no caso contrário os atributos que definem o conceito de interesse estão exclusivos (WALKER; AVANT, 2005).

No que tange aos casos inventados, estes contem ideias fora da experiência própria do conceito, geralmente estão associados à ficção científica e os casos ilegítimos exemplificam como o termo do conceito é utilizado de forma imprópria em outros contextos. Para as autoras, não são todas as análises de conceito que necessitam de casos inventados e ilegítimos, outros casos podem auxiliar na elucidação do conceito expresso no caso modelo (WALKER; AVANT, 2005).

O passo 7 – Identificar Antecedentes e Consequências auxilia no refinamento de atributos que definem o conceito de estudo e muitas vezes são ignorados ou analisados de forma superficial. Os antecedentes são caracterizados por eventos ou incidentes que ocorrem anteriormente à existência do conceito (WALKER; AVANT, 2005), são interdependentes e antecedem um fenômeno ou situação específica. A

possibilidade de identificação da origem do fenômeno favorece evidenciar fatores relacionados à diagnósticos de enfermagem e a identificação das consequências determinam ideias e relações úteis no desenvolvimento de novas pesquisas. Já em se tratando das consequências, estas são os resultados da ocorrência do conceito (WALKER; AVANT, 2005). É importante lembrar que as consequências advêm da experiência física, psicológica e emocional do indivíduo frente ao fenômeno ou situação, e por outro lado, eventos que por consequência causam reações concomitantes à ocorrência do fenômeno, não são consequências e sim podem ser outros atributos definidores. Transferindo este raciocínio aos diagnósticos de enfermagem, reações advindas do fenômeno e que ocorram concomitante a este, podem ser tratadas como características definidoras. Já reações advindas da experiência do fenômeno, são tratadas como consequências do diagnóstico de enfermagem e caracterizada como o resultado da experiência do fenômeno sobre o indivíduo, podendo ser identificados como outros diagnósticos de enfermagem distintos.

Por fim, o oitavo passo é definir as referências empíricas. Para tanto, nessa etapa cabe-se perguntar: “Como devemos fazer para mensurar ou determinar a existência deste conceito no mundo real?” Define-se pelos instrumentos que possibilitam medir o conceito de interesse e são apresentados quando a análise de conceito se aproxima da conclusão, isto é, “referências empíricas são classes ou categorias do fenômeno real que por sua existência ou presença demonstram a ocorrência do próprio conceito.” São importantes, pois favorecem a observação do fenômeno do ponto de vista clínico (WALKER; AVANT, 2005; p. 73). Quanto menor o nível de abstração maior será a aproximação do fenômeno.

3.1.1.2 Procedimentos metodológicos

Passo 1 - Seleção do conceito

Para a análise, considerou-se como conceito de interesse a dor em situação de parto, com menção à aplicabilidade do processo de enfermagem para parturientes em vigência do fenômeno de dor e que o diagnóstico de enfermagem que está sendo relacionado aos indicadores clínicos identificados neste período é o

de Dor Aguda, disponível na Classificação NANDA-I. Ao evidenciar o fenômeno em situação do trabalho de parto, identificavam-se mais atributos definidores para o referido evento clínico, como por exemplo, a evidência de contrações uterinas, seja como antecedente do fenômeno em determinados casos, como atributos da ocorrência de dor. Eventos que antecedem o fenômeno da dor nessa situação, bem como aqueles associados à experiência sensorial e emocional de dor à mulher que vivencia o fenômeno, supostamente se distinguem dos antecedentes referidos na definição do Rótulo Diagnóstico de Dor Aguda.

Passo 2 - Propostas da análise

Identificar os antecedentes e atributos do fenômeno da dor por ocasião do parto, bem como definições operacionais que possibilitem o esclarecimento do fenômeno nessa situação. A identificação dessas categorias possibilitou a construção de características definidoras que foram testadas na fase de validação clínica do diagnóstico.

Passo 3 - Identificação dos usos do conceito

Para identificar os diversos usos do conceito de dor em situação de parto, o estudo primeiramente buscou termos relacionados à dor para parturientes no DeCs, utilizando a palavra “Dor”. Foram identificados 44 descritores para diferentes tipos de dor, tendo um dos resultados sido referente ao parto e sido escolhido para a pesquisa. O descritor escolhido foi o de “Dor de Parto” (Português), “Dolor de Parto” (Espanhol) e *Labor Pain* (Inglês) que apresentam como sinônimo na língua portuguesa também os termos: “Dor do Trabalho de Parto”, “Dores do Trabalho de Parto”, “Dores de Parto” e “Dores do Parto” (DeCS, 2008a). *Labor pain* foi também um termo encontrado no *Medical Subject Headings* (MeSH, 2008), com indexações prévias de “Labor, Obstetric” (1965-2004) e “Pain” (1965-2004) para combinações. A identificação dos usos do conceito amparou a escolha do rótulo diagnóstico proposto: Dor de Parto.

Para a análise foram utilizados levantamento manual de artigos de periódicos, teses, livros textos, dicionários e levantamento em bases de dados informatizada MEDLINE, LILACS, CINAHL e Pubmed utilizando-se do descritor controlado “Dor de Parto” (*Labor Pain*) e seus sinônimos com acesso em 06 de dezembro de 2009. Incluíram-se para busca na íntegra, citações com resumos que continham pesquisas

sobre a origem, significados e conceito de dor de parto considerando os aspectos fisiológicos, psicológicos e culturais. Ao final 29 referências foram elegíveis para a análise de conceito.

Considerando que toda análise deve proceder-se de revisão de literatura e que a análise de conceito consiste em uma abordagem qualitativa, o presente estudo utilizou o método da revisão integrativa à luz do traçado metodológico de Whitemore (2005). Essa modalidade permite a inclusão de diferentes desenhos de pesquisa, bem como literatura empírica e pesquisas descritivas com abordagens quantitativas e qualitativas (WHITEMORE, 2005) (Quadro 1). Por outro lado, limitações quanto ao rigor metodológico não são consideradas nesse âmbito de pesquisa.

Tipo de publicação	Autor
Livro-texto	ACKLEY; LADWIG (2008); REZENDE FILHO; MONTENEGRO (2006)
Dicionário	DeCS (2008a); MeSH (2008)
Dissertação de mestrado	MACEDO (2007); DIAS (1996)
Artigos de periódicos	DAVIM; TORRES; DANTAS (2008); MAZONI; CARVALHO (2008); TSENG; JUU-SU (2008); KOJIC et al, (2007); MAUL (2007); OHEL et al. (2007); RUANO et al (2007); LANG et al (2007); MCCALLUM; REIS (2006); TROUT (2005); MCCOOL; SMITH; ABERG (2004); COSTA et al.,(2003); HODNETT (2002); LOWE (2002); BACKER et al (2001); MELZACK (2001); LUNDGREN; DAHLBERG (1998); ROWLANDS; PERMEZEL (1998); LOWE (1996); MACEVILLY; BUGGY (1996); WEBER (1996); BROWNRIDGE (1995); FRIDH; GASTON-JOHANSSON (1990); LOWE (1987).

Quadro 1 – Tipos de publicações analisadas para identificação dos antecedentes, atributos e consequências, Ribeirão Preto, 2009.

O produto final foi a sumarização dos estudos obtendo conclusões a partir do tema de interesse. Desse modo, considerou-se como objeto de estudo, o fenômeno da dor e como universo da pesquisa, a situação de parto. Como estratégias da revisão integrativa segundo critérios de Whitemore (2005), foram desenvolvidos os passos.

I. Para a identificação do problema foram estabelecidas questões norteadoras que possibilitassem a coleta dos dados em categorias distintas (APÊNDICE A); consideraram-se as seguintes questões (POLES, 2008; MAHON, 1994):

- Como a dor na situação do parto tem sido descrita na literatura? – nesta pergunta primou-se pela busca dos papéis do fenômeno em situação específica ou contexto em que se insere, pela origem (aquilo que causa ou antecede ao fenômeno para que este ocorra).
- Quais palavras ou expressões foram utilizadas para descrever a dor em situação de parto? – neste momento buscou-se por expressões que descreviam o fenômeno, incluindo descritores, evidências clínicas que caracterizam o fenômeno estudado, do ponto de vista de seus atributos.
- O que se pretende atingir com a dor na situação de parto? – essa análise visou identificar as consequências para a pessoa que vivencia o fenômeno, no caso, as parturientes.

II. A busca da literatura foi realizada a partir dos passos anteriormente descritos no referencial teórico de Walker e Avant (2005) em que se buscou identificar os diferentes usos do conceito.

III. A avaliação dos dados considerou uma variedade de métodos, com relatos empíricos e científicos contendo definições de dores de parto presentes em descritores de assunto, livros textos, artigos de periódicos, dissertações de mestrado incluindo delineamentos de pesquisas descritivas (WHITTEMORE, 2005; WALKER; AVANT, 2005).

IV. A análise dos dados foi realizada sendo os dados categorizados em antecedentes, atributos e consequências do conceito para a ocorrência de dor em parturientes (WHITTEMORE, 2005; WALKER; AVANT, 2005).

V. A apresentação dos dados consta na forma narrativa e está apresentada em tópicos considerando os passos 4, 5, 6, 7 e 8 do modelo de Walker e Avant (2005) (WHITTEMORE, 2005; WALKER; AVANT, 2005).

Passo 4 - Determinação dos atributos definidores

Nesta etapa foram identificados os atributos mais frequentemente associados ao conceito, nos contextos mais diversos, considerando percepções sensoriais e emocionais por meio de expressões que descreviam a dor de parto (WALKER; AVANT, 2005). Esse passo do método contribuiu essencialmente à identificação das manifestações de indicadores clínicos do fenômeno de dor em situação de parto, contribuindo para a construção do elenco de características definidoras que foram testadas na fase de validação clínica.

Passo 5 - Desenvolvimento de um caso modelo

Um caso modelo paradigmático foi desenvolvido pelo próprio pesquisador, como exemplo, considerando todos os atributos do conceito de dor de parto (WALKER; AVANT, 2005).

Passo 6 - Desenvolvimento de casos adicionais

Dois casos adicionais foram desenvolvidos para melhor elucidar o caso modelo, sendo eles o Caso *Borderline*²⁷ e o Caso Contrário, com menção ao caso *Borderline* por apresentar apenas alguns atributos do conceito e ao caso Contrário, como um exemplo clássico e claro de conceitos antônimos ao conceito de interesse que facilitam a compreensão do caso modelo (WALKER; AVANT, 2005).

Passo 7 - Identificar os antecedentes e consequências

Neste estágio foram identificados os antecedentes e consequentes do fenômeno, isto é, eventos que ocorreram previamente ou posteriormente a este. Considerando que estes eventos podem coincidir ou não com os atributos definidores (WALKER; AVANT, 2005; MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005). Os antecedentes do conceito de dor de parto contribuíram para a identificação dos fatores relacionados e as consequências podem ser outros diagnósticos de enfermagem já existentes ou passíveis de novos estudos.

²⁷ Adjetivo e substantivo; adj. 1 to be borderline: estar no limite; 2 a borderline case: um caso de difícil decisão; subst. To be on the borderline: estar no limite [entre duas situações]. Fonte: < <http://www.ldoceonline.com/>>.

Passo 8 - Definições de referências empíricas

Para conclusão da análise de conceito buscou-se por identificar as referências empíricas para os atributos definidores da dor de parto e em alguns casos os atributos definidores foram idênticos à referência, como por exemplo: alteração do tônus muscular uterino que apresenta baixo nível de abstração com menção a possibilidade de mensuração por meio da percepção tátil ou mais precisamente pelo registro contínuo da amplitude de pressão intrauterina por meio da cardiotocografia. Portanto, neste momento, consideraram-se categorias ou classes do fenômeno de dor observáveis em situação de parto. Para melhor operacionalização do conceito, levantamentos em bases de dados informatizadas LILACS e MEDLINE com descritores controlados “medição de dor” e “dor de parto” foram novamente realizados, com acesso em 11 de fevereiro de 2010, considerando-se para inclusão citações com resumos em que neste apresentaram pelo menos um instrumento de medida para atributos observáveis de dor em situação do parto. Encontraram-se 60 citações, já com a exclusão das repetidas, sendo 44 elegíveis para identificação de indicadores clínicos de dor, 38 especificaram os instrumentos de medida de intensidade e descritores do fenômeno da dor, bem como por levantamento manual em que 6 citações foram incluídas, incluindo artigos de periódicos, dissertação de mestrado e livros-textos. Um total de 50 referências possibilitaram definir operacionalmente atributos para a observação do conceito (Quadro 2). Esse conteúdo contribuiu para descrever as definições operacionais do elenco de características definidoras para a dor em situação de parto e identificar instrumentos de medidas para a observação do fenômeno da dor em situação de parto em ambiente clínico.

Tipo de publicação	Autor
Livro-texto	BICKLEY (2005); NEME (2005); REZENDE FILHO; MONTENEGRO (2006); NANDA-I (2010); SUNDSTRÖM; ROSÉN; ROSÉN (2000)
Dissertação de mestrado	CORREIA (1997)
Artigos de periódicos	MELZACK (1975); NOVATO; GROSSI; KIMURA (2010); BASTOS et al., (2007); GUSHI et al. (2004); ALMEIDA et al. (2005a); DAVIM; TORRES (2008); SILVA; OLIVEIRA; NOBRE (2009); BORUP et al., (2009); FLINK et al. (2009); AGARWAL; ZUTSI; BATRA (2008); WALDENSTRÖM; SCHYTT (2009); GOODMAN et al. (2009); KUSHTAGI; BHANU (2009); ABENHAIM; FRASER (2008); KIMBER et al. (2008); WINKELMAN et al. (2008); CONELL-PRINCE et al. (2008); ATIÉNZAR et al. (2008); VALEJO et al. (2007); PONGROJPAW; SOMPRASIT; CHANTHASANANONT (2007); OHEL et al. (2007); BILLER et al. (2007); ONAH et al. (2007); BEEBE et al. (2007); WHITTY et al. (2007); MEYER et al. (2007); CHAO et al. (2007); GERACI; BOTTAI (2007); CHANG; CHEN; HUANG (2006); NORMAN et al. (2006); LANG et al. (2007); ALEHAGEN et al. (2005); PALOMÄKI; HUHTALA; KIRKINEN (2005a); PALOMÄKI; HUHTALA; KIRKINEN (2005b) HARTMANN et al. (2005); BOROWSKA et al. (2005); MYLES; URQUHART (2005); ROELANTS; LAVAND'HOMME; MERCIER-FUZIER (2005); OLAYEMI et al. (2005); FERBER; GRANOT; ZIMMER (2005); ABSHAIKHA; OWEIS (2005); LEE; CHANG; KANG (2004); SUPANDJI; OCAMPO (2004); MISSANT et al. (2004).

Quadro 2 – Tipos de publicações analisadas para a identificação das referências empíricas, Ribeirão Preto/2010.

3.1.2 Opinião de enfermeiros especialistas

Fehring (1986) afirma que vários diagnósticos de enfermagem apresentavam contidos na Taxonomia I da NANDA-I apresentavam características definidoras irrelevantes e não eram identificados na prática clínica e fundamentado em métodos de validação. Ampliando progressos, Hoskins (1989) também defendeu a necessidade de pesquisas de validade clínica de diagnósticos de enfermagem, com menção às fases anteriores que consistem na validação de conteúdo a incluir neste critério, a análise de conceito, recomendando-se para tanto, a estrutura teórica de Walker e Avant (2005), como já descrita neste percurso metodológico. Em seus critérios, incluiu esta e a validação por especialistas como etapas que antecedem a estrutura metodológica de validação clínica. Nessa fase de validação por especialista, descreve que um elenco de características definidoras identificadas a partir da análise de conceito é revisado por enfermeiros expertos, segundo atribuição de valores a cada característica presente em um dado diagnóstico.

Para o desenvolvimento da validação de conteúdo por especialistas, Hoskins (1989) sugeriu o uso da fórmula proposta por Fehring (1986; 1994). Sendo assim, o presente estudo utilizou os critérios deste autor no que se refere à descrição do perfil dos enfermeiros peritos respondentes, mas não como critérios para a inclusão destes peritos; também utilizou o modelo para cálculos de médias ponderadas, pontos de cortes para características menos indicativas de um diagnóstico de enfermagem e cálculo do que o autor denomina como Validação de Conteúdo Diagnóstico - DCV total e que descreveremos nos tópicos a seguir.

Ressalta-se aqui, a fase incluída neste estudo no sentido de complementar a análise de conceito e que pretendeu identificar a opinião dos especialistas quanto à pertinência da definição de dor aguda para a situação de parto ao título atribuído pela NANDA-I, bem como das suas características definidoras; seguiu-se a avaliação por estes especialistas quanto à pertinência da elaboração do diagnóstico de enfermagem Dor de Parto, considerando-se uma nova definição para tal título diagnóstico, suas características definidoras, fatores relacionados e proposições de domínios e classes.

3.1.2.1 Referencial teórico segundo Fehring (1986; 1994)

O modelo *Diagnostic Content Validation* (DCV) estabelecido por Fehring (1987; p. 3) busca obter opiniões de enfermeiros expertos “sobre o grau em que cada característica definidora é indicativa de um dado diagnóstico”.

Para que se definam as características definidoras, recomenda-se uma revisão da literatura tanto para o diagnóstico como para as características definidoras (FERHING, 1994), permitindo neste modelo também a inserção características definidoras consideradas como “falsas”, isto é, não encontradas na literatura como indicativas do diagnóstico de enfermagem, este detalhe é opcional e para que se teste a confiabilidade de respostas (FEHRING, 1987).

O primeiro passo da análise refere-se à opinião dos peritos acerca da indicação da característica definidora para o diagnóstico a ser testado. Nessa etapa, uma lista de características definidoras é apresentada contendo uma escala tipo *likert* de 1 a 5 pontos, em que 1 considera como não característico ou indicativa do diagnóstico, 2 como muito pouco característico, 3 de algum modo característico, 4 é considerado como muito característico e 5 representa que a característica é muitíssimo indicativa do diagnóstico. Ao enfermeiro experto participante, permite-se assinalar apenas um escore da escala (FEHRING, 1987).

O segundo passo é opcional e consiste na realização da Técnica Delphi com a finalidade de obtenção consensual de um grupo de enfermeiros acerca das características que definem o diagnóstico com técnica específica para a avaliação com rodadas repetidas de questionários (FEHRING, 1987). Para este autor é um excelente método quando se pretende o consenso de um grupo de expertos.

O terceiro passo fundamenta-se em calcular as médias ponderadas dos escores atribuídos pelos enfermeiros peritos para cada uma das características definidoras, considerando-se o peso zero para o escore 1; 0,25 para 2; 0,50 para 3; 0,75 para 4 e 1,0 para o escore 5, peso estes atribuídos para que a média total não ultrapasse 1 (um inteiro).

O quarto passo consiste no descarte de características definidoras com média ponderada menor que 0,50. O autor justifica esse critério considerando tais características provisórias até que estudos com amostras amplas sejam realizadas ou estudos sejam repetidos e superem a referida média (FEHRING, 1987).

O quinto passo é o da classificação das características definidoras em que se considerou “maior” em termos de indicação para um dado diagnóstico. Características com médias ponderadas igual ou maiores que 0,80 foram inicialmente classificadas com este grau de indicação. Posteriormente passou-se a considerar que características definidoras com tais médias eram aquelas que se esperavam identificar na presença do diagnóstico. Já características que apresentem médias ponderadas menores que 0,80, mas que sejam maiores que 0,50 foram consideradas como indicadores secundários provisórios, e a estas também serão sugeridos outros estudos, embora não sejam descartadas; foram inicialmente classificadas como “menores”, isto é, passíveis de ocorrerem com menor frequência na presença do diagnóstico em estudo (FEHRING, 1987).

O último passo desse método consiste no que denomina como DVC total e este se obtém a partir da soma das médias dos escores individuais dividido pelo total de características definidoras que apresentem médias maiores que 0,50. De acordo com as diretrizes da NANDA-I, características definidoras consideradas como “maiores” estariam muito presentes porquanto na ocorrência do diagnóstico de enfermagem.

Outros detalhes metodológicos a serem abordados nesse referencial estão associados à seleção de enfermeiros expertos para a participação no estudo, Fehring (1994) estabeleceu critérios determinando a pontuação mínima de cinco pontos como critérios de inclusão à participação, dos quais quatro pontos derivam da titulação de mestre. A seleção considera como parâmetros: Titulação de Mestre em Enfermagem (4 pontos); Titulação de Mestre em Enfermagem com a dissertação direcionada para o conteúdo relevante do diagnóstico em estudo (1 ponto); Tese de Doutorado versando sobre diagnóstico de enfermagem (2 pontos); Prática clínica de pelo menos um ano de duração na área do diagnóstico em estudo (1 ponto); Certificado de prática clínica (especialização) relevante ao diagnóstico em estudo (2 pontos); Artigo publicado versando sobre diagnósticos de enfermagem e com conteúdo relevante para a área em foco (2 pontos); Publicação de artigo sobre diagnóstico de enfermagem em periódico de referência (2 pontos). Sendo assim, Fehring (1994) considera que quanto maior a pontuação do juiz maior será a poder de evidência dos resultados da validação.

3.1.2.2 Procedimentos metodológicos

A seleção de participantes para esta etapa oferece diversas discussões no que se refere às habilidades para o julgamento clínico. Galdeano e Rossi (2006) enfatizam ser fundamental identificar o enfermeiro com perfil de *expert*. As denominações de especialista e experto, esta última na língua portuguesa, são expressões comumente encontradas em estudos de validações de conteúdo diagnóstico em enfermagem. Partindo das expressões citadas, o estudo utilizou para denominação de seus participantes, as expressões nas variações “especialista” e “enfermeiro experto”, ainda que em seu conceito uma possa se diferir da outra.

Chaves (2008), tomando por base os critérios de seleção de enfermeiros expertos de Fehring (1987, 1994), afirma que não basta ao perito apresentar titulação, mas sim habilidades em identificar o diagnóstico, e essa condição ocorre à medida que o experto pertença à área relevante ou relacionada, no sentido de suas experiências, produções científicas, formação acadêmica e participação em organizações que visem a discussão nesse âmbito.

Galdeano e Rossi (2006, p. 64), em estudo de revisão, apontaram dificuldades associadas à seleção de enfermeiros expertos, isto é, julgar “o quanto cada característica definidora irá representar a categoria diagnóstica em questão e, conseqüentemente, o que deverá ser investigado na validação clínica” pode ser um desafio. Sobre a definição de expertos e especialistas concluem que os critérios de seleção de Fehring (1987) ainda são os mais indicados, mas independente destes, ressaltam que cada pesquisador deve descrever os critérios de sua pesquisa de forma detalhada.

3.1.2.2.1 População/Amostra/Seleção de especialistas

A população foi constituída de enfermeiros com titulação de especialistas em enfermagem obstétrica. Os seguintes critérios de inclusão foram considerados: 1) ser enfermeiro com especialização em enfermagem obstétrica e 2) possuir experiência profissional na área de Enfermagem Obstétrica de pelo menos um ano. Consideraram-se como critérios de exclusão participantes que enviaram, via correio manual ou eletrônico os instrumentos respondidos após a execução da análise dos dados.

Com vistas ao delineamento de estudo descritivo, a amostra não foi randomizada ou calculada, por se tratar de estudo original e sem menção de resultados de pesquisas anteriores que revelem discordância ou concordância ao diagnóstico de enfermagem 00132 – Dor Aguda (NANDA-I, 2010) para situação de parto. Fehring (1994) define como grande amostragem, estudos que variem entre 50 e 100 expertos. A presente pesquisa teve a pretensão amostral de 50 instrumentos de coleta de dados respondidos por especialistas. Não houve estratificação de amostra, portanto não apresentando em seu traçado a amplitude geográfica.

3.1.2.2.2 Instrumento de coleta de dados

A validação aparente do instrumento em sua versão primária foi realizada por quatro profissionais de saúde, convidados para tal finalidade sendo previamente enviada carta via e-mail formalizando o convite para a composição dos juízes. Sendo convidados: 1 Obstetra (Experiência Clínica: 6 anos) e 3 Enfermeiras: 2 Enfermeiras obstetras (1 Doutora, Professora Titular de Instituição de Ensino Superior, com experiência clínica de 35 anos e autora de estudos sobre a dor de parto; 1 pesquisadora e docente na área de diagnóstico de enfermagem) e 1 Especialista em Avaliação de Dor Humana/Avaliação e Mensuração de Variáveis Subjetivas, com experiência de 30 anos. Para a validação aparente, os juízes utilizaram formulário contendo itens que permitiram avaliar o instrumento de coleta de dados quanto à facilidade de leitura e clareza, formato e apresentação, objetividade, abrangência e coerência de conteúdo, finalizado com espaço em branco para sugestões.

À validação por aparência da parte 1 – Caracterização dos sujeitos (especialistas) - acrescentou-se sugestões quanto à clareza, abrangência e coerência do conteúdo, sugerindo acréscimo de perguntas sobre: experiência no acompanhamento do trabalho de parto, local de experiência (hospitais, maternidades, centros de parto normal, casas de parto ou domicílio, experiência no ensino de Enfermagem Obstétrica); alteração do “tema” do item 3 para “linha ou área de pesquisa”, bem como acréscimo de outra afirmação item no 4: “Utilizo o sistema de classificação NANDA”. A primeira sugestão foi acatada, considerando-se não pertinente as sugestões de alteração e acréscimo nos itens 3 e 4, respectivamente; 2 – Validação

do Diagnóstico de Enfermagem – Houve sugestões quanto à facilidade de leitura/clareza, à suspender a definição de “trabalho de parto” e “fatores relacionados da Dor Aguda (NANDA)” para as linhas anteriores às questões/afirmações, identificação alfabética frente à cada definição de “dor de parto”, bem como acréscimos explicativos nas questões 1, 2 e 3, sendo todas as sugestões acatadas; 3 – Validação das Características Definidoras da Dor de Parto – As sugestões de acréscimo foram quanto à facilidade de leitura/clareza, a acrescentar explicações no conteúdo introdutório. Todas as sugestões foram acatadas.

Após as alterações concluiu-se a elaboração do Instrumento de Coleta de Dados (Especialistas) (APÊNDICE B).

O instrumento de coleta de dados foi estruturado contendo 3 partes. A primeira abordou a caracterização do participantes: composta de itens para o preenchimento de dados de identificação e questões referentes à experiência profissional no ensino, pesquisa e assistência de enfermagem, segundo pressupostos de Fehring (1994).

A segunda parte refere-se à elaboração e Validação do Diagnóstico de Enfermagem “Dor de Parto”. Inicialmente foram apresentadas a definição do diagnóstico composto da definição do diagnóstico de enfermagem 00132 - Dor Aguda segundo a NANDA-I (2009 – 2011), bem como de outras definições de dores em parturientes encontradas na literatura considerando o conteúdo identificado a partir da análise de conceito segundo a estrutura teórica de Walker e Avant (2005), com definição elaborada pelo próprio pesquisador. Indagou-se aos peritos se a Definição de *dor aguda* retratava o fenômeno de dor de parto. Aos discordantes indagou-se se a definição proposta pelo autor retratava o referido fenômeno. Repetiu-se o procedimento para os elementos Fatores Relacionados. A identificação da opinião dos especialistas era possível dentre três possibilidades de respostas: 1- concordo, 2- discordo e 3- não sei; e espaços para o preenchimento de comentários.

Na Parte 3 do instrumento foi abordada a Validação das Características Definidoras para o Diagnóstico de Enfermagem “Dor de Parto”: nesta, uma lista de características definidoras foi apresentada com suas respectivas definições (conceituais e operacionais), também identificadas a partir da etapa de análise de conceito, incluindo neste a inserção de características definidoras consideradas como “falsas” (FEHRING, 1987), sendo elas: Constipação e Diarreia. Também se incluíram como possíveis características definidoras falsas duas evidências

categorizadas como consequências da experiência de dor de parto, “Disposição para enfrentamento aumentado” e “Enfrentamento ineficaz”.

Os indicadores clínicos opinados foram elencados a partir das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda (NANDA-I, 2010) e reformulados a partir dos atributos definidores encontrados para a dor em situação de parto: alteração do tônus muscular, alterações de pressão sanguínea, alterações na frequência cardíaca, alterações da frequência respiratória, comportamento de distração, gestos protetores/comportamento de defesa, foco em si próprio, dilatação pupilar, distúrbio do sono, náuseas, vômitos, inapetência, apetite aumentado, constipação, diarreia, evidência observada de contração uterina, foco estreitado, diaforese, relato verbal ou codificado, comportamento expressivo, expressão facial de dor, evidência observada de dor, disposição para enfrentamento aumentado, posição antálgica para evitar dor, enfrentamento ineficaz, ansiedade, alteração da função urinária e alteração da função neuroendócrina.

Ao final, dois espaços foram reservados para registros de características identificadas pelo enfermeiro experiente, a partir de experiências passadas de observação do fenômeno de dor na situação de parto. No instrumento, as definições conceituais e operacionais apresentam-se resumidas para que à leitura e interpretação não fadigue o respondente.

As características definidoras foram pontuadas conforme escala do tipo Likert composta por cinco pontos em que ao ponto 1 foi atribuído como “não característico”; 2, quando “muito pouco característico”; 3, “de algum modo característico” ; 4, quando “muito característico” e finalmente 5, atribuído ao indicador como “muitíssimo característico” do diagnóstico Dor de Parto.

3.1.2.2.3 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Catanduva conforme Resolução do CONEP 196/96 e aprovado para a posterior execução sob registro nº 34/08.

3.1.2.2.4 Procedimentos de coleta de dados

Nomes de enfermeiros da área da saúde da mulher foram buscados via internet em instituições de ensino superior, com titulação de especialista comprovada pelo Currículo Lattes quando em condição de domínio público ou do próprio conhecimento do pesquisador e de outros profissionais por recrutamento em “bola de neve”, isto é, mediante o conhecimento sobre os critérios de seleção o profissional de enfermagem manifestava indicações de outros especialistas. Envio de *emails* informando os procedimentos, com arquivos contendo instrumento de coleta de dados em *Word* (APÊNDICE B), com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em formato PDF (APÊNDICE C) foram feitos à 71 endereços eletrônicos de enfermeiros obstetras no período de 12 a 19 de abril de 2011. O prazo para devolução do instrumento e TCLE assinado foi de 30 dias após a data de envio ou entrega, abrindo-se a possibilidade de formulários preenchidos e entregues em mãos até a data de 29 de abril de 2011.

3.1.2.2.5 Análise dos dados

A análise considerou preceitos do modelo *Diagnostic Content Validation* (DCV) estabelecido por Fehring (1986); embora com amostragem limitada, a análise propôs a descrição do modelo.

As informações coletadas foram armazenadas, utilizando-se o aplicativo Planilha *Microsoft Excel for Windows*, versão 2007 e a técnica da dupla digitação para verificação de possíveis erros de transcrição e posteriormente analisadas utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 para *Windows*.

Para essa análise foi calculada a medida de tendência central (média), da qual, por Fehring (1987) é denominada como DCV, isto é, o cálculo das médias ponderadas dos escores atribuídos pelos enfermeiros expertos para cada uma das características definidoras, considerando-se o peso zero para o escore 1; 0,25 para 2; 0,50 para 3; 0,75 para 4 e 1,0 para o escore 5.

Ao final, calculou-se o DCV total, obtido a partir da soma das médias dos escores individuais, dividido pelo total de características definidoras que apresentaram médias maiores que 0,50.

3.2 Fase 2 - Validação clínica do diagnóstico

O modelo de *Validação Clínica de Diagnóstico* (CDV) fundamenta-se na obtenção de evidência acerca do diagnóstico de interesse em ambiente clínico real (FEHRING, 1987). Essa é uma modalidade de estudo que pouco tem sido explorada, embora possibilite força de evidência maior para predizer a existência do diagnóstico de enfermagem.

Gordon e Sweeney (1979) enfatizaram a importância do desenvolvimento de um modelo clínico com observações diretas sobre fenômenos que acometem pacientes para evidenciar categorias diagnósticas, dada a precisão dos dados provenientes de fontes de observação em ambientes clínicos.

Sendo assim, delineamentos cuidadosos no sentido de incluir sujeitos que apresentem o diagnóstico na prática clínica, com critérios de seleção, construção de instrumentos sensíveis e aplicação de testes estatísticos apropriados, são importantes à execução do estudo nessa dimensão.

Esta fase de estudo apresenta como proposição validar de forma clínica o diagnóstico “Dor de Parto”; para tanto apresenta delineamento de estudo observacional para a obtenção e análise de dados que possibilitem: 1) verificar a frequência de ocorrência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor de Parto durante a fase ativa do trabalho de parto; 2) comparar as frequências de ocorrência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor de Parto considerando as fases ativa inicial e ativa final do trabalho de parto; 3) correlacionar a referência verbal de dor com a amplitude de pressão intrauterina provocada pelas contrações; 4) Identificar os relatos verbais e codificados de dores de parto considerando a localização anatômica e os descritores de dores percebidos pela parturiente.

3.2.1 Referencial teórico segundo Fehring (1987)

A segunda abordagem de Fehring (1987), para se obter a validade de um diagnóstico de enfermagem consiste na *Validação Clínica de Diagnóstico (CDV model)*, nesse momento, evidências para um dado diagnóstico são obtidas a partir de um ambiente clínico, isto é, por meio de observação direta ao paciente que apresenta o fenômeno de interesse.

Se o diagnóstico se relaciona a uma resposta fisiológica, utiliza-se o modelo original descrito em 1986, em que se indica a observação clínica direta por dois enfermeiros expertos, no que diz respeito à frequência de ocorrência de características definidoras. Por outro lado, se as respostas são cognitivas ou afetivas e oferecem maior nível de abstração, sugere que a obtenção dessas informações seja reportada pelo paciente-sujeito. Em face de um diagnóstico que apresente ambos os tipos de respostas, faz-se a combinação de abordagens (FEHRING, 1987).

Outro detalhe importante está relacionado à construção do instrumento que contém o elenco de características definidoras a serem testadas, estas devem ser descritas de forma clara, se possível com definições operacionais para cada característica definidora (FEHRING, 1987).

Fehring (1986) recomenda que as características definidoras oriundas da validação por expertos com médias ponderadas menores ou iguais a 0,50 sejam descartadas e as com escores de médias maiores que 0,50, mas menores que 0,75 sejam consideradas como críticas. Sparks e Lien-Gieschen (1994), propuseram novas interpretações para essas médias, classificando as características definidoras para descarte como sendo aquelas que obtiveram médias igual ou menores que 0,60, classificando características definidoras com médias entre 0,80 e 1,0 como características principais.

O primeiro passo desse modelo, após identificação das características definidoras com suas respectivas definições, é a coleta de dados em que, por meio de observação clínica de dois enfermeiros expertos e de forma independente, identifica a presença ou ausência de características definidoras no participante do estudo selecionado com o diagnóstico pré-estabelecido.

Em seguida, obtêm-se o *coeficiente de fidedignidade* para cada característica definidora, conforme sugerido por Fehring (1986, p.5)

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{\frac{F_1}{N} + \frac{F_2}{N}}{2}$$

Em que se considera A = número de concordância, D = número de discordância, F1 = frequência de características observadas pelo primeiro observador, F2 = frequência de características observadas pelo segundo observador, N = número de sujeitos observados e R = índice de concordância entre observadores.

3.2.2 Procedimentos metodológicos

O delineamento do tipo observacional fundamenta-se na observação direta da doença, agravamento, evolução ou fenômeno presente no participante, (em que neste caso se tratou do fenômeno da dor em uma dada situação: fase ativa do trabalho de parto), entretanto sem intervir ou modificar qualquer aspecto do ambiente clínico ou do sujeito portador do diagnóstico (parturientes) (CAMPANA et al., 2001; HOCKMAN et al., 2005).

O objeto de estudo, dor em situação de parto, foi limitado à observação por período (dilatatório) e posteriormente limitado a uma fase deste período, a fase ativa segundo a classificação de Greenhill e Friedman (1976). Embora o processo de parturição envolva os aspectos hormonais, mecânicos e clínicos, o desenho da pesquisa fundamentou-se nos aspectos funcionais que marcam a temporalidade e evolução do trabalho de parto por evidência clínica de contratilidade uterina, de dilatação da cérvix e de descida fetal, este último caracterizado pelos aspectos mecânicos do parto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011). Com vistas ao perfil clínico de contratilidade, aceleração da dilatação e de descida de apresentação ao canal de parto, demarcou-se o período de observação clínica do fenômeno de dor para esse evento.

Greenhill e Friedman (1976) classificaram o período de dilatação em duas fases, a latente e a ativa do trabalho de parto. A fase latente é caracterizada pelo início das contrações regulares, que neste período são lentas e atentam-se à orientação, polarização e coordenação. Na maioria dos eventos de parto em condições típicas, o colo mantém-se fechado e pouco se observa em termos da descida fetal nessa fase; em gestantes nulíparas tende a durar em média 8,6 horas, não excedendo a duração de 20 horas, cumprindo-se nas múltiparas a duração média de 5,3 não se estendendo às 14 horas. Ao final da fase, a clínica do período aponta o amolecimento, apagamento e início da dilatação da cérvix. Montenegro e Rezende Filho (2011), afirmam que nas primíparas é comum o apagamento antes do início da dilatação. Geralmente ao início da fase latente, as gestantes informadas quanto aos sinais clínicos de trabalho de parto não procuram o serviço hospitalar, mas se preparam à admissão.

A fase ativa se revela pela dilatação da cérvix em progressos gradativos. De início o colo torna-se totalmente apagado e ao apresentar por cerca de 3 centímetros, as contrações intensificam-se, o que as tornam efetivas para o aumento progressivo da dilatação, seus intervalos se apresentam coordenados (GREENHILL; FRIEDMAN, 1976) e a frequência de contrações tende a variar entre 2 e 5 em um período de 10 minutos, com durações que variam entre 30 e 45 segundos (BUENO, 2006; ALMEIDA et al, 2005b). Para Bueno (2006), a velocidade mínima de dilatação da cérvix em nulíparas em condições normais é de aproximadamente 1,2 centímetros por hora, sendo nas múltiparas em média de 5,7 centímetros por hora, nesta raramente menor que 1,5 centímetros. Segundo Friedman (1978), considerando evoluções não distociadas, a fase ativa finaliza-se anteriormente à dilatação total de 10 centímetros. Bueno (2006) descreve que a duração média da fase ativa em nulíparas não deve ultrapassar a média de 5,83 horas, nas múltiparas não ultrapassando o tempo médio de 4,66 horas. Friedman (1978) pontua que se observa com frequência, a descida fetal durante a fase ativa do trabalho de parto.

O período pélvico, para Friedman (1978) ou de expulsão para a literatura clássica compreende a fase de desaceleração da dilatação com a descida fetal e delivramento definindo-se pela exploração do trajeto pélvico, embora esta já possa se consumir durante o período de dilatação. A descida fetal atinge seu máximo ao momento em que desacelera a dilatação da cérvix cumprindo-se progressivamente a distensão do assoalho pélvico, concluindo-se este ao delivramento (GREENHILL;

FRIEDMAN, 1976; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011). Descreve-se o terceiro período pela dequitação e eliminação da placenta e um quarto período, também denominado como Greenberg com duração de uma a quatro horas após a saída da placenta e estabilização dos sinais vitais (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; JOHNSON, 2012). Alguns autores adotaram classificações de períodos clínicos do parto com outras denominações, mas que se descrevem igualmente em seu contexto (ZUGAIB, 2012).

No que se refere o fenômeno da dor em situação de parto, este se instala durante a fase latente e ativa do trabalho de parto. A dor advém da distensão do segmento uterino perseverando à dilatação da cérvix e por ocasião das contrações intermitentes que se intensificam também na fase ativa (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

A abordagem temporal da pesquisa foi prospectiva considerando que os dados foram coletados no presente, isto é, durante a ocorrência do fenômeno, possibilitando a continuidade da obtenção de informações sobre o dado acontecimento no futuro, o que conferiu ao estudo a contemporaneidade e qualidade das informações colhidas (HOCKMAN et al., 2005).

Tomando-se por base a necessidade de conhecer e testar os indicadores clínicos do fenômeno estudando sua distribuição no tempo, espaço e considerando-se os aspectos individuais para a presença desses indicadores (HOCKMAN et al., 2005), a frequência de ocorrência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor de Parto foi investigada na fase ativa do trabalho de parto, obtida por perfil epidemiológico de avaliação do tipo descritivo em dois momentos, sendo eles: 1) Primeira avaliação que ocorreu em parturientes que apresentaram dilatação cervical entre 4 e 7 centímetros; 2) Segunda avaliação em parturientes que apresentaram dilatação cervical entre 8 e 9 centímetros, atentando neste período para a fase de transição do período dilatatório para o período denominado pélvico ou expulsivo. Estes dois momentos de fase ativa foram considerados como avaliações distintas: na primeira foram observadas 49 parturientes e na segunda 37 parturientes na segunda avaliação, 31 parturientes participaram de ambas as avaliações.

Sendo assim, características definidoras provenientes do diagnóstico de enfermagem 00132 – Dor aguda (NANDA-I, 2010) e características encontradas na Fase 1 – Análise de conteúdo para a situação do parto, segundo referencial teórico de Walker e Avant (2005) foram inseridas como indicadores a serem observados

considerando o fenômeno da dor na fase ativa do trabalho de parto, com exceção as características definidoras: *Alteração da função urinária* e *Alteração da função neuroendócrina* que não foram testadas. *Ansiedade*, *Enfrentamento ineficaz* e *Disposição para enfrentamento aumentado* também não foram testados como características definidoras, por se tratarem de elementos de confusão e que exigem outro tipo de análise. À medida que a ansiedade também pode ser um preditor para a experiência máxima de dor, pode anteceder-se ao processo de parturição e potencializar indicadores clínicos de dor (LANG et al., 2006; IASP, 2004). Sobre *Enfrentamento ineficaz* e *Disposição para enfrentamento aumentado*, estes são consequências da experiência de dor, do medo e da ansiedade, portanto dois possíveis diagnósticos identificados à experiência de dor e suas ocorrências dependerão de outros aspectos cognitivos relacionados à maternidade (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008; RUANO et al., 2007; HODNETT, 2002) e preparo para o parto (LAMAZE INTERNATIONAL EDUCATION COUNCIL, 2004).

Justifica-se a exclusão das características *Alteração da função urinária* e *Alteração da função neuroendócrina* supracitadas pela temporalidade do fenômeno de dor no período dilatatório de fase ativa e inviabilidade do ambiente clínico à aplicação dos métodos de medidas disponíveis. Em relação à temporalidade do fenômeno de dor no período dilatatório (de fase ativa), se considerarmos um ambiente clínico em que todas as participantes do estudo seriam observadas com aproximadamente 3 centímetros de dilatação, teríamos em média a duração de 5 horas para o término da fase ativa do trabalho de parto em nulíparas e em torno de 2,4 horas em múltiparas (FRIEDMAN, 1978). Em relação ao ambiente clínico, era imperioso considerar os aspectos da assistência ao parto sob o paradigma humanístico, com propostas mais acolhedoras e menos intervencionistas (BRASIL, 2004; ABENFO, 2010).

Do ponto de vista fisiológico, *Alteração da função urinária*, em presença de dor, ocorre como resposta ao aumento da concentração de noradrenalina, mediador químico liberado pelas terminações nervosas simpáticas, exercendo efeito vasoconstritor, especialmente sobre a arteríola aferente. A *Alteração da parte autônoma do sistema nervoso* tem o poder de aumentar a vasoconstrição nessa arteríola e provocar a redução da pressão de filtração glomerular, cabendo-se lembrar que durante a gestação normal o ritmo de filtração glomerular está aumentado em cerca de 50%, com fluxo plasmático renal também aumentado de 30

a 50% até ao término da gestação (ATALLAH; ABDALA, 1977), contribuindo para viés a essa resposta. O reflexo de micção é autonômico, ao estímulo doloroso podendo ser inibido ou facilitado por ação da medula espinal. O aumento da concentração dos hormônios adrenocorticotróficos pode causar a retenção urinária (GUYTON; HALL, 2002). Para tanto, comprovar a presença da característica definidora *Alteração da função urinária* requer medidas de clearance de creatinina sérica ou urinária no período de 24 horas antes do período de dilatação e 24 horas a partir do início do mesmo, bem como balanço hídrico com necessidade de controle de diurese por armazenamento espontâneo ou por cateterização vesical de demora (BASTOS et al., 2007; GUSHI et al., 2004).

A presença da característica definidora *Alteração da função neuroendócrina*, dependerá de derivados do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) que são liberados pela pituitária em resposta à dor. Ocorre aumento progressivo do Beta Endorfina Plasmático que se correlaciona com a intensidade de dor e dilatação cervical. Os níveis de cortisol plasmático aumentam, entretanto, ansiedade pode contribuir para a resposta pituitária à dor (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998). Para tanto, dosagens das concentrações plasmáticas ou salivares de cortisol devem ser identificadas pelo menos no período preparatório do parto, isto é, antes da instalação do fenômeno da dor, bem como durante a fase ativa do trabalho de parto e pós-parto, com menção também ao ritmo circadiano em que serão diferentes nos momentos de coleta (ALMEIDA et al., 2005; ENTRINGER et al., 2010).

Com a finalidade de verificar as diferenças de frequências de ocorrência de características definidoras na fase ativa inicial e fase ativa tardia do trabalho de parto, realizou-se estudo comparativo, dado que esse tipo de estudo permite comparar grupos diferentes, mas que apresentem o mesmo fenômeno (HOCHMAN et al., 2004).

Estudo correlacional foi realizado buscando relações entre as características definidoras *alteração do tônus muscular* em que considerou a medida de amplitude de pressão intrauterina desencadeada pelas contrações e *Relato verbal ou codificado* (intensidade de dor) medida pela Escala Visual Analógica (EVA), em que 0 (zero) significa a ausência de dor e 10 considera-se como a pior intensidade de dor. Esse estudo teve por finalidade estabelecer a relação entre as referidas variáveis.

Por fim, a pesquisa retomou a abordagem descritiva identificando descritores de dor por meio do Inventário de Dor McGill adaptado para Língua Portuguesa, considerando as dimensões de descritores sensitivos, afetivos, avaliativos e de miscelânea, presentes (MELZACK, 1975; PIMENTA; TEIXEIRA, 1996). Ressalta-se aqui, a temporalidade da aplicação deste instrumento, feita no período em que variou de 3 a 12 horas após o parto, estando a parturiente em unidade de alojamento conjunto.

3.2.2.1 Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida no interior de São Paulo, Brasil. Trata-se de um hospital de filantropia, considerado como centro de referência para gestação de alto risco. Segundo os dados da instituição, realizou no ano de 2010 a média mensal de 39,2 partos normais, com 59,7% de operações cesarianas anuais e a média mensal de 37,9 partos normais, com 63,5% de cesarianas durante o ano de 2011.

O ambiente clínico foi a Unidade de Pré-Parto composta por seis leitos nos quais se admitem gestantes com diagnósticos de trabalho de parto, bem como gestantes de alto risco para tratamentos clínicos de curta duração.

O modelo de assistência obstétrica é intermediário, isto é, intercala uso de alta tecnologia com o predomínio da atuação médico-obstétrica e participação de enfermeiras obstetras durante o trabalho de parto e nascimento, supervisionando e assistindo parturientes no período diurno sob o paradigma humanístico, constituindo em atuações menos intervencionistas e mais acolhedoras. Atuam com práticas consideradas benéficas segundo a Organização Mundial da Saúde, promovendo o uso de técnicas alternativas e menos intervencionistas, não utilizando por via de regra as analgesias de parto por raquianestesia, peridural e bloqueios combinados raqui-peridural.

3.2.2.2 População/Amostra/Período da coleta de dados

A população de estudo foi a de gestantes admitidas em fase ativa do trabalho de parto do município em que está o hospital sede do estudo e de municípios vizinhos.

Com vistas ao delineamento de estudo descritivo, tomando-se por base que a presença do fenômeno da dor é frequente no trabalho de parto e que pelo menos 95% das parturientes tendem a apresentar o diagnóstico em algum momento do trabalho de parto, com pequena parcela variando apenas entre 10 e 25% das parturientes que experimentam dores em intensidade classificada como leve (SBED, 2007; MELZACK, 1993; NIVEN; GIJSBERS, 1984), estimou-se, por conveniência, a amostra de 60 parturientes, considerando a média mensal de partos normais dos últimos 2 anos. Sendo assim foram incluídas no estudo 55 parturientes admitidas para trabalho de parto no período de 20 de dezembro de 2011 a 22 de fevereiro de 2012.

3.2.2.3 Critérios de inclusão

Foram incluídas parturientes nulíparas, primíparas, secundíparas e multíparas com idades igual ou maior a 18 anos, com idade gestacional entre 28 e 42 semanas ou mais, de gestação única e tópica, feto vivo e em situação longitudinal, admitidas na unidade de pré-parto para evolução do trabalho de parto com contrações uterinas de no mínimo duas em dez minutos com duração igual ou maior a 40 segundos e dilatação cervical entre 4 e 9 centímetros, com colo uterino fino.

A maioria das mulheres relata dor durante o trabalho de parto, mas essa dor apresenta níveis de intensidade variáveis (IASP, 2007) e a percepção do fenômeno envolve componentes sensoriais, afetivos e cognitivos (MELZACK; WALL, 1965; PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

Ao selecionar “uma porção ou parte de uma população de interesse” devemos primar pela homogeneidade desta, isto é, de que todos os elementos da população tenham a probabilidade conhecida e não nula de pertencer à amostra (HULLEY et al, 2003) para tanto se consideraram os indicadores clínicos que caracterizam as participantes do estudo na fase ativa do trabalho de parto, assim denominando-as como parturientes. Embora a percepção de dor seja modulada por múltiplas influencias, apresente interpretações subjetivas que envolvam experiências de vida

(LOWE, 2002) e tenha intensidade, frequência, duração e características também moduladas pelos aspectos hormonais, mecânicos e clínicos do parto, adotou-se por estudar o fenômeno da dor nessa situação considerando-se as diferenças de paridade, idade materna, idade gestacional e apresentações (cefálica e pélvica) como variáveis descritivas.

A inclusão de trabalhos de partos prematuros se fez, considerando a frequência que em aproximadamente 75% dos casos ocorrem de forma espontânea (IAMS, 2002).

3.2.2.4 Critérios de exclusão

Consideraram-se como critérios para a exclusão, parturientes que à admissão em unidade de pré-parto apresentassem suspeita diagnóstica ou diagnóstico de ruptura uterina; histórico de duas operações cesarianas anteriores, que à ultrassonografia comprovasse prematuridade extrema; indicações absolutas de cesariana por diagnóstico de desproporção céfalopélvica, hemorragias obstétricas, sofrimento fetal, hipertensão induzida pela gestação e não controlada, frequência cardíaca fetal não tranquilizadora e/ou mecônio ou portadoras de HIV com operação programada. Também seriam excluídas aquelas que antes e durante as avaliações do estudo fossem submetidas à analgesia peridural, raquianestesia e bloqueios combinados raqui-peridural, e quando na solicitação da retirada do estudo pelo consenso da própria parturiente.

Ruptura uterina é a “separação completa ou remoção na parede do útero com ou sem expulsão do feto, pode ser devido a lesões, múltiplas gravidez, fetos grande, cicatrizes prévias ou obstrução” (DeCs, 2012b) tem incidência em torno de 0,06% (LANG; LANDON, 2010). Miller et al (1997) encontraram 10 casos em 16.849 partos. Segundo Goebel et al (2010), repercute em elevada morbimortalidade materna e fetal; caracteriza-se de início subitito por fortes dores abdominais, ao exame clínico, evidenciando-se dificuldade de ausculta cardíaca fetal, parada de contrações uterinas, sangramento por via vaginal e choque. Um estudo multicêntrico, revelou a taxa de 1,7% de ruptura uterina após duas ou mais cesáreas anteriores comparada a 0,6% após uma cesariana anterior (MILLER; DIAZ; PAUL, 1994).

Define-se como prematuro, recém-nascidos provenientes de gestações inferiores a 37 semanas e são classificados como prematuros extremos aqueles de

gestações inferiores a 28 semanas, mesmo assim, prematuros podem ser classificados com pesos adequados para a idade gestacional (AIG), pequenos para a idade gestacional (PIG) ou grandes para a idade gestacional (GIG) (WHO, 1985; CARDOSO-DERMATINI, 2011). À prematuridade extrema, dada ao aumento da morbimortalidade fetal e perinatal, bem como tamanho fetal para os aspectos mecânicos do parto, optou-se pela exclusão.

As indicações absolutas de cesarianas fundamentalmente se conferem às desproporções céfalopélvicas, hemorragias obstétricas de terceiro trimestre, síndromes hipertensivas da gestação, sofrimento fetal e às portadoras de HIV que já estejam com operação programada, embora não por via de regra recomendada, situações transversas/apresentações córmicas e frequências cardíacas fetais não tranquilizadoras com presença ou não de mecônio (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010), são situações que se portam à interrupção do trabalho de parto, e que desse modo, impossibilitariam a primeira avaliação que ocorre entre 4 e 7 centímetros de dilatação.

Conforme estudos, a analgesia peridural ou epidural atualmente é indicada desde as fases iniciais do trabalho de parto, entretanto existem controvérsias no que se refere à possibilidade do parto ativo, como por exemplo, o incentivo a deambulação, entre outras técnicas que viabilizariam a descida fetal, dada a depressão pela ação opióide. Já em fases avançadas do trabalho de parto exigem elevadas concentrações anestésicas com riscos de bloqueio motor e parada da progressão do trabalho de parto (VIEIRA JUNIOR; SILVA, 2008). Nessa modalidade a mulher não apresenta a percepção sensorial de dores associadas às contrações, mas relata a presença da pressão perineal exercida pela cabeça fetal sobre o assoalho pélvico. A raquianestesia é considerada uma técnica anestésica e analgésica com indicação ao trabalho de parto avançado (período expulsivo), pois apresenta duração limitada. Bloqueio combinado raqui-peridural tem a possibilidade de conversão para anestesia na indicação da cesariana (VIEIRA JUNIOR; SILVA, 2008). Dada a ação analgésica e anestésica, o uso destes impossibilitaria a observação clínica do fenômeno de dor na situação proposta.

3.2.2.5 Instrumentos de coletas de dados

Instrumento 1

O instrumento de coleta foi elaborado na forma impressa constando de quatro partes, sendo elas: Parte A – Dados de identificação da parturiente; Parte B – Necessidades Psicobiológicas, Parte C – Necessidades Psicossociais e Parte D – Avaliação clínica de dor em fase ativa do trabalho de parto .

A elaboração do instrumento, na presente fase partiu de reuniões prévias realizadas com dois membros NANDA-I, sendo 1 enfermeira brasileira (orientadora) e 1 enfermeira norte-americana (professor visitante).

A validação aparente do instrumento em sua versão primária em que continha as Partes A – Dados de identificação da parturiente, B – Necessidades Psicobiológicas, C – Necessidades Psicossociais, D – Necessidades Psicoespirituais e E – Avaliação Clínica de dor em fase ativa do trabalho de parto foi realizada por 3 enfermeiras obstetras convidadas para a composição de juízes, com tempo de experiência no acompanhamento do trabalho de parto que variaram entre 3 e 10 anos. Todas afirmaram trabalhar com os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I na assistência hospitalar, 2 enfermeiras afirmaram apresentar experiência na utilização da classificação NANDA-I variando entre 1 e 3 anos e 1 enfermeira afirmou experiência maior que 5 anos. Uma enfermeira apresentava grau de mestre e estudou o perfil epidemiológico da população de gestantes adolescentes, sendo doutoranda com desenvolvimento da pesquisa voltado à experiência de implantação de um Centro de Parto Normal. Uma enfermeira realizou trabalho científico do tipo monografia, nesta enfocando os diagnósticos de enfermagem em idosos institucionalizados e uma enfermeira publicou um trabalho científico em periódico indexado abordando a técnica alternativa do banho terapêutico de chuveiro para o relaxamento e alívio da dor no trabalho de parto.

Sobre a Parte A – Dados de identificação da parturiente, todas as enfermeiras julgaram a facilidade de leitura e clareza, formato e apresentação, objetividade, abrangência e coerência de conteúdo como pertinentes ao instrumento.

Ao julgamento da Parte B – Necessidades Psicobiológicas, C – Necessidades Psicossociais e D – Necessidades Psicoespirituais, uma enfermeira manifestou opinião referente à extensão do instrumento, nestes tópicos contendo excesso de dados, com repetições de vários no tópico E e que contribuiria à inviabilidade da coleta durante a

evolução da fase ativa do trabalho de parto, bem como tornaria a coleta dispendiosa, com potenciais de desencadear componentes de cansaço ao pesquisador e participante. Sendo assim, sugeriu que o mesmo fosse aplicado em uma parturiente para posterior julgamento de exclusão de dados e inviabilidades na aplicação do mesmo.

A Parte E – Avaliação clínica de dor em fase ativa do trabalho de parto foram julgadas como pertinentes para a facilidade de leitura e clareza de dados, formato e apresentação, objetividade, abrangência e coerência de conteúdo. Neste tópico foram sugeridas algumas sugestões de revisão ortográfica e inclusões de instrumentos de medidas para as características definidoras: *evidência de contração uterina*, *alteração do tônus muscular* e *dilatação pupilar*. Sugerindo a inclusão da alteração de tono uterino identificado por meio do registro contínuo da cardiotocografia (em mmHg) às características definidoras *evidência de contração uterina* e *alteração do tônus muscular*. À característica definidora *dilatação pupilar* foi sugerida a inclusão dos instrumentos de medidas pupilometro e oftalmoscópio. Para as três características definidoras incluindo os espaços para esses registros.

Após a aplicação de um instrumento de coleta de dados a uma parturiente, foi identificado o excesso de dados a serem coletados durante o período, sendo acatadas as sugestões do julgamento da enfermeira proponente para: 1) Parte B – Necessidades Psicobiológicas, nesta excluíram-se as necessidades de: oxigenação, circulação, termorregulação, integridade tecidual, alimentação/hidratação/nutrição, eliminação, sono e repouso, atividade física/mobilidade, higiene, abrigo e integridade física; foram mantidas as necessidades de percepção sensorial e de sexualidade/reprodução. 2) Parte C – Necessidades Psicossociais, foram excluídas as necessidades de: comunicação, interação social, lazer e recreação, autoestima e autorrealização; sendo mantida a necessidade de segurança. 3) Parte D – Necessidade Psicoespiritual foi excluída.

Sobre as propostas de inclusão de instrumentos de medidas e de registros referentes à observação das características definidoras *evidência de contração uterina*, *alteração do tônus muscular* e *dilatação pupilar* presentes na Parte E do instrumento, todas foram acatadas, exceto a inclusão do uso do oftalmoscópio. Com ressalvas ao tono uterino, este é definido como a menor pressão uterina registrada entre as contrações, para efeitos de identificação da característica definidora *alteração do tônus muscular* (uterino) foi registrada a intensidade e amplitude de

pressão intrauterina que é o aumento da pressão intrauterina provocado pelas contrações (CARRARA; DUARTE, 1996).

Após as alterações concluiu-se a elaboração do Instrumento de Coleta de Dados da presente fase, dividido em quatro partes, sendo elas: Parte A – Dados de identificação da parturiente, Parte B – Necessidades Psicobiológicas (contendo as necessidades de percepção sensorial e de sexualidade/reprodução), Parte C – Necessidades Psicossociais (contendo a necessidade de segurança) e Parte D – Avaliação clínica de dor em fase ativa do trabalho de parto (APÊNDICE D).

A Parte A – Dados de identificação da parturiente, compôs-se do tópico A1 em que neste contêm a data e horário de admissão em ambiente clínico (unidade de pré-parto), idade materna, estado conjugal, procedência (de município, estado e nacionalidade), ocupação e tempo de atuação na área, nível de escolaridade, renda familiar aproximada em Reais e número de pessoas na família que vive com a renda, bem como a etnia. Nesta parte, constou-se de tópicos para o preenchimento do motivo da busca pelo atendimento (A2), a história da queixa atual (A3), hábitos de vida (A4) e medicações atuais prescritas (A5). A finalidade de busca dos dados supracitados foi para fins de caracterização do perfil sociográfico, de identificação de hábitos de vida (tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas) e situações que motivaram a procura pelo atendimento.

A Parte B – Necessidades Psicobiológicas foi composta de duas necessidades segundo Horta (1979), sendo elas a Necessidade de Percepção Sensorial (B1) e Necessidade de Sexualidade/Reprodução (B2). A Parte C do instrumento limitou-se a Necessidade de Segurança (C1), presença do acompanhante. A obtenção de respostas de percepção sensorial fundamentaram-se na experiência ou exposição prévia a doenças que causam dores ou ausência delas, bem como no perfil de experiências de dores quanto a localização, duração e tratamento. As respostas referentes à sexualidade e reprodução tiveram por finalidade a identificação do perfil obstétrico quanto ao número de gestações, número partos anteriores, tipos de partos anteriores, antecedentes de gemelalidade, partos distócicos, abortos anteriores, último intervalo interpartal, antecedentes pessoais de problemas ginecológicos e obstétricos, bem como de dores associadas. O perfil de atenção obstétrica no pré-natal quanto ao acesso e adesão identificado, considerando o período gestacional da procura pela primeira consulta pré-natal, número de consultas pré-natal, informações ou experiências prévias sobre parto

normal e dores de parto e sobre quem foram os informantes, neste buscando a preferência de vias de parto e justificativas para os tais. Para a necessidade de segurança, buscou-se a identificação da presença do acompanhante. Todos os dados supracitados foram utilizados para fins descritivos.

No que se refere à Parte D do instrumento, essa foi composta de itens que permitiam o registro da primeira avaliação no tópico D1, denominada como avaliação de fase ativa inicial e nesta continham espaços para preenchimento de dados correspondentes à propedêutica obstétrica de anamnese, exame físico e de intervenções medicamentosas e não medicamentosas referentes ao período de avaliação, em seguida, o elenco de 22 variáveis de interesse, sendo elas as características definidoras: evidência observada de contração uterina, alteração do tônus muscular, comportamento expressivo, relato verbal ou codificado, evidência observada de dor, diaforese, expressão facial de dor, gestos protetores/comportamento de defesa, posição antálgica para evitar dor, alterações na frequência cardíaca, alterações na frequência respiratória, alterações de pressão sanguínea, comportamento de distração, foco em si próprio, dilatação pupilar, distúrbio do sono, náuseas, vômitos, inapetência, apetite aumentado, foco estreitado e espaço para inserção de características definidoras identificadas pelo observador no presente período. Todas as características definidoras apresentaram definições conceituais e operacionais a partir de buscas na literatura e foram apresentadas em forma resumida.

Considerando a possibilidade de indicadores clínicos observados para o momento e que não constavam na lista de características definidoras, dois espaços foram disponibilizados para registro dos dados observados.

No que se refere aos itens a serem identificados e registrados no tópico D1 para fins de descrição da primeira avaliação, data da última menstruação para o cálculo de idade gestacional (em dias) e data provável de parto foi registrada, assim como altura uterina e idade gestacional pela ultrassonografia. Dinâmica uterina (duração, frequência e intensidade), dilatação cervical, apresentação fetal, altura de apresentação fetal segundo a classificação de DeLee, batimentos cardíacos-fetal, integridade da bolsa, tipo de rompimento, características do líquido amniótico e possíveis diagnósticos de amniorrexe prematura (ZUGAIB, 2012) também foram buscados e registrados. Tipos de dietas, intervenções medicamentosas para indução do trabalho de parto como o uso de ocitocina e misoprostol foram levantados e registrados, bem como o uso de drogas analgésicas por via oral ou endovenosa. O

uso de intervenções não medicamentosas como a prática da deambulação, banho terapêutico de chuveiro e uso do “cavalinho”²⁸ constaram neste tópico.

A Parte D também foi composta do tópico D2 referente à segunda avaliação, denominada como avaliação de fase ativa tardia, esta também foi composta de itens para fins de registro da propedêutica obstétrica, mas de forma sintetizada para as necessidades de descrições do segundo momento, bem como dos espaços para preenchimento de intervenções medicamentosas e não medicamentosas. Neste constou o mesmo elenco de características definidoras testados na primeira avaliação.

Consideraram-se como variáveis intervenientes às variáveis de interesse (características definidoras), para fins de testes quanto a homogeneidade da amostra, as intervenções medicamentosas para indução do trabalho de parto, uso de drogas analgésicas por via oral ou endovenosa, uso de intervenções não medicamentosas, características da bolsa de líquido amniótico.

Para indicação de indução do trabalho de parto (síndromes hipertensivas, ruptura prematura de membranas ovulares, corioamnionite, restrição do crescimento fetal, aloimunização Rh) e parto para diagnóstico de pós-datismo consideram-se os parâmetros clínicos de amadurecimento do colo segundo padrões de classificação do Índice BISHOP (BUENO, 2006; ZUGAIB, 2012). A classificação inclui a avaliação do colo uterino quanto à dilatação, esvaecimento em porcentagem, altura de apresentação, consistência e posição com escores que variam de 0 a 3 (ZUGAIB, 2012). A somatória de cada escore para predizer o sucesso do parto vaginal em menor tempo está pontuada em um índice igual ou maior a nove e desfavorável quando o índice é menor que cinco, sendo assim ao índice menor que seis indica-se a indução (BUENO, 2006).

Vários métodos são indicados para a maturação cervical, entre eles compreendem-se os métodos farmacológicos e não farmacológicos e para sua indicação deve-se considerar os padrões de vitalidade fetal e considerar criteriosamente sua manutenção (ZUGAIB, 2012). No Brasil, as drogas disponíveis para a indução do trabalho de parto/parto e maturação cervical são a ocitocina e o misoprostol, sendo a primeira, vista como a mais empregada. Ambas requerem

²⁸ Consiste em um assento com apoio para braços e que promove balanço pélvico, auxiliando no alívio da dor e descida fetal (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

cuidados quanto ao uso em decorrência de seus efeitos adversos, em especial por síndrome de hiperestimulação, com possibilidade de comprometimento à vitalidade fetal (AQUINO, 2001). A ocitocina aumenta a força contrátil do músculo uterino liso e a frequência de contrações favorecendo a maturação do colo (AQUINO, 2001; ZUGAIB, 2012); já o misoprostol estimula a atividade uterina e amolecimento e apagamento da cérvix (AQUINO, 2001). Com relação à dor manifestada pela ação desses indutores, poucos estudos são encontrados, embora seus mecanismos ajam sobre o músculo liso e amadurecimento do colo, pode ocorrer o aumento do estímulo doloroso com consequente percepção e referência verbal de dor aumentada (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011). Em um estudo comparativo avaliou-se os efeitos do uso do misoprostol no trabalho de parto em relação à intensidade e característica de dor manifestada pelas parturientes comparado ao trabalho de parto espontâneo e verificou que a intensidade de dor por meio da escala visual analógica após uma hora da administração foi ascendente para ambos os grupos (BUENO, 2006).

Em se tratando de analgesia endovenosa, protocolos apresentam o uso da meperidina de 50 a 100 mg de forma lenta e diluída associada ou não a metoclopramida, devendo ser evitado o uso ao final do primeiro período do trabalho de parto, isto é, à dilatações cervicais maiores que seis centímetros, por riscos de depressão respiratória no recém-nascido (MARTINS-COSTA, RAMOS; BRIETZKE, 2001; BRASIL, 2001), entretanto seu uso é criterioso e questionável à prática clínica.

Como intervenções não medicamentosas de medidas de conforto, verificam-se as mais utilizadas como sendo os banhos terapêuticos de aspersão e imersão, banquinho, bola suíça, massagem e deambulação (LOBO, 2010; DAVIM et al., 2008; MAMEDE; MAMEDE; DOTO, 2007) sendo, na prática clínica, a deambulação e o banho terapêutico de chuveiro frequentemente utilizados. Sobre a deambulação, Mamede (2005), ao avaliar o nível de dor durante toda a fase ativa do trabalho de parto associado ao efeito da deambulação, encontrou que os escores de dor aumentaram à medida que a dilatação cervical aumentou, ocorrendo correlação positiva à dilatação de cinco centímetros (MAMEDE, 2005). A hidroterapia do tipo banho de chuveiro mostra-se como prática segura e promove benefícios associados ao bem estar fisiológico e à sensação de relaxamento e conforto durante o trabalho de parto (MAZONI; FARIA; MANFREDO, 2009).

Considerando que na prática clínica obstétrica costuma-se associar o rompimento da bolsa das águas à diminuição da duração da fase ativa do trabalho de parto (MAMEDE, 2005) e consequentemente se verifica a manifestação de dor aumentada nas parturientes nessa situação, reforça-se aqui a utilização dessa característica, bem como da drenagem do líquido amniótico como um critérios de avaliação da homogeneidade da amostra.

Por fim, a Parte D do instrumento de coleta de dados, compôs-se do tópico D3 – Resolução de parto, espaço em que se destinou ao registro do tipo de parto realizado, indicações de parto por via abdominal, intercorrências e outros dados dignos de nota.

Instrumento 2 – Inventário McGill

Foram utilizados os descritores de dor presentes no Inventário McGill com adaptação para a Língua Portuguesa contendo 20 subgrupos de descritores, sendo dos subgrupos 1 a 10 respostas sensitivas à experiência de dor, dos subgrupos 11 a 15, descritores de respostas afetivas, no subgrupo 16 contendo as respostas avaliativas de dor, isto é, uma avaliação da experiência geral de dor, e os de 17 a 20 que são os descritores denominados como miscelânea (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996; MELZACK, 1975) (ANEXO A) .

3.2.2.6 Aspectos éticos da pesquisa

Carta de Solicitação de Autorização para Coleta de Dados em Ambiente Clínico foi previamente encaminhada ao coordenador do Setor para ciência e autorização da coleta para a Validação Clínica de Diagnóstico. O exposto enquanto na estrutura de projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Catanduva conforme Resolução do CONEP 196/96 e aprovado para a posterior execução sob registro de aprovação nº 34/08.

3.2.2.7 Procedimentos de coleta de dados

Mediante autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e Carta de Autorização para Coleta de Dados, fez-se o contato prévio com a Coordenadora do Centro de Parto, informando os objetivos do estudo, bem como o fornecimento do instrumento de coleta de dados com exposição verbal acerca da proposta de atividades. Duas enfermeiras obstetras da instituição foram colaboradoras para os trâmites operacionais, no sentido de participar em momentos na coleta de dados, bem como notificar o pesquisador por via telefônica sobre as admissões em unidade de pré-parto para evolução do trabalho de parto no período diurno. No período noturno, a notificação era feita pelo enfermeiro de plantão. Considerou-se o início da pesquisa a coleta do primeiro sujeito (parturiente), sendo esta às 00h57min do dia 20 de dezembro de 2011 a completar 55 parturientes às 8h00 do dia 22 de fevereiro de 2012.

Ao identificar a parturiente como potencial participante, com vistas a todos os critérios de inclusão, a mesma era informada sobre as finalidades do estudo e direitos garantidos conforme Resolução do CONEP 196/96. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi oferecido em duas vias ficando uma das vias em posse da participante (APÊNDICE E).

Após a assinatura, a pesquisa era aberta a partir da confirmação dos dados clínicos: colo fino, dilatação cervical igual ou maior a 4 centímetros com pelo menos 2 contrações efetivas. Parturientes constatadas com dilatação da cérvix entre 4 e 7 centímetros pertenceram ao grupo denominado como *Avaliação de Fase Ativa Inicial* e parturientes com dilatação entre 8 e 9 centímetros pertenceram ao grupo denominado como *Avaliação de Fase Ativa Final*. Participantes que eventualmente evoluíram o trabalho de parto chegando à marca de oito centímetros de dilatação pertenceram à ambos os grupos.

Observação clínica

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador em ambiente clínico de pré-parto, sendo a propedêutica obstétrica do tipo invasiva realizada por duas enfermeiras obstetras no período diurno e dois médicos obstetras no período noturno, em escalas de revezamento.

Compreende-se por propedêutica obstétrica do tipo invasiva, o toque vaginal manual que visa identificar as características do colo quanto à posição (de apagamento ou esvaecimento), consistência, textura e dilatação da cérvix. Inclui-se neste exame a identificação da altura de apresentação e variedade de posição (CARRARA; DUARTE, 1996; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

A observação direta da parturiente, para validação do diagnóstico de estudo, foi realizada por um único observador, tal fator deveu-se em parte pela dificuldade de se encontrar enfermeiras obstetras na região, que ainda apresenta número reduzido de enfermeiras especialistas disponíveis ao treinamento para diagnosticar.

Outro aspecto relacionado à observação é a mensuração de indicadores clínicos por dois observadores. Ao se adotar modelos assistenciais voltados ao paradigma humanístico de atenção ao usuário, como o preconizado pelo Programa Humaniza SUS, do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011), em especial, no que se refere às políticas públicas de atenção ao parto deve-se primar pelo acolhimento e uso de técnicas menos intervencionistas. Tais aspectos impedem a repetição da aplicação de instrumentos de mensuração, exceto para inspeções panorâmicas e de comportamentos em que o indivíduo expressa perfis mediante determinados fenômenos.

A redução de profissionais peritos é apontada na literatura. Carvalho et al. (2007) e MacLane (1987) em estudos analisados também verificaram a dificuldade de identificar enfermeiros expertos para o julgamento clínico de respostas diagnósticas em pesquisas de validações, situação verificada tanto no âmbito da literatura nacional como internacional. Por esse ângulo, Chaves, Carvalho e Rossi (2008) pontuam como contribuintes à essas dificuldades, o preparo acadêmico, condições que assumem situações burocráticas, políticas e econômicas e que são desafios dos quais profissionais precisam encontrar soluções.

Identificação da parturiente

Foram extraídos do prontuário: data e horário de admissão em unidade de pré-parto, motivo de busca do atendimento, história da queixa atual, hábitos de vida (tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas) e medicamentos de uso diário. Obtendo-se dados de idade materna (em anos completos), estado conjugal, procedência (municipal e estadual), ocupação e tempo de atuação, escolaridade, renda familiar

aproximada (em Reais) e número de pessoas que vivem da renda por meio da entrevista.

No que se refere à identificação de raça/etnia, esses são dois conceitos distintos, entretanto que não serão discutidos no presente estudo. Métodos de classificação racial têm sido avaliados em estudos de saúde no Brasil. Alguns autores utilizam o método de autoclassificação comparada à categorização realizada por entrevistadores, entretanto, aponta-se que a melhor abordagem é a que se direciona aos objetivos do estudo (MAIO et al., 2005), como neste não se porta diferenciações étnico-raciais, a identificação partiu por traços característicos e fenotípicos visíveis, embora a miscigenação seja um traço marcante no Brasil.

Respostas psicobiológicas

Para a coleta de dados das respostas psicobiológicas do tipo percepção sensorial em que neste momento buscou-se por respostas referentes à experiência prévia e atual de dor, adotou-se o método de interação por meio de entrevista. Considerando-se a memória de dor para experiências prévias, com a medida de intensidade por escala numérica de 0 a 10, em que 0 (zero) considera-se ausência de dor e 10 a pior dor possível (SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009), esse método também foi utilizado para mensurar a intensidade de dor referida no momento da admissão da participante no estudo.

Respostas referentes à sexualidade e reprodução em que envolvia o perfil de assistência obstétrica e antecedentes pessoais reprodutivos, também foram extraídos por meio de entrevista e pesquisa documental no Cartão da Gestante, daquelas que o portavam. Na ausência do mesmo, dados de data da primeira consulta pré-natal, idade gestacional na primeira consulta e número de consultas pré-natais, foram armazenados em banco dados como *missing*²⁹, isto é, ausente, perdido ou ignorado.

Respostas psicossociais

Buscou-se identificar a presença do acompanhante e o grau de parentesco ou de afinidade por meio de entrevista. Até 2002 somente gestantes menores de 18 anos apresentavam o amparo legal do acompanhamento (HOTIMSKI; ALVARENGA,

²⁹ Dado ausente. Fonte: < <http://www.linguee.com.br/ingles-portugues/traducao/missing+data.html>>

2002), entretanto, no ano de 2005, o Governo Federal sancionou a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 que assegura o direito ao acompanhante durante o processo de nascimento (BRASIL, 2005). Esse dado foi apenas para fins descritivos, dada a inobservância da presença direta do acompanhante em ambiente de pré-parto.

Avaliação clínica de dor em fase ativa do trabalho de parto

À inclusão da participante, data da última menstruação (DUM) foram identificadas por meio de entrevista e ao desconhecimento do mês por esta o dado foi armazenado em banco de dados como *missing* Idade gestacional (IG) e data provável de parto (DPP) foram calculadas por meio de discograma e altura uterina identificada com fita obstétrica autorizadas pelo Ministério da Saúde, IG e DPP segundo a ultrassonografia foram extraídas do laudo e quando na ausência da execução do exame complementar o dado foi armazenado em banco de dados como *missing*.

Em ambas as avaliações foram realizados o toque vaginal para verificação do colo quanto a dilatação (em medida aproximada, sendo considerado 0 cm para colo fechado e 10 cm para dilatação total), assim como a altura de apresentação fetal segundo critérios de DeLee com escala que varia de - 3 a + 3, sendo 0 (zero) a linha de referência biespinhal, características da bolsa amniótica quanto a integridade, se rompida, a determinação da forma de rompimento, com a identificação das características do líquido amniótico, com registro em caso de Ruptura de Membranas Oculares (pré-termo, antes de 37 semanas ou no termo durante ou após 37 semanas) (ZUGAIB, 2012). Dinâmica uterina foi realizada em 10 minutos para avaliação de frequência, duração e intensidade (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Dados referentes às características da bolsa e do líquido amniótico, tipo de dieta e de intervenções analgésicas medicamentosas foram extraídos do prontuário e registrados para posterior descrição, nestes incluíram-se as drogas analgésicas por via oral ou endovenosa. Foram levantados os usos de intervenções não medicamentosas como o banho terapêutico de chuveiro (para relaxamento e alívio da dor) de a deambulação e uso do “cavalinho”, este consiste em um assento com apoio para braços e que promove balanço pélvico, auxiliando no alívio da dor e descida fetal (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008), indicados para a descida fetal, indução do trabalho de parto por ocitocina ou misoprostol também foram identificados para fins descritivos em ambas as avaliações.

Amplitude da pressão intrauterina provocada pela contração foi identificada por meio da cardiotocografia com monitorização externa em 48 participantes no grupo avaliação de fase ativa inicial e em 15 participantes no grupo avaliação de fase ativa final, com menção a não realização da mesma em parturientes que à observação direta apresentavam elevado comportamento expressivo de dor, bem como de posição antálgica para evitá-la.

A cardiotocografia, também denominada como *no-stress test*, consiste no registro gráfico contínuo da contratilidade uterina expressa pela pressão em milímetros de mercúrio (mmHg), bem como dos batimentos cardíacos-fetais (BCF), com função de oferecer ao examinador parâmetros de vitalidade fetal. O produto da intensidade da pressão intrauterina pela frequência de contrações é denominado como atividade uterina e expresso em unidades Montevideu (UM) (CARRARA; DUARTE, 1996; ZUGAIB, 2012; SUNDSTRÖN; ROSÉN; ROSÉN, 2000).

Utilizou-se cardiotocógrafo da marca TOITU®, MT-516 configurado para o registro em 10 minutos. Após a preparação do ambiente clínico: leito, cardiotocógrafo, instrumento de coleta de dados em prancheta, caneta, instrumentos de medida: Escala Visual Analógica (EVA) (McCAFFERY; PASERO, 1999), Pupilômetro manual (HAINES, 2003), gel condutor, papel toalha, a participante era informada sobre o procedimento e solicitada a manter-se em decubito dorsal para a instalação dos transdutores. O transdutor externo denominado *Toco*, com finalidade de registrar as contrações era instalado a aproximadamente 6 centímetros abaixo da borda de fundo uterino em posição central e o transdutor denominado como *Cardio* era instalado sobre o dorso fetal ou adjacente a este para detecção dos batimentos cardíacos-fetais, sendo este último, o BCF utilizado apenas como dado para fins descritivos. Ambos são fixados por fita elástica envolta ao abdome gravídico. Após instalação, a participante se posicionava em decubito lateral esquerdo, sendo orientada que após a cada pico de contração, seria solicitada a referir uma nota numa escala de 0 a 10, referente à intensidade de dor, considerando que 0 (zero) significava ausência de dor. Observações referentes à presença ou ausência das características definidoras eram realizadas a partir do início do procedimento (momento em que o equipamento era zerado para o início do traçado) (CONNELL-PRINCE et al., 2008; COSTA, 2006; SUNDSTRÖN; ROSÉN; ROSÉN, 2000).

Características definidoras testadas

1-Evidência observada de contração uterina

O útero é constituído de estrutura muscular lisa, tecido conjuntivo e colágeno. Apresenta características de sensibilidade, excitabilidade, elasticidade, tonicidade e contratilidade. A contração depende da interação de componentes do complexo protéico, é modulada pela ação da enzima cinase da cadeia de miosina, esta é

influenciada pela regulação de cálcio, calmodulina e monofosfato de adenosina cíclico (AMP cíclico). A ação contrátil resulta do estiramento e injúria que causam a consequente excitação das fibras aferentes nociceptivas (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; LOWE, 1996; NEME, 2005; ZUGAIB, 2012); substâncias liberadas do desarranjo celular miometrial durante as repetidas contrações levam a estimulação quimioceptora - liberam bradicinina, histamina, serotonina, acetilcolina e íons de potássio, substâncias produtoras de dor. Um mecanismo envolvido nestas respostas celulares pode ser uma isquemia causada por constrição e contração das artérias que suprem o músculo uterino (LOWE, 1996). O sentido da onda contrátil é descendente, a intensidade é maior nas partes mais altas do útero, durando mais no fundo uterino, diminuem a intensidade ao alcance dos segmentos mais baixos do útero. A contração uterina pode apresentar alterações evidentes na sua intensidade, frequência, duração e coordenação (NEME, 2005). É uma “[...] pressão rítmica e dolorosa ocorre frequentemente a cada dois minutos e dura mais de um minuto com a função de dilatar por completo o útero para facilitar a descida fetal” (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2006, p. 182).

Definição operacional - Identifica-se pelo exame clínico do tipo dinâmica uterina (DU) que compreende a avaliação de possíveis alterações do tono, frequência, duração e intensidade das contrações num período de dez minutos (DENIPOTE, 2009); e por meio de cardiotocografia (CTG), esta consiste no registro concomitante de contrações uterinas, movimentos fetais e frequência cardíaca fetal. A CTG possibilita à interpretação dos registros que incluem a avaliação da frequência cardíaca basal, a variabilidade, a presença de acelerações e desacelerações na frequência cardíaca fetal, a partir da linha de base e da presença de contrações. Sendo objeto de estudo, a contração do útero, avalia-se a frequência, duração e coordenação das contrações, podendo também ser extraído pelo método computadorizado (COSTA, 2006). Em termos de sensibilidade dolorosa, contrações de 40 a 50 mmHg não são identificadas pela parturiente (ZUGAIB, 2012). A evidência de contrações foi identificada anteriormente ao exame de cardiotocografia por meio da dinâmica uterina e durante o exame CTG por meio do registro dos picos de contrações verificados no traçado da atividade uterina. Referência verbal de dor por escore numérico foi registrada após cada contração.

2-Alteração do tônus muscular (uterino)

Aumento do estado de tensão permanente dos músculos, de origem reflexa que se caracteriza por dificuldade e resistência ao movimento passivo de grupos musculares (hipertonia) (CORRÊA, 1997). O tono é a menor pressão uterina registrada entre duas contrações (CARRARA; DUARTE, 1996).

Definição operacional - Pode ser identificado pelo método de observação e semiotécnica de palpação (à percepção tátil) (BICKLEY, 2005), podendo variar de relaxado a rígido (NANDA-I, 2006; 2008). Essa característica também foi identificada por meio da dinâmica uterina e pelo registro da atividade uterina por meio da CTG (SUNDSTRÖM; ROSÉN; ROSÉN, 2000). Considerando como objeto de estudo as contrações, interessou-se para observação, a intensidade/amplitude de pressão intrauterina que é o aumento da pressão intrauterina provocada pelas contrações. Sendo a atividade uterina o produto da intensidade pela frequência de contrações e expressa em unidades Montevideu (UM) (CARRARA; DUARTE, 1996).

3-Comportamento expressivo

É o estado de hipersensibilidade a um estímulo, onde aqueles normalmente aceitáveis provocam reações emocionais de cólera ou temor; inquietação é a tendência a trocar de movimentos de modo constante e sem finalidade (CORRÊA, 1997). Por exemplo: agitação, gemer, chorar, vigilância, suspirar, irritabilidade (NANDA-I, 2010). À manifestação de dor durante o trabalho de parto pode gerar desgaste, exaustão, sofrimento, nervosismo, tensão, descontrole, agitação, agressividade, raiva, preocupação, medo e ao mesmo tempo prazer (MACEDO, 2007), aflição e experiência obstétrica negativa no trabalho de parto (TSENG; JUUSU, 2008).

Definição operacional - Foi identificada pelo método de observação e interação (escuta e análise do discurso) (BICKLEY, 2005), anterior à realização da CTG, durante e após a mesma.

4-Relato verbal ou codificado

A informação fornecida pelo cliente pode ser por meio da comunicação não verbal de dor. A resposta verbal pode ser espontânea ou solicitada e referir aspectos sensoriais emocionais e cognitivos para caracterizar a experiência dolorosa, também pode ser caracterizado pelo uso de adjetivos que descrevem a dor sentida.

(CORRÊA, 1997). Predomínio da caracterização da dor nas subclasses sensoriais e afetivas dos descritores presentes no Inventário de dor McGill (DIAS, 1996).

Definição operacional - Identificado pelo método de interação (BICKELEY, 2005). Pode-se utilizar a Escala Visual Analógica (EVA), Escala Descritiva Simples de Intensidade de Dor, Escala Numérica de 0 – 10 de Intensidade de Dor ou Escala Facial para avaliação da intensidade de dor (McCAFFERY; PASERO, 1999); McGill *Pain Questionnaire* (Descritores de Dor) (MELZACK, 1975). Essa característica definidora foi identificada por meio de EVA durante a CTG com resposta solicitada logo após os picos de contrações registrados.

5-Evidência observada de dor

A localização mais frequente de dor de parto relatada é o abdome, baixo ventre, virilha e costas. No primeiro estágio do trabalho de parto (abdome, região lombar inferior e sacral superior) (DIAS, 1996) e no segundo estágio do trabalho de parto (períneo, ânus e reto, podendo também ser sentida nas coxas e pernas) (DeCs, 2008a; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; DIAS, 1996; LOWE, 2002; 1996; 1987).

Definição operacional - Identificada pelo método de interação e escuta do discurso. A informação foi obtida durante avaliação e no pós-parto pela aplicação do Inventário MCGILL (MELZACK, 1975).

6-Diaforese

É caracterizada por sudorese excessiva; transpiração ou perspiração abundante, profusa e visível (CORRÊA, 1997).

Definição operacional - Identificada pelo método observacional (BICKLEY, 2005). Pode-se confirmar pela umidificação do papel toalha no local visualmente afetado. A presença da característica foi verificada por meio de observação direta, na prática clínica é comum visualizar sudorese no buço, fronte e região retro-umbilical.

7-Expressão facial de dor

Comportamento físico caracterizado por olhar abatido, expressão de fadiga, feição oprimida, musculatura da mandíbula contraída, dentes cerrados, sobrancelhas atadas (CORRÊA, 1997).

Definição operacional - Identificada pelo método de observação (BICKLEY, 2005) Escala Facial para avaliação da intensidade de dor (McCAFFERY; PASERO, 1999). Para a observação não se utilizou a escala, mas buscou pela presença de expressão facial, considerando a musculatura facial contraída.

8-Gestos protetores/Comportamento de defesa

Comportamento físico de proteção da área afetada que acompanha a dor como resposta ao medo ou reação de defesa e fuga (CORRÊA, 1997).

Definição operacional - Identificado por meio do método de observação e semiotécnica de inspeção (BICKLEY, 2005; BARROS et al., 2002). Pode-se observar indivíduo estático, rígido, com membros flexionados, tocando ou segurando a região afetada (CORRÊA, 1997). A observação foi direta anterior à CTG e após a mesma.

9-Posição antálgica para evitar dor

Postura física assumida pelo indivíduo, caracterizada pela posição fetal, isto é, com os joelhos flexionados em direção ao abdome (CORRÊA, 1997).

Definição operacional - Identificada pelo método de observação direta (BICKLEY, 2005). A observação foi direta anterior à CTG e após a mesma.

10-Alterações na frequência cardíaca

Alteração da frequência dos batimentos cardíacos acima do valor basal do indivíduo em repouso devido ação das catecolaminas na resposta do fenômeno doloroso (CORRÊA, 1997). Pode ocorrer o aumento da frequência cardíaca em resposta ao estresse fisiológico provocado pelas contrações uterinas (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; BROWNRIDGE, 1995).

Definição operacional - Frequência cardíaca normal de um adulto em repouso pode variar entre 60 e 100 batimentos por minutos (CORRÊA, 1997), este parâmetro vital pode ser identificado pelos métodos de observação e mensuração, utilizando-se das semiotécnicas de palpação (pulsos radial, braquial, inguinal, poplíteo ou pedioso) ou ausculta (pulso apical) (BICKLEY, 2005; BARROS et al., 2002). Padronizou-se o pulso radial.

11-Alterações da frequência respiratória

Alteração na frequência respiratória normal do indivíduo adulto em relação à frequência basal em repouso que gira em torno de 15 movimentos respiratórios por minuto no indivíduo adulto (CORRÊA, 1997). Pode ocorrer o aumento da frequência respiratória em resposta ao estresse fisiológico provocado pelas contrações uterinas (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; BROWNRIDGE, 1995).

Definição operacional - Os valores em um indivíduo normal pode variar entre 10 e 20 incursões por minutos (EMMERICH, 2001). O parâmetro vital foi identificado pelos métodos de observação e mensuração e semiotécnicas de inspeção (BICKLEY, 2005; BARROS et al., 2002).

12-Alterações de pressão sanguínea

Alteração dos níveis de pressão sanguínea basal do indivíduo pela liberação de catecolaminas com aumento da contratilidade cardíaca por estímulo da atividade simpática como resposta ao fenômeno doloroso. (CORRÊA, 1997). Considera-se Pressão Arterial Média (PAM) normal valores entre 70 e 105 mmHg (ALVES; FIORELLI, 2001). Durante o trabalho de parto, a pressão arterial sistólica eleva-se de 15 a 20 mmHg e a diastólica de 10 a 15 mmHg; pode apresentar variações sistólicas entre + 13 e + 35 mmHg e diastólica entre + 5 e + 25mmHg durante as contrações (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2006).

Definição operacional - Podem ser verificadas pelo método direto ou indireto, este, casual ou intermitente do tipo auscultatório, utilizando-se os esfigmomanômetros de coluna de mercurio ou aneróide, considerando os seguintes critérios: gestante em decubito lateral esquerdo e membro superior a ser mensurado ao nível do coração; repouso mínimo anterior à aferição de 5 – 10 minutos; ambiente calmo com temperatura agradável (VEIGA, 2003), ou por monitoração contínua. Padronizou-se o método indireto, este, casual do tipo auscultatório.

13-Comportamento de distração

Alteração do comportamento observado na presença do fenômeno doloroso; estado em que a atenção está dividida entre várias ações (CORRÊA, 1997).

Definição operacional – Identificado pelo método de observação, utilizando-se da semiotécnica de inspeção (BICKLEY, 2005; BARROS et al., 2002). Pode-se observar o indivíduo a andar de um lado para o outro, procurar outras pessoas e/ou

atividades e desenvolver atividades repetitivas) (NANDA-I, 2010). A observação foi direta, anteriormente, durante e após a CTG para verificação da presença do indicador.

14-Foco em si próprio

Referência verbal de que o indivíduo tem consciência apenas da área que está provocando a sensação opressiva e o senso de ser está obscurecido ou indistinto pela dor (CORRÊA, 1997).

Definição operacional - Identifica-se pelo método de observação e interação (BICKLEY, 2005). A observação foi direta, anteriormente, durante e após a CTG para verificação da presença do indicador.

15-Dilatação pupilar

Aumento do diâmetro pupilar maior ou igual a 5 mm por excitação da parte simpática do sistema nervoso (CORRÊA, 1997). A definição do diâmetro pupilar (DP) depende dos seguintes e principais fatores diretos: tecido iriano, impulso parassimpático, impulso simpático, fatores humorais. Por outro lado, diversas influências indiretas também interferem na DP, associando-se suas participações por fatores diretos (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

Definição operacional - Identifica-se pelo método de observação e semiotécnica de inspeção (BICKLEY, 2006), por meio do pupilometro no momento das contrações dolorosas. Utilizou-se o pupilometro manual (HAINES, 2003).

16- Distúrbio do sono

Referência verbal de estado no qual o indivíduo experimenta uma mudança na quantidade e qualidade do sono relacionado às suas necessidades biológicas e emocionais, caracterizado por dificuldade em adormecer ou sono interrompido, fadiga e sonolência durante o dia, alterações de humor e despertar cansado (CORRÊA, 1997).

Definição operacional - Identifica-se pelo método de interação e observação (BICKLEY, 2005). Podem-se verificar olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, caretas (NANDA-I, 2010). A observação foi direta, anteriormente, durante e após a CTG para verificação da presença do indicador, bem como por meio de interação, buscando a informação.

17-Náuseas

Sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrio ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de (NANDA-I, 2010). Pode ocorrer diminuição da motilidade gastrointestinal durante a gravidez e trabalho de parto (BROWNDGE, 1995; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

Definição operacional - Identifica-se pelo método de interação e observação (BICKLEY, 2005). A observação foi direta, anteriormente, durante e após a CTG para verificação da presença do indicador, também por meio de interação buscando a informação.

18-Vômitos

Eliminação de conteúdo do estômago através da boca. Pode ocorrer diminuição da motilidade gastrointestinal durante a gravidez e trabalho de parto (BROWNDGE, 1995; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

Definição operacional - Identificou-se pelo método de interação e observação (BICKLEY, 2006).

19-Inapetência

Refere-se à falta de apetite; anorexia (FERREIRA, 1999). Embora a anorexia seja palavra sinônima, esta está caracterizada por “[...] quadro mórbido em que o indivíduo diminui a quantidade de alimentos” ingeridos, frequentemente eliminando aqueles ricos em calorias, por meio de uma dieta rígida auto-imposta, que alterna com crises de bulimia e vômitos ou tomada de purgativos. (HOUAISS, 2001, p. 227).

Definição operacional - Identificou-se pelo método de interação e observação da recusa alimentar durante o trabalho de parto (BICKLEY, 2005).

20-Apetite aumentado

Refere-se a ter apetite; vontade de comer (FERREIRA, 1999), aumentado além do habitual, podendo solicitar dieta complementar.

Definição operacional - Identificou-se pelo método de interação e observação do padrão alimentar durante o trabalho de parto (BICKLEY, 2005).

21-Foco estreitado

É a percepção do tempo alterada, processos de pensamentos prejudicados, interações reduzidas com pessoas e o ambiente (NANDA-I, 2010). Relato de que o indivíduo mantém-se concentrado em si mesmo com incapacidade de interagir com o ambiente que o cerca; sobre o afastamento do contato social, refere-se à dificuldade de manter relacionamentos com outros (CORRÊA, 1997; p.109). Definição operacional – Foi identificada a característica pelo método de interação e observação direta ao paciente durante o trabalho de parto (BICKLEY, 2005).

Em face de indicadores clínicos observados para o momento e que não constavam na lista de características definidoras, estes foram registrados para fins descritivo

Inventário de dor MCGill

No pós-parto, em ambiente de alojamento conjunto era concluída a coleta de dados, em posse do Inventário McGill (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996). Os descritores eram lidos pelo pesquisador e solicitado ao participante que escolhesse um descritor de cada subgrupo, bem como acrescentando-se interrogatório sobre as localizações das dores.

3.2.2.8 Análise dos dados

As informações coletadas foram armazenadas, utilizando-se o aplicativo Planilha *Microsoft Excel for Windows*, versão 2007 e a técnica da dupla digitação para verificação de possíveis erros de transcrição e, posteriormente analisadas utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 para *Windows*.

Para descrição do perfil da amostra, foram calculadas as medidas de tendência central médias, medianas e de dispersão, desvios-padrão para idade, renda familiar e número de pessoas na família.

A análise do estudo foi por Estatística Descritiva com a distribuição de frequências para o perfil sociográfico da amostra, procura pelo atendimento

obstétrico, experiências prévias de dores, assistência obstétrica, antecedentes pessoais reprodutivos, de perfil obstétrico segundo a gestação atual, localização da dor e descritores McGill. A frequência de ocorrência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor de Parto, de escala nominal (variáveis categóricas: presença ou ausência) também foi analisada em dois momentos da fase ativa do trabalho de parto, incluindo a estatística descritiva para grupos distintos, sendo eles: 1) Fase Ativa Inicial (Dilatação mínima = 4 cm; máxima = 7 cm; 49 participantes); 2) Fase ativa Final (Dilatação mínima = 8 cm; Máxima = 9 cm; 37 participantes).

Para análise da homogeneidade entre as parturientes que fizeram uso de analgésico e as que não fizeram uso de analgésicos e as variáveis intervenientes: indução de parto, característica da bolsa, líquido amniótico, técnicas alternativas para alívio da dor, relaxamento e descida fetal e intervenção analgésica e, para análise das diferenças de frequências de ocorrência de características definidoras entre as fases ativa inicial e final do trabalho de parto foi utilizado o teste exato de Fisher. Prova de Mann-Whitney foi realizada para testar os grupos que fizeram ou não o uso do analgésico anteriormente à avaliação para os escores de intensidade de dor.

Para a análise correlacional das variáveis Amplitude de Pressão Intrauterina e Referência de Dor medida pela Escala Visual Analógica (EVA), foi considerada a correlação da primeira medida de amplitude de pressão intrauterina registrada pelo cardiotocógrafo com a referente nota de intensidade de dor citada pela parturiente para a referida medida, realizando-se o teste não paramétrico de *Correlação de Spearman* entre as parturientes na Fase ativa inicial e na Fase ativa final.

Para todos os testes estatísticos, o nível de significância considerado foi $\alpha = 0,05$.

3.3 Estrutura de apresentação dos resultados das Fases 1 e 2

A apresentação dos resultados foram divididas em dois tópicos sendo eles: 1) Fase 1 - Análise do conteúdo do diagnóstico de dor em situação de parto; 2) Fase 2 - Validação clínica do diagnóstico de enfermagem *Dor de Parto*.

No tópico Fase 1 - Análise do conteúdo do diagnóstico de dor em situação de parto constam os resultados da análise de conceito segundo Walker e Avant (2005) e da opinião dos enfermeiros expertos. O tópico Fase 2 - Validadação clínica do diagnóstico de enfermagem *Dor de Parto* mostra os resultados da pesquisa em ambiente clínico. Em ambas as fases os dados foram disponibilizados em forma de quadros, tabelas e conteúdos de resultados e discussão em sua forma narrativa que melhor elucidaram os achados da pesquisa.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Análise de conceito segundo referencial teórico de Walker e Avant (2005)

Os dados da busca na literatura apontou que existe um aspecto do parto um tanto paradoxal com a associação processo fisiológico do parto com a dor aguda. A dor de parto “é um fenômeno embutido na própria natureza da existência humana e as relações entre todos nós. Ao contrário de outras experiências de dor aguda e crônica, a dor no trabalho de parto não está associada com patologia, mas com o mais básico e fundamental, a experiência de vida – trazer à luz uma nova vida” (LOWE, 2002; p.S16)

Caracteriza-se como “Dor de Parto” a dor associada com trabalho de parto e durante o parto. “É causada, inicialmente por contrações uterinas, bem como, pressão no colo, bexiga e trato gastrointestinal. A dor do parto ocorre, na maioria das vezes, no abdome, virilha e costas” (DeCs, 2008a; MeSH, 2008), “é o resultado de muitas interações complexas” (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; p. 347) e inclui aspectos fisiológicos, psicológicos, excitatórios e inibitórios. Embora os mecanismos neurais sejam semelhantes a outras formas de dores agudas, existe uma série de fatores que são únicos para o fenômeno nessa natureza, pois em parte apresentem algumas características, a indução e transmissão da nocicepção, da modulação ao nível da medula espinal, modulação e variações na expressão resultam das alterações induzidas pela gestação nos diferentes estágios da nocicepção. Algumas dessas alterações parecem agir de forma sinérgica para promover picos de anti-nocicepção no momento do parto (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

As definições encontradas sobre dor de parto atentaram a descrever sobre os aspectos fisiológicos da dor e a complexidade de eventos que ocorrem para ocasionar a percepção da dor de parto em seus diferentes estágios, caracterizam-na como um fenômeno passível de influências diversas e sobre como estas influências determinarão a interpretação pessoal; também faz uma reflexão sobre como os aspectos da dor nessa situação transcendem a definição básica de dor aguda. Um conceito para ser completo necessita conter seus antecedentes, atributos definidores e consequências, para tanto as essas categorias foram identificadas na pesquisa (Quadro 3).

Categorias do conceito e expressões identificadas	Autores
Antecedentes	
<p>Estímulos nociceptivos modulados por eventos cognitivos de estresse físico, psicológicos e de insumos sensoriais</p> <p>1-Clínicos: (dor) como fenômeno do trabalho de parto; fase latente do trabalho de parto; fase ativa do trabalho de parto (fase ativa inicial; fase ativa final), período de dilatação e período de expulsão.</p> <p>2-Hormonais: ação da ocitocina e enzimas; metrossístoles intermitentes com aumento de frequência e intensidade na medida em que se aproxima o período de expulsão; contrações uterinas; isquemia das células miométrais contraídas.</p> <p>3-Mecânicos: adaptação do pólo proximal ao estreito superior da pelve e estiramento da pelve (período preparatório); esvaecimento do colo (período de dilatação); pressão sobre anexos (colo, bexiga, trato gastrointestinal e outros) e peritônio parietal.</p>	<p>MELZACK (2001); ACKLEY; LADWIG (2008); DAVIM; TORRES; DANTAS (2008); REZENDE FILHO; MONTENEGRO (2006); TSENG; JUU-SU (2008); DeCS (2008a); MESH (2005); MCCALLUM; REIS (2006); TROUT (2005), ROWLANDS; PARMEZEL (1998); MAZONI; CARVALHO (2008); MAUL (2007); BACKER et al (2001); WEBER (1996); LOWE (1996; 1987).</p>
<p>Dano/lesão: reação inflamatória do colo do útero associado ao amadurecimento cervical e remodelação.</p>	<p>KOJIC et al (2007)</p>
Atributos	
<p>Experiência pessoal</p> <p>1-Depende da experiência prévia de dores, atributos físicos do próprio trabalho de parto, características psicológicas, crenças culturais, do ambiente de nascimento e de habilidades de enfrentamento da dor – influenciar sobre a interpretação original de estímulo nociceptivo. Primíparas podem experimentar dores mais intensas no início da fase ativa e menor intensidade de dores no período de dilatação quando comparado às multíparas. A experiência de dor pode ser superior às expectativas ou inferior ou muito inferior às expectativas (experiência de dor no trabalho de parto é complexa, subjetiva e multidimensional).</p> <p>2-Limiar de dor: aumento foi encontrado durante a fase ativa do trabalho de parto; primíparas relatam a dor no trabalho de parto como sendo mais intensa ou mais dolorosa quando comparado ao relato de multíparas; mulheres com expectativas de dores no trabalho de parto que não são realistas mostraram experiências mais intensas de dores, comparada àquelas com expectativas realistas.</p> <p>3-Localização: região lombar inferior e sacral superior ao nível de T10 e L1, abdome, útero (início de fase ativa), virilha e costas, segmento uterino baixo, cérvix; pelve e assoalho (final de fase ativa); perineo, ânus e reto, virilhas e membros inferiores</p>	<p>REZENDE FILHO; MONTENEGRO (2006); MACEDO (2007); LOWE (2002); ROWLANDS; PERMEZEL (1998); McCOOL; SMITH; ABERG (2004); COSTA; FIGUEREDO; PACHECO (2006); OHEL ET AL (2007); TROUT (2004); FRIDH; GASTON-JOHANSON (1990); LUNDGEN; DAHLBERG (1998); DECS, (2008a); MESH, 2005; DAVIM; TORRES; DANTAS (2008); MAC EVILLY; BUGGY (1996); TSENG; JUU-SU (2008); ROWLANDS; PERMEZEL (1998); BROWNRIDGE (1995); BACKER et al (2001); WEBER (1996); LOWE (1987); DIAS; COLER; GARCIA (1997); DIAS (1996).</p>

Categorias do conceito e expressões identificadas	Autores
<p>com tração e pressão sobre o peritônio parietal, ligamentos do útero, uretra, bexiga, reto, o plexo lombossacral, fáscias e músculos do assoalho pélvico (período de expulsão).</p> <p>4-Estresse fisiológico generalizado: hipocapnia materna, alcalose respiratória e subsequente acidose metabólica compensatória, náusea, fadiga, atordoamento, confusão mental e desorientação, parestesia secundária à hipocalcemia, tetania, palidez cutânea e sudorese; acidemia metabólica materna e fetal, hiperglicemia, lipólises e alterações no equilíbrio ácido-básico e alterações na circulação; retenção urinária; redução da pressão de filtração glomerular.</p>	
<p>Sensação desagradável</p> <p>1-Uma das experiências dolorosas mais intensas possíveis.</p> <p>2-Adjetivos de dores como: horrorosa, horrível, irritante, ruim, que incomoda, chata e semelhante a objetos pontiagudos no abdome e região lombar, cólica extremamente intensa, contrações, sensação de desconforto; terrível; difícil, de cair aos pedaços, pontiaguda.</p>	<p>LOWE (2002); MAUL (2007); DAVIM; TORRES; DANTAS (2008); MACEDO (2007); TSENG; JUU-SU (2008); ROWLANDS; PERMEZEL (1998)</p>
<p>Outras sensações</p> <p>1-Adjetivos de dor como: emocionante, boa, de percepção por vezes dolorosa, rápida, forte, contínua ou constante; suportável e prazerosa; sensação de poder, energia, felicidade, positividade, força, euforia, explosão, lágrimas.</p> <p>2-Adjetivos de expressões e descrições antagônicas como: intermitente e permanente, boa e ruim.</p>	<p>DAVIM; TORRES; DANTAS (2008); MACEDO (2007); REZENDE MONTENEGRO (2006); TSENG; JUU-SU (2008); LUNDGEN; DAHLBERG (1998)</p>
Consequências	
<p>Cansativa</p> <p>Desgaste, exaustão, sofrimento, nervosismo, tensão, descontrole, agitação, agressividade, raiva, preocupação, medo, aflição, experiência obstétrica negativa, sentimentos negativos, ansiedade.</p>	<p>MACEDO (2007); TSENG JUU-SU (2008); COSTA et al., (2003); BROWNRIDGE (1995); LANG; SORREL (2006); HODNETT (2002)</p>
<p>Oferece sentido à vida</p> <p>As consequências variam do sofrimento ao prazer. Expressões: ensina, traz realização pessoal.</p>	<p>Mc CALLUM; REIS (2006); DAVIM; TORRES; DANTAS (2008); RUANO et al (2007); HODNETT (2002).</p>
<p>Interfere com as relações</p> <p>Marco inicial da maternidade; atordoamento, confusão mental e desorientação.</p>	<p>RUANO et al (2007); ROWLANDS; PERMEZEL (1998); BROWNRIDGE (1995).</p>

Quadro 3 – Expressões que descrevem os antecedentes, atributos e consequências das dores de parto segundo a análise de conceito, Ribeirão Preto, 2012.

Antecedentes

A dor na situação de parto à análise foi caracterizada como um fenômeno do trabalho de parto e parto que se compõe da fase latente, da fase ativa sendo ela com características bem definidas e distintas entre o início e o final da fase ativa (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008; REZENDE FILHO, MONTENEGRO, 2006; TSENG; JUU-SU, 2008; ACKELEY; LADWIG, 2008; MAUL, 2007; MAZONI; CARVALHO, 2008). O período preparatório inicia-se com a adaptação do pólo proximal ao estreito superior da pelve, estirando-a e causando transtornos circulatórios, aumentando a incidência de dores lombares (REZENDE FILHO, MONTENEGRO, 2006; MACEDO, 2007). Embora devamos lembrar na exceção de casos em que a adaptação do pólo proximal ao estreito superior da pelve pode ocorrer anterior ao período preparatório como, por exemplos, em casos de trabalho de parto prematuro e de contrário, casos em que a adaptação não ocorre.

A origem das dores do trabalho de parto se dá pelas contrações uterinas, bem como pela pressão sobre o colo, bexiga e trato gastrointestinal (DeCs, 2008a; MeSH, 2010; McCALLUM; REIS, 2006). Segundo Rezende Filho; Montenegro (2006), a percepção de dor, inicia-se por vezes das metrossístoles intermitentes do útero aumentando em frequência e intensidade de forma gradativa e na medida em que se aproximam do período de expulsão.

A atividade uterina está presente desde o início da gestação, embora reduzida até a trigésima semana. O aumento gradual, vem a ocorrer especialmente após 36ª semana, sendo este resultante da intensificação e frequência das contrações de Braxton-Hicks, que se tornam coordenadas e envolvem áreas em proporções cada vez maiores (REZENDE FILHO, MONTENEGRO, 2006), sendo assim, os impulsos nociceptivos durante o primeiro estágio do trabalho de parto resultam da isquemia das células miométrais contraídas (LOWE, 1996).

Rowlands e Permezel (1998) ressaltam que a dor resultante da contração é lentamente transmitida e pouco localizada, correspondendo-se aos dermatômos presentes aos níveis da décima vértebra torácica (T10), décima primeira vértebra torácica (T11), décima segunda vértebra torácica (T12) e primeira vértebra lombar (L1). Durante o primeiro estágio, esta é sentida como compressiva acima do nível de T11 e T12 (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998). Ocorre também a compressão ganglionar próxima à cervice e abaixo do segmento uterino, o que também se

determina para o estímulo nociceptivo durante o final do primeiro estágio e segundo estágio do trabalho de parto (LOWE, 1996).

Ao longo do trabalho de parto, estímulos nocivos adicionais podem ser transmitidos devido à tração e pressão sobre os anexos e peritônio parietal; pressão e estiramento da bexiga, uretra e reto; pressão sobre uma ou mais raízes do plexo lombossacro e reflexo do espasmo muscular esquelético na região lombossacral, nas estruturas fornecidas pelos mesmos segmentos da medula espinal que suprem o útero e o colo do útero. A dor é referida na parede abdominal anterior, cristas ilíacas, região glútea e regiões lombossacral também podem ser experimentadas devido ao estímulo neuronal dessas regiões por estímulos aferentes dos órgãos pélvicos conforme estado dos dermatômos (LOWE, 1996). As áreas espaciais mais frequentes nas fases latente, ativa e de transição são as regiões do baixo ventre e sacra (DIAS, 1996).

No segundo estágio do trabalho de parto ocorre a distensão do segmento baixo e cérvix e estas, manifestam as dores com distribuição semelhante ao primeiro estágio, só que com aumento de pressão exercido à parte interna da pelve (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998). A dor perineal resulta de inervações do útero e cérvix que atravessam o Plexo de Frankenhauser, localizado bilateralmente às laterais da cérvix. Essas fibras passam pelo Plexo Hipogástrico e terminam na medula espinal ao longo de T11, T12 e L1. O estímulo neuronal é atribuído por características espaciais e temporais no tálamo e no córtex e a dor é percebida como generalizada e origina numa área maior que a posição anatômica do útero (TROUT, 2005). Acresce-se a resposta de dor às áreas da face interna da coxa, ânus e região perineal (DIAS, 1996).

A origem e a transmissão da dor estão associadas aos estímulos nociceptivos que podem ser evidentemente percebidos pela parturiente (MAZONI; CARVALHO, 2008; LOWE, 2002). Sobre a sensibilização dos nervos periféricos, para Kojic et al (2007), esta decorre da reação inflamatória do colo do útero, associado com o amadurecimento cervical e remodelação. Mediadores químicos inflamatórios (principalmente prostaglandinas, citocinas, granulócitos, tais como enzimas metaloproteínases, integrinas) ativam as fibras nervosas nociceptivas.

A percepção de dor dependerá de um neurosinal modulado por eventos cognitivos como estresse psicológico e por insumos sensoriais. Também podendo

ocorrer tanto pelo estresse físico quanto pelo estresse psicológico e de mecanismos regulatórios. (MELZACK, 2001) (Quadro 3).

Atributos

A experiência prévia de dor pode fornecer a oportunidade de se desenvolver habilidades de enfrentamento da dor que poderão influenciar a interpretação original de estímulo nociceptivo. Esta também é mediada por atributos físicos e do trabalho de parto, incluindo características psicológicas, crenças culturais e influências do ambiente de nascimento (LOWE, 2002; 1996; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; McCOOL; SMITH; ABERG, 2004; WEBER, 1996). Em um estudo descritivo em que investigou as diferenças de dores relatadas por 17 primíparas e 33 multíparas nas fases latente, ativa e de transição para o período de expulsão não encontrou diferenças significantes na intensidade de dores para a paridade, entretanto houve diferenças significativas nos diferentes períodos. Primíparas podem experimentar dores mais intensas no início da fase ativa e menor intensidade de dores no período de dilatação quando comparado às multíparas (LOWE, 1987).

Para algumas parturientes esse fenômeno inexistente, ou recebe atributos positivos como (a dor) “é emocionante” (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008; MACEDO, 2007), “boa” (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008), atributos da literatura clássica de que a percepção de dor é “por vezes dolorosa” (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2006)

Outras literaturas descrevem as dores de parto como uma das experiências dolorosas mais intensas possíveis (LOWE, 2002; MAUL, 2007), em discursos maternos descrevendo-se com adjetivos de dor “horrorosa, horrível, irritante, ruim” (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008), “que incomoda”, “chata” e semelhante “a objetos pontiagudos no abdome e região lombar”, “ora são rápidas, ora mais fortes” (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008; MACEDO, 2007), “cólica extremamente intensa” ou de expressões e descrições antagônicas como “intermitente” e “permanente”, “contínua ou constante” (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008; TSENG; JUU-SU, 2008), “boa” e “ruim”, “suportável” e “prazerosa” (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008).

A dor manifestada às mulheres que a vivência pode ser superior às expectativas ou inferior ou muito inferior às expectativas (COSTA; FIGUEIREDO;

PACHECO, 2003). Por isso considera-se que a experiência da dor no trabalho de parto é complexa, subjetiva e multidimensional (LOWE, 2002).

Aumento do limiar de dor foi encontrado durante a fase ativa do trabalho de parto em comparação com a avaliação anterior ao início da mesma (OHEL et al, 2007). Primíparas relatam a dor no trabalho de parto como sendo mais intensa ou mais dolorosa quando comparado ao relato de múltiparas. (TROUT, 2005). Mulheres com expectativas de dores no trabalho de parto que não são realistas têm mostrado experiências mais intensas de dores, comparada àquelas com expectativas realistas (FRIDH; GASTON-JOHANSSON, 1990).

Lundgren e Dahlberg (1998; p.106-107) encontraram em discursos temas que descreviam a dor de parto como difícil de descrever e com atributos definidores contraditórios – “[...] ‘poder’, ‘energia’, ‘dor feliz’, ‘positiva’, ‘força’, ‘euforia sensacional’, ‘terrível’, ‘difícil’”, de “‘cair aos pedaços’”, que “‘explode’”, e como “‘lágrimas em seu corpo inteiro’”. Também encontraram atributos de autoconfiança. Mulheres descreveram como se entrassem em seu próprio corpo, e que o alívio da dor ocorria por esconder-se em seu próprio corpo. A experiência das mulheres sobre a dor muitas vezes é descrita como um fluxo e refluxo de que esta dor “vem e vai”, “vai e volta” (LUNDGREN; DAHLBERG, 1998).

A dor do parto ocorre, na maioria das vezes, no abdome virilha e costas (DeCs, 2008a; MeSH, 2008; DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008, TSENG; JUU-SU, 2008; MacEVILLY; BUGGY, 1996). Estudos citaram a contração uterina como atributo da dor de parto (MACEDO, 2007; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998), isto é, “obviamente existe um componente da dor no trabalho de parto diretamente atribuído à contração uterina, que atua de forma independente do efeito sobre segmento baixo ou cérvix” (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; p. 350). Sendo assim, cabe-se ressaltar que a contração pode ser categorizada como um antecedente da manifestação de dor, mas também como atributo que define parte do fenômeno nessa situação, diferentemente da pressão sobre a pelve, cérvix e assoalho pélvico.

Por assim dizer, a localização durante o período de dilatação, predomina-se como dor visceral (LOWE, 1996) e esta geralmente é percebida como “compressiva acima do nível da T11 e T12”. Com o progresso do trabalho de parto, isto é, evidenciado pelo aumento da frequência e intensidade de contrações e descida de apresentação fetal, a dor torna-se intensa e localiza-se no abdome, região lombar

inferior e sacral superior, correspondente aos níveis de T10 e L1 (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998, p. 351).

No período de expulsão, a dor manifestada é descrita como pontiaguda e localiza-se no períneo, ânus e reto, mas pode também ser percebida nas virilhas e membros inferiores. Acredita-se que surja da tração e pressão sobre o peritônio parietal, ligamentos do útero, uretra, bexiga, reto, o plexo lombossacral, fáscias e músculos do assoalho pélvico (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

Do ponto de vista físico, a dor de parto quando acompanhada de contrações uterinas promove estresse fisiológico generalizado (BROWNRIDGE, 1995), isto é, alterações concomitantes ao estímulo nociceptivo de dores, podendo afetar a função respiratória, cardiovascular, gastrointestinal, urinária e neuroendócrina. Como efeitos respiratórios, pode-se identificar a presença de hiperventilação durante progresso do trabalho de parto e eventualmente levar à hipocapnia materna, alcalose respiratória e subsequente acidose metabólica compensatória (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998). A hipocapnia pode provocar sintomas assim como náusea, fadiga, atordoamento, confusão mental e desorientação, parestesia secundária à hipocalcemia, tetania, palidez cutânea e sudorese; pode também diminuir o transporte de oxigênio dos tecidos, enquanto a alcalose respiratória, eventualmente leva à excreção renal compensatória de bicarbonato contribuindo assim para a acidemia metabólica materna (BROWNRIDGE, 1995). A ativação da dor mediada pelo sistema nervoso autônomo também pode contribuir para a inibição do esvaziamento gástrico e motilidade intestinal (BROWNRIDGE, 1995) a desencadear ou potencializar os sintomas de náuseas e vômitos. A dor no trabalho de parto não só poderá promover acidose materna, mas o desenvolver de acidemia no feto (BROWNRIDGE, 1995; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

Estímulo hipofisário e adrenal-simpático promovem a liberação de diversos hormônios relacionados ao estresse (BROWNRIDGE, 1995). Hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e β -endorfinas são liberados pela hipófise anterior em resposta à dor. Há um índice progressivo de β -endorfinas no plasma que se associa à presença da dor de parto (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998). A resposta endócrina ao estresse induzido pela dor resulta da mobilização de substratos, ao catabolismo aumentado podendo desencadear hiperglicemia, lipólises e alterações no equilíbrio ácido-básico (BROWNRIDGE, 1995). Durante o trabalho de parto há aumento dos hormônios catabolizantes, glucagon, hormônio de crescimento, renina e hormônio

antidiurético, com diminuição de hormônios anabolizantes, insulina e testosterona (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

Nesse período a circulação sanguínea pode permanecer reduzida durante as contrações dolorosas, bem como, a atividade simpática excessiva, secundária à dor e estresse, podem agravar para contrações uterinas de forma a impossibilitar que se coordenem (BROWNRIDGE, 1995) (Quadro 3).

Consequências

As consequências variam do sofrimento ao prazer. Verificou-se que a dor de parto é cansativa, oferece significado à vida e interfere com as relações.

Um estudo realizado por McCallum e Reis (2006) mostrou discursos em que a expressão ensinar foi frequente. Davim, Torres e Dantas (2008) encontraram expressões semelhantes quanto às vivências e experiências que intercalam em sofrimento e realização. Para Ruano et al (2007, p. 377), a dor de parto é “o marco inicial da maternidade, é como o ‘preço a ser pago’ por esta, que poderia ficar ‘quase esquecido’ após receber o prêmio: ter o filho nos braços”. Macedo (2007) também encontrou que a dor de parto pode gerar desgaste, exaustão, sofrimento, nervosismo, tensão, descontrole, agitação, agressividade, raiva, preocupação, medo e ao mesmo tempo prazer como consequências posteriores ao nascimento.

Tseng Juu-su (2008), afirmaram que a dor lombar durante o trabalho de parto pode causar aflição e experiência obstétrica negativa. As mesmas autoras verificaram que mulheres em trabalho de parto que sofreram de dor lombar não somente experienciaram um aumento do desconforto físico e mental, mas também foram incapazes de relaxar pela dor intensa que atrasou o progresso de seu trabalho de parto.

Costa et al (2003) enfatizam que os sentimentos negativos derivam, na maior parte das vezes, da manifestação de dor. Psicologicamente, a ansiedade é pode ser secundária à dor, isto é, uma vez cessada a dor, o medo e ansiedade são automaticamente eliminados. (BROWNRIDGE, 1995). Por outro lado, um estudo realizado por Lang et al., (2006) mostrou que a ansiedade durante a gravidez pode ser um preditor para a experiência de dor máxima no trabalho de parto (Quadro 3).

Desenvolvimento de um caso modelo e de casos adicionais

O caso modelo foi construído considerando todos os antecedentes, atributos definidores e consequências das dores de parto para melhor elucidar o modelo de dor em situação de parto. O caso foi construído pelo próprio pesquisador considerando aspectos de nuliparidade, fase ativa do trabalho de parto e desejo de realização da maternidade. O caso *borderline* foi desenvolvido considerando a multiparidade e a fase ativa do trabalho de parto e por fim os resultados apresentam a construção de um caso contrário em que consideraram-se os aspectos da multiparidade e fase ativa de transição do trabalho de parto para o período de expulsão (Quadro 4).

Caso Modelo
C.S, 26 anos, casada, com 39 semanas e 6 dias de gestação, chegou ao hospital acompanhada do cônjuge, foi admitida na maternidade para a sua primeira experiência de parto. À entrevista com a enfermeira, referiu que a gravidez foi desejada pelo casal, que esperam com alegria a chegada do filho e que estava sentindo dores nas costas e cólicas que começaram há aproximadamente 8 horas (Referencia de dor verbal segundo EVA = 7). Refere dores nas costas, na parte inferior do abdome e movimentos fetais presentes. Nega perda de líquidos e sangramentos por via vaginal. Observa-se a presença de comportamento expressivo de dor do tipo gemidos entre respostas à anamnese, bem como expressão facial de dor. Após exame obstétrico foi diagnosticada em fase ativa do trabalho de parto. À dinâmica uterina apresentou três contrações, sendo duas efetivas, colo dilatado à quatro centímetros e fino, com esvaecimento em 70%. A bolsa rompeu-se espontaneamente e as contrações foram se amiudando no decorrer do período; relatos de dores intensificadas no abdome, períneo, virilha e coxas foram relatadas pela parturiente até o período expulsivo (Referencia de dor verbal segundo EVA = 10). O parto transcorreu sem intercorrências, resultando no nascimento de um recém-nascido do sexo masculino. Embora referindo cansaço, a puérpera, relatou prazer e realização pessoal com o parto e a chegada do filho.
Casos adicionais
<p><i>Borderline:</i></p> <p>M.H, 35 anos, casada, chegou ao hospital acompanhada da sogra, quarta gestação, encontra-se na 38ª semana gestacional, relatando um aborto e dois partos normais anteriores e ultimo intervalo interpartal de 5 anos. À entrevista com a enfermeira, referiu que a gravidez foi desejada pelo casal, que esperam com alegria a chegada do filho e que está sentindo leves dores nas costas e ausência de contrações (Referencia de dor verbal segundo EVA = 3). Após exame obstétrico foi diagnosticada em fase ativa do trabalho de parto. À dilatação de oito centímetros a bolsa foi rompida de forma espontânea e o comportamento expressivo de dor e expressão facial de dor foram observados nesse período, com evidência de dor relatada no períneo (Referencia de dor verbal segundo EVA = 10), em seguida transcorreu-se o período de expulsão e delivramento, resultando no nascimento de um recém-nascido do sexo feminino. No quarto período, referiu cansaço, mas relatou prazer e realização pessoal com a chegada de mais uma menina.</p> <p><i>Contrário:</i></p> <p>H.B.O., 33 anos, casada, chegou ao hospital acompanhada do cônjuge, 4ª gestação, encontra-se na 38ª semana gestacional, relatando três partos normais anteriores. À entrevista, referiu perda de líquidos. Ao exame, dilatação de nove centímetros e altura de apresentação em +3 (Plano de DeLee), sendo chegada à expulsão. Pariu na presença do acompanhante, negou dores, exceto relato de pressão leve sobre o períneo, ressaltando ausência de dores no parto anterior.</p>

Quadro 4 – Caso modelo e casos adicionais segundo análise de conceito, Ribeirão Preto/2012

Considerando o caso modelo apresentado, bem como os adicionais, verifica-se que a associação do *borderline* com o caso modelo diferem-se na ausência de atributos definidores no início da fase ativa na múltipara, com intensidade de dores segundo EVA que se difere em intensidade, assim como ausência de cólicas e dores na parte inferior do abdome, as dores da múltipara se intensificaram no período de transição para o expulsivo (Quadro 4).

No que se refere ao caso contrário (Quadro 4), cabe-se aqui ressaltar sua construção embasada na literatura, pois dor é frequente no trabalho de parto, embora a ausência possa ser relatada entre 1 e 5% da população de gestantes. Em torno de 10 e 25% das parturientes experimentam dores em intensidade classificada como leve (IASP, 2007; MELZACK, 1993; NIVEN; GIJSBERS, 1984).

Definição proposta para o diagnóstico de enfermagem “Dor de Parto”

A partir dos resultados da análise de conceito, onde se identificou que a definição de *dor aguda* contem atributos que se antepõem ao fenômeno da dor *de parto* optamos por propor o diagnóstico de Dor de Parto. A proposta de definição para o rótulo diagnóstico de Dor de Parto foi construída, considerando os antecedentes, atributos e consequências do conceito estudado. Segue abaixo a referida definição posteriormente inserida no instrumento de coleta de dados para retratar o diagnóstico de enfermagem e que foi enviada para o crivo e apreciação dos especialistas.

Definição: “Experiência sensorial e emocional que varia de desagradável à prazerosa e ocorre durante o trabalho de parto e parto, que resulta de interações complexas e surge da adaptação do pólo fetal ao estreito superior da pelve, de contrações uterinas e distensão cervical, variando de leve a intensa, com tendência a aumentar a intensidade e frequência do início do período de dilatação ao período de expulsão. Pode provocar estresse fisiológico generalizado e experiências obstétricas traumáticas.”

E a partir da análise de conteúdo sendo redefinida para:

Definição: “Experiência sensorial e emocional que varia de prazerosa à desagradável e ocorre durante o trabalho de parto e parto, que resulta de interações complexas de aspectos clínicos, hormonais e mecânicos do parto e estímulos nociceptivos advindos do amadurecimento cervical, contrações uterinas, dilatação da cérvix e da descida fetal, modulados por eventos cognitivos de origem física, cultural, emocional, psicológica e de percepção sensorial que varia de leve a

intensa, com tendência a aumentar a intensidade e frequência do início do período de dilatação ao período de expulsão.”

Fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto

Os fatores relacionados para o diagnóstico de dor de parto foram identificados a partir da análise de conceito dos antecedentes da dor em situação de parto. Sendo assim, primou-se pelos períodos clínicos do parto, sendo eles, os encontrados como referência de intensidades de dores na literatura, sendo o primeiro período denominado como período de dilatação e que se divide nas fases latente, ativa e de transição do trabalho de parto, bem como o período expulsivo em que se finda ao delivramento. Foram encontrados três categorias de antecedentes: clínicos, hormonais e mecânicos, entretanto, são interdependentes para o desenvolvimento dos períodos clínicos do parto.

Características definidoras reformuladas

As características definidoras para o diagnóstico de dor de parto foram reformuladas a partir do diagnóstico de enfermagem 00132 – Dor Aguda (NANDA-I, 2010) e dos atributos definidores encontrados para a dor de parto na análise de conceito, exceto a ansiedade (também diagnóstico de enfermagem), encontrada como preditor para a experiência de dor de parto, disposição para enfrentamento aumentado e enfrentamento ineficaz, diagnósticos de enfermagem distintos (características de confusão). Constipação e diarreia também foram duas características consideradas como “falsas”, para a inserção no elenco de características definidoras para o teste de opinião dos especialistas (Quadro 5).

Características definidoras Dor aguda (NANDA-I, 2010)	Características definidoras reformuladas Dor de Parto
<ul style="list-style-type: none"> - Alteração na pressão sanguínea - Comportamento de distração - Comportamento de proteção - Comportamento expressivo - Diaforese - Dilatação pupilar - Distúrbio do sono - Evidência observada de dor - Expressão facial - Foco em si próprio - Foco estreitado - Gestos protetores - Mudanças na frequência cardíaca - Mudanças na frequência respiratória - Mudanças no apetite - Posição para evitar dor - Relato codificado - Relato verbal de dor 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração da pressão sanguínea - Expressão facial de dor - Comportamento de distração - Gestos protetores/Comportamento de defesa - Comportamento expressivo - Diaforese - Dilatação pupilar - Distúrbio do sono - Evidência observada de dor - Foco em si próprio - Foco estreitado - Alterações na frequência cardíaca - Alterações na frequência respiratória - Posição antálgica para evitar dor - Relato verbal ou codificado - Alteração do tônus muscular - Evidência observada de contração uterina - Alteração da função urinária - Alteração da função neuroendócrina - Náuseas - Vômitos - Inapetência - Apetite aumentado - Sensação de pressão no períneo - Constipação (característica de confusão) - Diarreia (característica de confusão) - Ansiedade (característica de confusão) - Disposição para enfrentamento aumentado (característica de confusão) - Enfrentamento ineficaz (característica de confusão)

Quadro 5 – Características definidoras reformuladas para o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto segundo indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda da NANDA-I (2010) e atributos definidores encontrados na análise de conceito, Ribeirão Preto/2012.

Referências empíricas

Buscaram-se por instrumentos que possibilitassem mensurar, exemplificar ou padronizar o conceito de dor para a situação de parto, para tanto, 38 referências definiram operacionalmente a observação do fenômeno e identificou-se que o instrumento de medida mais utilizado foi a escala visual do tipo analógica (EVA) com escores que variam de 0 a 10, sendo zero caracterizado pela ausência de dor e 10 representa a intensidade máxima de dor, seguida da EVA de reprodução com escores que variam de 0 a 100 e o Inventário McGill em sua forma curta (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência e porcentagem de métodos para operacionalização do fenômeno da dor em situação de parto, segundo revisão da literatura, Ribeirão Preto/2012.

Métodos	Frequência	Porcentagem (%)
Escala Visual Analógica (EVA)	26	68,4
EVA de reprodução (Playback)	3	7,9
Inventário McGill (Short Form)	2	5,3
Escala de dor (Catastrophizing)	2	5,3
Escala de dor (Comportamental)	1	2,6
Escala de classificação de dor	1	2,6
Escores de dor (0 – 10)	1	2,6
Inventário de dor McGill	1	2,6
Cardiotocografia (No-stress test)	1	2,6
Total	38	100

Para os atributos físicos de *alteração do tônus muscular* e evidência *observada de contração* uterina também foi encontrada a identificação por meio da percepção tátil, dinâmica uterina e cardiotocografia (pelo toco) para identificar a amplitude de pressão intrauterina (BICKLEY, 2005; NANDA-I, 2010; PALOMÄKI; HUHTALA; KIRKINEN, 2007b). A relato verbal ou codificado pode ser medido por meio de escalas com escores numéricos ou a qualidade por descritores, como por exemplo pela aplicação do Inventário McGill em sua forma curta (MELZACK, 1975)

Aos físicos associados ao estresse fisiológico generalizado: *alterações de pressão sanguínea* foram encontradas as medidas de pressão invasiva e não invasivas, esta última, caracterizada pelos métodos indiretos do tipo esfigmomanômetros de coluna de mercúrio ou aneróide (BICKLEY, 2005). As *alterações na frequência cardíaca* podem ser pela semiotécnica de dígito-pressão sobre os pulsos ou por método auscultatório (pulso apical), com monitoração por meio do oxímetro de pulso também para verificar a saturação de oxigênio, complemento a identificação dos padrões respiratórios. A alteração da frequência respiratória pelo método de observação direta dos movimentos respiratórios no tórax e abdome, que se compõem das fases de inspiração e expiração (BICKLEY, 2005; CORREA, 1997).

A *dilatação pupilar*, uma característica definidora observável mensurável do ponto de vista físico pode ser medida pelo diâmetro da pupila, por meio do pupilometro manual ou digital. *Diaforese*, episódios de *vômitos* e *distúrbios do sono* também são fenômenos observáveis (BICKLEY, 2005; CORREA, 1997).

Alteração da função urinária requer medidas de clearance de creatinina sérica ou urinária, bem como balanço hídrico com necessidade de controle de diurese por

armazenamento espontâneo ou por cateterização vesical de demora (BASTOS et al., 2007; GUSHI et al, 2004) e a *Alteração da função neuroendócrina* se verifica pelas dosagens das concentrações plasmáticas ou salivares de cortisol (ALMEIDA et al, 2005; ENTRINGER et al, 2010).

Indicadores comportamentais de dor como *comportamento de distração, gestos protetores/comportamento de defesa, foco em si próprio, comportamento expressivo de dor, expressão facial de dor, posição antálgica para evitar dor* são verificados pelo método de observação e que exigem a vigília do comportamento durante todo o fenômeno da dor (BICKLEY, 2005; CORREA, 1997).

Características definidoras por referência verbal da parturiente devem são identificadas pelo método de interação, podendo ser para os atributos definidores de *náusea, inapetência, apetite aumentado, constipação, diarreia* (BICKLEY, 2005; CORREA, 1997). Embora *náusea* possa também ser evidenciada por comportamento expressivo de menção de repulsa ao conteúdo gástrico, inapetência pela observação do padrão alimentar, bem como *constipação* e *diarreia* pela observação direta ao bolo fecal, também podem ser pelo método de observação direta quando na ocorrência destas.

Constipação e diarreia foram consideradas como “características de confusão”, não encontradas na literatura como indicativas do diagnóstico de enfermagem, e foi utilizada para testar a confiabilidade de respostas sobre os atributos definidores (FEHRING, 1987).

Enfim, podemos também nos referir às demais características definidoras consideradas de “confusão” incluídas para apreciação e opinião dos especialistas e que são outros três diagnósticos distintos apenas para fins de confiabilidade de respostas quanto à compreensão do fenômeno da dor, são eles: *ansiedade* (LANG et al., 2006) *enfrentamento ineficaz, disposição para o enfrentamento aumentado* (NANDA-I, 2010) e que utilizam escalas específicas.

4.2 Opinião dos enfermeiros especialistas

Dez enfermeiros especialistas teceram opiniões que se referiram à pertinência da definição de dor aguda para a situação de parto ao título atribuído pela NANDA-I, bem como das características definidoras e à elaboração do diagnóstico de

enfermagem Dor de Parto, considerando-se a definição para a titulação diagnóstica, características definidoras, fatores relacionados e proposições de domínios e classes.

A maioria dos participantes foi do Estado de São Paulo, sendo um respondente do Estado do Ceará, com tempo de experiência em Enfermagem Obstétrica de até 10 anos; todos referiram experiência no acompanhamento do trabalho de parto e experiência no ensino de Enfermagem Obstétrica, com predomínio da experiência em hospitais com maternidades (Tabela 2).

No que se refere à experiência de trabalho com diagnósticos de enfermagem, a maioria (8 participantes), afirmou tê-la, sendo esta distribuída entre o ensino, pesquisa e assistência, com predomínio de tempo de experiência de um a três anos; um participante afirmou não trabalhar com diagnósticos de enfermagem e um não respondeu a questão (Tabela 2).

No que se refere à titulação acadêmica *Strictu Sensu*, esta variou entre três respondentes que não apresentavam e dois que apresentavam mestrado, dois doutorado, um mestrado e doutorado e um mestrado, doutorado, pós-doutorado e livre-docência (Tabela 2). Sobre aqueles que descreveram os temas da dissertação de mestrado, estes estudaram assuntos relacionados à “competências essenciais na atenção ao parto”, “diagnósticos epidemiológicos de queimaduras em crianças” e o “perfil de gestantes adolescentes”. Os temas de teses citados foram sobre a “enfermeira na assistência pré-natal”, “dor na criança vítima de queimaduras” e “avaliação do efeito antiinflamatório do toque terapêutico”. Sobre trabalho científico que aborda o tema diagnóstico de enfermagem dois afirmaram ter realizado, um consumou a publicação em artigos em periódicos, resumos em anais de congressos e outros eventos, apresentações de trabalhos científicos e orientações. Também sobre trabalho científico que aborda o tema diagnóstico de enfermagem dois diferentes respondentes afirmaram ter realizado, um referiu ter orientado trabalho de conclusão de curso e o outro afirmou ter publicado artigos em periódicos (Tabela 2).

Sobre trabalho científico com o tema dor de parto segundo tipo de estudo ou meio de divulgação ou orientações de trabalhos de conclusão de curso um respondente afirmou ter realizado e publicado a pesquisa em periódico indexado

Tabela 2 – Perfil dos enfermeiros expertos participantes segundo procedência e experiência profissional, Ribeirão Preto/2012.

Perfil	Frequência	Porcentagem(%)
Estado		
São Paulo	9	90
Ceará	1	10
Experiência em enfermagem obstétrica		
Até 10 anos	6	60
Maior que 10 anos	4	40
Experiência no acompanhamento do trabalho de parto		
Sim	10	100
Não	0	0
Locais de experiência		
Hospitais/Maternidades	7	70
Hospitais/maternidades e centros de partos	3	30
Experiência no ensino de enfermagem obstétrica		
Sim	10	100
Não	0	0
Trabalha com diagnóstico de enfermagem		
Sim	8	80
Não	2	20
Área em que trabalha com diagnóstico de enfermagem		
Ensino	2	20
Pesquisa	1	10
Assistência	3	30
Ensino e assistência	2	20
Não trabalha	1	10
Não respondeu	1	10
Experiência com diagnóstico de enfermagem		
Menos de 1 ano	0	0
De 1 a 3 anos	5	50
De 3 a 5 anos	1	10
Mais de 5 anos	1	10
Sem experiência	1	10
Não responderam	2	20
Titulação acadêmica (Strictu Sensu)		
Mestrado	2	20
Doutorado	2	20
Mestrado e doutorado	2	20
Mestrado, doutorado, pós-doutorado e livre-docência	1	10
Não apresenta	3	30
Realizou trabalho científico que aborda o tema diagnóstico de enfermagem		
Sim	2	20
Não	8	20
Trabalho científico (tema: diagnóstico de enfermagem segundo tipo de estudo ou meio de divulgação)	1	10
Publicação de artigos em periódicos e apresentações de trabalhos científicos	1	10
Não publicou	8	80
Realizou trabalho científico que aborda o tema dor de parto.		
Sim	2	20
Não	8	80

Trabalho científico (tema: dor de parto segundo tipo de estudo ou meio de divulgação)	1	10
Publicação de artigos em periódicos/revistas	1	10
Não publicou	8	80

Embora não se consideraram os critérios de Fehring (1994) para a seleção de enfermeiros expertos seis participantes da análise de conteúdo do presente estudo atingiram a pontuação mínima de seis pontos sugerida pelo autor (Quadro 6).

O número limitado de respondentes retrata uma realidade brasileira e em menores proporções depara-se com um problema mundial (CARVALHO et al, 2006; McLANE, 1987). Souza (2004) atenta para a acentuação desse problema ao se referir ao número reduzido de enfermeiros especialistas em áreas específicas de interesse do diagnóstico a ser validado ou desencadeado pela restrição do uso de diagnósticos de enfermagem na prática clínica. Carvalho et al (2006; 2007) e Mac Lane (1987) em estudos analisados também verificaram a dificuldade de identificar enfermeiros expertos para o julgamento clínico de respostas diagnósticas em pesquisas de validações, situação semelhante se verifica no presente estudo, dado que apenas 10 enfermeiros participaram da pesquisa opinando aos componentes do diagnóstico em proposta.

Chaves (2008), sobre os critérios de seleção de enfermeiros expertos de Fehring (1986; 1987; 1994), afirma que não basta ao perito apresentar titulação, mas também as habilidades em identificar o diagnóstico, e essa condição ocorre à medida que o experto pertença à área relevante ou relacionada, no sentido de suas experiências, produções científicas, formação acadêmica e participação em organizações que visem a discussão nesse âmbito.

Critérios	Pontuação (FEHRING, 1994)	Enfermeiros expertos (pontuação obtida)									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mestre em enfermagem	4	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0
Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse do diagnóstico.	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
Ter pesquisa publicada sobre diagnóstico ou conteúdo relevante	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Ter artigo publicado sobre diagnóstico em periódico indexado.	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de interesse do diagnóstico.	2	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0
Ter prática clínica recente de no mínimo um ano na temática abordada.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ter capacitação (especialização) em área clínica relevante ao diagnóstico de interesse.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Total	14	8	7	13	3	8	5	10	3	8	3

Quadro 6 – Pontuação obtida pelos enfermeiros expertos participantes do estudo segundo critérios de Fehring (1994), Ribeirão Preto/2012.

Reforçam-se aqui a impossibilidade de se abranger os critérios de seleção de enfermeiros expertos, discutirem de forma ampla e considerar sob esse enfoque as opiniões a serem consideradas na validação clínica do diagnóstico de enfermagem Dor de Parto, embora caiba se afirmar que a contribuição dos enfermeiros especialistas respondentes serão imprescindíveis ao desenvolvimento da definição para o rótulo diagnóstico, bem como para os fatores relacionados a serem propostos. A maioria, oito participantes afirmaram que a definição do diagnóstico 00132 – Dor Aguda não contempla a definição para a dor em situação de parto (Tabela 3). Sendo assim, seis enfermeiros concordaram com a definição proposta para o diagnóstico de enfermagem “Dor de Parto”, dois discordaram, tecendo opiniões sobre o termo “desagradável” referindo-se no sentido de se evitar “sentimentos negativos” e sugerindo a exclusão da “experiência obstétrica traumática” e inclusão de que a “dor cessa com a alegria e/ou prazer do nascimento”. O segundo opinante referiu a possibilidade de contração mesmo na ausência da adaptação do pólo fetal e exemplificou a desproporção céfalo-pélvica em que o polo não se adapta ao estreito superior da pelve, com propostas de revisão da definição.

Seis especialistas discordaram que os fatores relacionados citados pela NANDA-I (2010) para o diagnóstico de enfermagem Dor Aguda são agentes causais do fenômeno da dor em situação de parto (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência e porcentagem quanto à pertinência dos componentes diagnósticos para a dor aguda e dor de parto segundo opinião dos enfermeiros expertos participantes especialistas, Ribeirão Preto/2012.

Componente diagnóstico	Frequência	Porcentagem (%)
Diagnóstico de enfermagem Dor aguda (NANDA-I, 2010) em situação de parto.		
Concordaram	2	20
Discordaram	8	80
Não souberam responder	0	0
A definição proposta para a titulação do diagnóstico de enfermagem Dor de Parto é pertinente.		
Concordaram	6	60
Discordaram	2	20
Não souberam responder	2	20
Os fatores relacionados citados pela NANDA-I (2009-2011) para o diagnóstico de enfermagem Dor Aguda são agentes causais do fenômeno da dor em situação de parto		
Concordaram	4	40
Discordaram	6	60
Não souberam responder	0	0

Sobre as propostas de fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto segundo períodos clínicos do parto (Tabela 4), chama atenção para a frequência de peritos que não responderam aos quesitos solicitados. Apesar do pequeno número de especialistas apenas dois fatores relacionados puderam ser considerados validados ($\geq 50\%$), sendo eles a fase ativa do trabalho de parto e o período de expulsão.

Tabela 4 – Frequência e porcentagem de fatores relacionados pelos enfermeiros expertos participantes para o diagnóstico de enfermagem dor de parto segundo períodos clínicos do parto, Ribeirão Preto/2012.

Fatores relacionados	Frequência	Porcentagem (%)
Fase latente do trabalho de parto		
Concordaram	4	40
Discordaram	2	20
Não responderam	4	40
Fase ativa do trabalho de parto		
Concordaram	5	50
Discordaram	1	10
Não responderam	4	40
Período de expulsão		
Concordaram	6	60
Discordaram	0	0
Não responderam	4	40

Sobre o domínio relacionado ao novo diagnóstico de enfermagem, 6 especialistas concordaram que o diagnóstico deve pertencer ao Domínio 12 – Conforto e à Classe 1 – Conforto físico (Tabela 5). Um respondente opinou que o Diagnóstico deve pertencer ao Domínio 9 – Enfrentamento/tolerância ao estresse, pois entende que a dor é um processo de adaptação necessária para a descida do feto ao canal cervical.

Tabela 5 - Frequência e porcentagem da pertinência de domínio para o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto, atribuída pelos enfermeiros expertos participantes. Ribeirão Preto/2012.

Domínios e classes	Frequência	Porcentagem(%)
O diagnóstico de enfermagem pertence ao Domínio 12 – Conforto e à Classe 1 – Conforto Físico (NANDA-I, 2009 – 2011)		
Concordaram	6	60
Discordaram	1	10
Não responderam	1	10
Total	8	100

A apresentação dos resultados se refere ao que Fehring (1986; 1987) denomina como o modelo *Diagnostic Content Validation* (DCV) estabelecido por Fehring (1986; 1987) em que se fundamentou em calcular as médias ponderadas dos escores atribuídos pelos enfermeiros peritos para cada uma das características definidoras, considerando-se o peso zero para o escore 1; 0,25 para 2; 0,50 para 3; 0,75 para 4 e 1,0 para o escore 5, peso estes atribuídos para que a média total não

ultrapasse 1 (um inteiro) (Tabela 6). Entretanto, a amostra reduzida não possibilitou a utilização do critério de descarte de características definidoras, pois Fehring (1994) sugere uma amostra adequada quando composta de 50 e 100 enfermeiros expertos. Por outro lado, a apresentação dos dados abre espaço a propostas de estudos com amostras ampliadas e representativas, seguindo modelo semelhante. As denominadas “falsas características para atender critérios de confiabilidade é uma importante estratégia sugerida por Fehring (1987), embora na amostragem reduzida “Constipação” e “Diarreia”, características inseridas como “falsas” tiveram médias ponderadas abaixo de 0,50. Já os diagnósticos de enfermagem *Ansiedade*, *Enfrentamento ineficaz* e *Disposição para enfrentamento aumentado*, também representados como características de confusão, tiveram médias acima de 0,50, considerando que 1 especialista identificou e descreveu a presença dos diagnósticos estavam como características definidoras.

Encontramos características igual ou maiores que 0,80 e que são evidentes para o fenômeno de estudo, são elas a de *alteração do tônus muscular*, *evidência observada de contração uterina*, *relato verbal ou codificado*, *alterações na frequência respiratória*, *alteração na frequência cardíaca*, *diaforese*, *comportamento expressivo* e *evidência observada de dor* também apresentaram escores de médias igual ou maior que 0,80.

Alteração da pressão sanguínea, *comportamento de distração*, *gestos protetores/comportamento de defesa*, *foco em si próprio*, *distúrbio do sono*, *náuseas*, *vômitos*, *foco estreitado*, *posição antálgica para evitar dor*, *alteração da função urinária*, *alteração da função neuroendócrina* e *inapetência* tiveram médias ponderadas acima de 0,50 e abaixo de 0,80. Dilatação pupilar e apetite aumentado não atingiram médias ponderadas iguais ou maiores que 0,50 (Tabela 6).

Medo, incontinência urinária de esforço, retenção urinária e sede foram as características definidoras propostas pelos respondentes, entretanto não atingindo médias maiores que 0,50 (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição de médias ponderadas das características definidoras atribuídas pelos enfermeiros expertos participantes para o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto, Ribeirão Preto/2012.

Característica definidora	Média ponderada
Alteração do tônus muscular	0,93
Alteração de pressão sanguínea	0,78
Alteração de frequência cardíaca	0,80
Alteração da frequência respiratória	0,85
Comportamento de distração	0,75
Gestos protetores/Comportamento de defesa	0,58
Foco em si próprio	0,58
Dilatação pupilar	0,45
Distúrbio do sono	0,73
Náuseas	0,68
Vômitos	0,60
Inapetência	0,63
Apetite aumentado	0,30
Evidência observada de contração uterina	0,95
Foco estreitado	0,55
Diaforese	0,83
Relato verbal ou codificado	0,80
Comportamento expressivo	0,85
Expressão facial de dor	0,85
Evidência observada de dor	0,85
Posição antálgica para evitar dor	0,70
Alteração da função urinária	0,73
Alteração da função neuroendócrina	0,58
Incontinência urinária de esforço	0,08
Retenção urinária (a)	0,08
Sede (a)	0,08
Medo (a)	0,13
Constipação (b)	0,33
Diarréia (b)	0,30
Disposição para enfrentamento aumentado (b)	0,68
Enfrentamento ineficaz (b)	0,70
Ansiedade (b)	0,78

Nota:

(a) Característica definidora proposta pelos especialistas

(b) Elemento de confusão.

Embora seja precoce descartar características definidoras com amostras reduzidas, para melhor descrever o modelo, excluíram-se as características definidoras com médias ponderadas igual ou menores que 0,50 para o cálculo do que Fehring (1987) denomina como DCV total sendo este obtido a partir da soma das médias dos escores individuais dividido pelo total de características definidoras que apresentem médias maiores que 0,50. Sendo assim o DCV total para o diagnóstico de Dor de Parto foi de 0,73. Entretanto, as características não foram descartadas para a fase de validação clínica do diagnóstico.

4.3 Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto

Neste estudo 55 parturientes foram observadas durante a fase ativa do trabalho de parto. Quarenta e nove parturientes participaram da avaliação que ocorreu entre a dilatação mínima de 4 cm e máxima de 7 cm, grupo do qual foi denominado de Fase Ativa Inicial e 37 parturientes participaram da avaliação em que incluíram aquelas com dilatação mínima de 8 cm e máxima de 9 cm à caracterizar o período transicional do primeiro período (dilatação) para o segundo período, de expulsão. Trinta e uma parturientes participaram de ambas as avaliações.

No que se refere à identificação de raça/etnia, esses são dois conceitos distintos, entretanto que não serão comparados no presente estudo. Para fins descritivos, embora a miscigenação seja um traço marcante no Brasil, identificou-se que 34 (61,8%) pertenciam à etnia branco/caucasiano e 21 (38,2%) eram afro-descendentes. A idade mínima variou entre 18 e 38 anos (média = 25,3 anos; Desvio-Padrão = 5,3 anos). Considerando os extremos de vida reprodutiva 9 (16,4%) tinham idades entre 18 e 19 anos pertencendo ao grupo de gestantes adolescentes; 43 (78,2%) pertenciam ao grupo etário intermediário e 03 (5,4%) ao extremo de idade de 35 anos ou mais. A maioria, 48 (87,3%), afirmou ter companheiro e que o mesmo residia com elas. Sete (12,7%) das participantes afirmaram não ter companheiro (Tabela 7).

Sobre a procedência, 30 (54,5%) pertenciam a municípios vizinhos, 25 (45,5%) pertenciam ao município do hospital sede (Tabela 7).

Quarenta e duas (76,3%) afirmaram não pertencer à população economicamente ativa, 41 (74,5%) afirmaram ser do lar e 1 (1,8%) estava desempregada. Nove (16,4%) eram ajudantes gerais, 03 (5,5%) pertenciam à classe de trabalhadoras rurais, mais especificamente ao corte da cana e 1 (1,8%) era trabalhadora autônoma (Tabela 7).

No que tange a escolaridade, esta variou entre o ensino fundamental incompleto e médio completo; 19 (31,7%) completaram o ensino médio, 12 (21,8%) não completaram; 11 (20%) estudaram até o ensino fundamental e 13 (23,6%) não completaram (Tabela 7).

A renda familiar mínima aproximada em Reais variou entre 134 e R\$ 4.500 (média = 1383,80 reais; desvio-padrão = 841,30 reais). Três (5,4%) parturientes afirmaram ter rendas-familiares de até R\$ 500; 19 (34,5%) entre R\$ 500 e 1000 reais; 25 (45,4%) entre 1000 e 2000 reais; 6 (10,9%) parturientes referiram rendas entre 2000 e 3000 reais, 2 (3,6%) parturientes referiu renda familiar aproximada em 4500 reais. Sobre o número de pessoas na família, o mínimo foi de 1 integrante e o máximo de 8 (média = 3,6 integrantes; desvio-padrão = 1,5 integrantes); 32 (58,2%) tinham entre 1 e 3 integrantes na família, 19 (34,5%) de 4 a 6 integrantes e 04 (7,2%) compunham 7 ou mais (Tabela 7).

Tabela 7 – Perfil sociográfico das participantes segundo etnia, idade, estado conjugal, procedência, ocupação, escolaridade, renda familiar e número de pessoas na família, Ribeirão Preto/2012.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Etnia		
Branco	34	61,8
Afrodescendente	21	38,2
Idade materna (anos completos)		
18 a 19	9	16,4
20 a 34	43	78,2
35 ou mais	3	5,4
Estado conjugal		
Com companheiro	48	87,3
Sem companheiro	7	12,7
Procedência		
Catanduva	25	45,5
Municípios vizinhos	30	54,5
Ocupação		
Do lar	41	74,5
Ajudante geral	9	16,4
Trabalhadora rural	3	5,5
Autônoma	1	1,8
Desempregada	1	1,8
Escolaridade		
Ensino fundamental Incompleto	13	23,6
Ensino fundamental Completo	11	20
Ensino médio Incompleto	12	21,8
Ensino médio Completo	19	34,5
Renda familiar (aproximada em Reais)		
Até 500	3	5,4
500 I– 1000	19	34,5
1000 I– 2000	25	45,4
2000 I– 3000	6	10,9
3000 I– 4500	2	3,6
Número de pessoas (família)		
1 a 3	32	58,2
4 a 6	19	34,5
7 ou mais	4	7,2

A procura pela busca do atendimento hospitalar foi, conforme relato por 35 (63,6%) das parturientes, em sua maioria motivada pelo fenômeno da dor; os relatos de dores eram no baixo ventre, regiões lombares, abdominal, dor tipo cólica, dor tipo cólica que irradia para o dorso, dor em baixo ventre tipo cólica e dor em hipocôndrios irradiando para o dorso. Oito (14,5%) parturientes tiveram sua procura motivada pelos fenômenos do parto, nesta incluía-se relatos de contrações, contrações e sangramento vaginal, contrações e ruptura de bolsa, sangramento vaginal, perda de líquidos por via vaginal, 11 (20%) das gestantes procuraram o pronto atendimento queixando-se de dor em baixo ventre e sangramento vaginal, dor em baixo ventre tipo cólica e perda de líquidos por via vaginal, dor lombar e ruptura de bolsa, isto é tendo sua procura motivada pelos fenômenos do parto e da dor. Uma gestante teve sua procura motivada pelo fenômeno da dor e por outros motivos como mal estar tipo ansia acompanhada de dor tipo cólica (Tabela 8).

Sobre a história da queixa atual (HQA), pouco mais da metade (30; 54,5%) descreviam a ausência de perda de líquidos e de sangramento por via vaginal; vinte (36,4%) descreviam ocorrência de perda de líquidos e sangramento por via vaginal (líquido amniótico e sangramento). Quatro (7,3%) tiveram suas histórias descritas pela ausência de perda de líquidos e sangramento por via vaginal e ocorrência de doenças na gestação como a Hipertensão induzida pela gestação e Infecção do trato urinário (ITU) tratada, 1 (1,8%) somente pela ocorrência de doenças na gestação (ITU tratada) e uma HQA foi descrita pela ocorrência de perda de líquidos e sangramento por via vaginal associada a doenças na gestação (líquido amniótico e sangramento, ITU tratada e Hipertensão induzida pela gestação) (Tabela 8).

Quarenta e seis (83,6%) negaram tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas, 6 (10,9%) afirmaram ser tabagistas e 3 (5,5%) tabagistas, etilistas e usuárias de drogas ilícitas. (Tabela 8). A maioria (52; 94,5%) referiram não fazer uso de medicamentos diários, 2 (3,6%) faziam uso de metildopa e 1 de progesterona (Tabela 8).

Tabela 8 – Perfil das participantes segundo motivo da procura pelo atendimento, história da queixa atual, hábitos de vida e medicamentos de uso diário, Ribeirão Preto/2012.

Variável	Frequência	Porcentagem(%)
Motivo da busca pelo atendimento		
Fenômeno da dor	35	63,6
Fenômenos da dor e do parto	11	20
Fenômenos do parto	8	14,5
Fenômeno da dor e outro motivo	1	1,8
História da queixa atual		
Perda de líquidos e sangramento		
Sim	20	36,4
Não	30	54,5
Perda de líquidos, sangramento e doenças na gestação		
Sim	1	1,8
Não	4	7,3
Hábitos de vida		
Tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas		
Sim	3	5,5
Não	46	83,6
Tabagismo		
Sim	6	10,9
Não	0	0
Medicamentos de uso diário		
Sim	3	5,5
Não	52	94,5

No que se refere à experiência prévia de dores ou doenças que causam dores 24 (43,6%) das participantes do estudo disseram que não se lembravam de ter passado por tal experiência, por outro lado, 31 (56,4%) relataram experiências prévias; cefaleia ou enxaqueca foi citada por 11 (20%) parturiente, seguida da cólica renal (6; 10,9%), dor de dente (04; 7,3%) e dor de parto (02; 3,6%). Chifrada de boi, cisto hemorrágico, disfunção da articulação temporo-mandibular (ATM), cólica menstrual, cistite, reumatismo e tumor cerebral foram relatados em frequência de ocorrência única e isolada por 6 participantes (Tabela 9).

Quanto à localização anatômica das experiências prévias de dores 25 (45,5%) não se lembravam, a cabeça foi o localização anatômica de dor mais relatada por 12 (21,8%) das participantes do estudo, seguida da região lombar relatada por 5 (9,1%) delas, arcada dentária (6; 10,9%), região suprapública (1; 1,8%) e útero (4; 7,3%). Vesícula e mandíbula também foram citadas (Tabela 9).

Quando questionadas por quanto tempo vivenciam ou vivenciaram as dores citadas 24 (43,6%) disseram não se lembrar, 17 (30,8%) citaram de 1 e 5 anos, 12 (21,9%) participantes citaram que suas dores tem ou tiveram durações entre 6 e 10

anos e duração de dores por mais de 10 anos foram citadas por 2 (3,6%) participantes. Já no que diz respeito ao tratamento 24 (43,6%) não se lembram, 14 delas, (25,5%) afirmaram não ter procurado, 16 (29,1%) foram submetidas ao tratamento medicamentoso e 1 (1,8%) ao tratamento cirurgico (Tabela 9).

À abordagem sobre a dor mais forte já sentida, 80% das participantes afirmaram ser as dores dos partos anteriores, 10,9% foram os antecedentes de enxaqueca ou cefaléia, 3 (5,5%) ficou para a cólica renal e houve um caso referido de cistite com a disúria sendo a dor de maior intensidade já sentida (Tabela 9). Os escores de intensidade de dores variaram entre 5 e 10, predominando o escore 10 em 70,9% das dores citadas.

Todas as participantes afirmaram estar sentindo as dores de parto (Tabela 9) no momento da entrevista e os escores de intensidade de dores variaram entre 1 e 9. Trinta (50%) das participantes citaram o escore 1 e 30,9% citaram o escore 4. Três participantes citaram escore de dor 5 e duas o escore 6. Houve um citação de escore 3, 7 e 9 entre as participantes. Trinta e seis (65,5%) das parturientes afirmaram tempo de dores de parto de até 6 horas a chegar à admissão para o trabalho de parto, 9% de 7 a 12 horas, 12,7% de 13 a 24 horas e 12,8% de 25 a 72 horas. Os escores de intensidades das dores sentidas no momento da inclusão à pesquisa variaram entre 1 e 10. Pouco menos da metade (47,3%) citaram escore de dor máxima 3,6% citaram o escore de dor mínima, 20% citaram escore de dor 5, seguido de 5 (9,1%) e 4 (7,3%) das participantes inclinaram ao escore de dor igual a 8 e 9, respectivamente. Os demais escores foram em proporções baixas concluindo a amostra.

Tabela 9 – Perfil das participantes segundo experiências prévias de dores, Ribeirão Preto/2012

Experiência prévia de dores	Frequência	Porcentagem (%)
Tipos de dores		
Não se lembra	24	43,6
Cefaleia/Enxaqueca	11	20
Cólica renal	6	10,9
Dor de dente	4	7,3
Dor de parto	2	3,6
Chifrada de boi	1	1,8
Cisto hemorrágico	1	1,8
Disfunção da ATM	1	1,8
Cólica menstrual	2	3,6
Cistite	1	1,8
Reumatismo	1	1,8
Tumor cerebral	1	1,8
Localização anatômica		
Não se lembra	25	45,5
Cabeça	12	21,8
Região lombar	5	9,1
Arcada dentária	6	10,9
Região suprapubica	1	1,8
Útero	4	7,3
Vesícula	1	1,8
Mandíbula	1	1,8
Duração da dor (anos completos)		
Não se lembra	24	43,6
1 a 5	17	30,8
6 a 10	12	21,9
Mais que 10	2	3,6
Tratamento		
Não se lembra	24	43,6
Não fez	14	25,5
Medicamentoso	16	29,1
Cirurgico	1	1,8
Dor mais forte já sentida		
Dor de parto	44	80
Enxaqueca/Cefaléia	6	10,9
Cólica renal	3	5,5
Cistite	1	1,8
Presença de dor à entrevista		
Sim	55	100

À análise descritiva do perfil das participantes segundo antecedentes obstétricos e ginecológicos verificou-se que 29 (52,7%) das parturientes eram primigestas, isto é, estavam gestantes pela primeira vez. Vinte e seis (47,3%) tinham histórico de uma gestação anterior ou mais (Tabela 10).

Sobre o número de partos anteriores, 17 (30,9%), eram nulíparas, isto é, não tinham experiência prévia de parto; 21 (38,2%) eram primíparas, 8 (14,6%) eram secundíparas e 9 (16,3%) eram múltiparas, com partos anteriores que variaram entre 3 e 6. Considerando que 38 participantes tinham experiências prévias de partos anteriores, verificou-se que 84,2% delas tinham históricos de partos normais anteriores e 15,8% tiveram 1 ou 2 cesáreas anteriores. Sobre partos complicados, 2 participantes citaram tê-los em partos prévios, sem históricos de gemelalidade.

Quatorze (53,8%) das participantes com histórico de gestações prévias negaram abortos anteriores. O intervalo entre nascimentos foi menor ou igual a 2 anos em 10 (26,3%) dos casos e maior que 2 anos relatados por 28 (73,7%) delas (Tabela 10).

No que se refere aos antecedentes pessoais, 25,5% relataram problemas ginecológicos ou obstétricos, a ITU tratada em gestação atual foi citada por 6 (42,9%), seguido de dois casos de infertilidade, hipertensão induzida pela gestação em gestação anterior, cisto mamário, cisto ovariano, diabetes gestacional em gestação atual, natimorto e aborto em gestação anterior também foram relatados e tiveram suas frequências de ocorrências únicas e isoladas (Tabela 10).

Já quando questionadas sobre os antecedentes pessoais de dores relacionadas a aspectos ginecológicos ou obstétricas 85,5% participante afirmou ter apresentado. A maioria (74,5%) citou a dismenorreia isoladamente ou a dismenorreia e outras dores como enxaquecas associadas às tensões pré-menstruais, dispareunias e as dores de parto anteriores, mostrando as dismenorreias frequentemente presentes (Tabela 10).

Tabela 10 – Perfil das participantes segundo antecedentes obstétricos e ginecológicos, Ribeirão Preto/2012

Variáveis	Frequência	Porcentagem (%)
Número de gestações anteriores		
Nenhuma	29	52,7
1 ou mais	26	47,3
Partos anteriores		
0	17	30,9
1	21	38,2
2	8	14,5
3 a 6	9	16,3
Tipos de partos anteriores		
Normal	32	84,2
Cesáreo	6	15,8
Partos gemelares anteriores		
Sim	0	0
Não	38	100
Partos distócicos anteriores		
Sim	2	5,3
Não	36	94,7
Aborto anterior		
Não	14	53,8
Sim	12	46,2
Ultimo intervalo interpartal		
Menor ou igual a 2 anos	10	26,3
Maior que 2 anos	28	73,7
Problemas ginecológicos/obstétricos		
Não	41	74,5
Sim	14	25,5
Tipo de problema		
Hipertensão induzida na gestação	1	7,1
Infecção do trato urinário	6	42,9
Cisto mamário	1	7,1
Cisto ovariano	1	7,1
Infertilidade	2	14,3
Diabetes gestacional	1	7,1
Natimorto	1	7,1
Aborto	1	7,1
Dores ginecológicas/obstétricas		
Sim	47	85,5
Não	8	14,5
Tipos de dores		
Dismenorreias e dores de parto	11	23,4
Dismenorréia, enxaqueca e dores de parto	10	21,3
Dismenorreia	6	12,8
Enxaqueca e dores de parto	5	10,6
Dismenorreia, enxaqueca e dispareunia	4	8,5
Dismenorreia e enxaqueca	3	6,4
Dispareunia	3	6,4
Dores de parto	1	2,1
Enxaqueca	1	2,1
Enxaqueca e dispareunia	1	2,1
Dismenorreia, enxaqueca, dispareunia e dores de parto	1	2,1
Dispareunia e dores de parto	1	2,1

No que se refere ao perfil obstétrico das parturientes segundo a gestação atual, 54 (98,2%) afirmaram ter feito o pré-natal, 46 (83,6%) trouxeram o Cartão da Gestante, documento imprescindível para a obtenção de informações referentes à gestação, no que se refere a presença de risco gestacional, acesso e adesão ao cuidado pré-natal. Vinte e quatro participantes (43,6%) procuraram o atendimento pré-natal no primeiro trimestre gestacional, seguida de 18 (32,7%) que procurou atendimento no segundo trimestre. Duas mulheres tiveram a procura tardia, isto é, somente no terceiro trimestre, 2 não fizeram o pré-natal e 9 não souberam informar precisamente devido a falta do Cartão da Gestante. No que se refere ao número mínimo de consultas pré-natal, 23 (41,8%) foram submetidas a 6 consultas ou mais, indicador de qualidade segundo o Ministério da Saúde, em contrapartida, 21 (38,2%) gestante passou por menos de 6 consultas (Tabela 11).

Considerando o conhecimento prévio sobre o parto normal, 52 gestantes (94,5%) afirmaram ter conhecimento, concentrando a maioria desse conhecimento na experiência pessoal e prévia do parto para as primíparas, secundíparas ou multíparas (34; 65,4%); as informações recebidas sobre o parto normal, segundo dados informados pelas participantes foram emitidas em sua maioria pelo enfermeiro (06; 11,5%), seguido de 7,7% das informações emitida pelo médico. Mais especificamente no que tange às informações sobre a dor do parto, 50 (90,9%) disseram que receberam informações prévias e o conhecimento sobre o fenômeno da dor era dado à experiência pessoal e prévia do parto em 58% dos casos. Às demais referiram que o conhecimento sobre a dor de parto foi adquirido a partir das informações emitidas pela família (18%) e pela enfermeiro (12%). Oito por cento relataram que a informação foi emitida pelo médico e duas participantes citaram a internet como veículo de informação (Tabela 11).

Quanto ao parto de preferência, 49 (74,5%) das parturientes preferem o parto normal em sua maioria justificada pela recuperação rápida que este proporciona comparado ao parto cesáreo e parte delas acrescentaram que o mesmo possibilita a independência para o autocuidado e demais atividades. Seis gestantes tinham preferência pelo parto cesáreo e justificaram-na pelo medo da dor de parto e pela intensidade de dor, para uma delas, menor no parto cesáreo (Tabela 11).

Tabela 11 – Perfil obstétrico das participantes segundo gestação atual, Ribeirão Preto/2012

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Pré-natal		
Sim	54	98,2
Não	1	1,8
Cartão da Gestante (trouxe)		
Sim	46	83,6
Não	9	16,4
Primeira consulta pré-natal		
1º trimestre gestacional	24	43,6
2º trimestre gestacional	18	32,7
3º trimestre gestacional	2	3,6
Dado ausente	9	16,4
Não fez	2	3,6
Consultas pré-natal		
Menos de 6	21	38,2
6 ou mais	23	41,8
Dado ausente	9	16,4
Não fez	2	3,6
Informações sobre parto normal		
Receberam	52	94,5
Não receberam	3	5,5
Informante (parto normal)		
Experiência pessoal	34	65,4
Enfermeiro	6	11,5
Família	2	3,8
Enfermeiro e médico	4	7,7
Médico	2	3,8
Amiga	2	3,8
Professora	1	1,9
Psicóloga	1	1,9
Informações sobre dor de parto		
Receberam	50	90,9
Não receberam	5	9,1
Informante (dor de parto)		
Experiência pessoal	29	58
Enfermeiro	6	12
Família	9	18
Médico	4	8
Internet	2	4
Parto de preferência		
Normal	49	89,1
Cesáreo	6	10,9

Ao verificar o perfil das parturientes à inclusão na pesquisa segundo idade gestacional pela amenorréia, verificou-se que a maioria, 67,3% estava com gestação a termo, isto é, entre 37 e 41 semanas e 6 dias, 14,5% eram gestantes de pré-termo, isto é, com a mesma inferior a 37 semanas, 2 gestantes apresentavam a idade gestacional igual ou maior a 42 semanas e 15%, o correspondente a 8 mulheres desconheciam a data de sua última menstruação. A idade gestacional à ultrassonografia manteve-se semelhante, a maioria, 74,5% eram gestantes a termo, seguido de 8 gestantes (14,5%) que apresentavam-se em gestação pré-termo, 1 gestante foi diagnosticada em pós-termo. Cinco parturientes não realizaram a ultrassonografia (Tabela 12). Situação semelhante verificou-se por meio da medida da altura uterina, 41 parturientes, o correspondente a 65,5% eram gestantes a termo (Tabela 13).

Tabela 12 – Perfil das participantes segundo idade gestacional por amenorréia e ultrassonografia, Ribeirão Preto/2012

Variável	Idade gestacional	
	Amenorréia N°(%)	Ultrassonografia N°(%)
Gestação pré-termo	08 (14,5)	08 (14,5)
Gestação a termo	37 (67,3)	41 (74,5)
Gestão pós-termo	02 (3,6)	01 (1,8)
Dado ausente	08 (14,5)	05 (9,1)
Total	55 (100)	55 (100)

À dinâmica uterina apresentaram frequências que variaram de 3 a 5 contrações, sendo em sua maioria caracterizadas por 3 contrações em 70,9% dos casos, já no que tange a duração, a pesquisa mostrou que 81,8% das parturientes apresentaram até 3 contrações efetivas, isto é, maiores ou iguais a 40 segundos. Apesar da intensidade ser subjetiva à percepção tátil do examinador, verificou-se que 78,2% das dinâmicas uterinas apresentaram-se com moderada intensidade de alteração de tônus muscular uterino, sinal este que também caracteriza-se como indicador clínico a ser considerado para o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto (Tabela 13).

A presença do acompanhante é um fator importante para a resposta de segurança da parturiente neste período, embora 85,5% chegassem acompanhadas, somente quando em caso de menores de 18 anos, permitia-se a presença do acompanhante em unidade de pré-parto, caso contrário, estes permanecem em sala de

espera, acompanhando a parturiente na deambulação. No que se refere ao grau de parentesco ou afinidade, Vinte e duas (46,8%) estavam acompanhadas pelo esposo, 42,6% foram acompanhadas pela mãe, irmã, sogra ou cunhada. Irmão, filha, prima, madrinha e vizinha também foram citadas como acompanhantes (Tabela 13).

Tabela 13 – Perfil das participantes segundo altura uterina, aspectos mecânicos e clínicos do trabalho de parto e presença do acompanhante, Ribeirão Preto/2012

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Altura uterina (cm)		
28 a 33 (de 29 a 33 semanas)	14	25,5
34 a 35 (de 37 a 41 semanas e 6 dias)	36	65,5
Maior que 35	5	9
Dinâmica uterina (10 minutos)		
Frequência (nº de contrações)		
3	39	70,9
4	9	16,4
5	7	12,7
Duração (segundos)		
Até 2 contrações $\geq$ 40	10	18,2
Até 3 contrações $\geq$ 40	45	81,8
Intensidade		
Fraca	5	9,1
Moderada	43	78,2
Forte	7	12,7
Presença do acompanhante		
Sim	47	85,5
Não	8	14,5
Grau de parentesco/afinidade		
Esposo	22	46,8
Mãe	6	12,8
Irmã	6	12,8
Sogra	3	6,4
Cunhada	5	10,6
Irmão	1	2,1
Filha	1	2,1
Prima	1	2,1
Madrinha	1	2,1
Vizinha	1	2,1

Os descritores mais citados segundo classificação de Melzack (1975) foram os sensitivos em especial, a dor representada como cólica, foi citada por 87,3% das participantes do estudo e aproximadamente 1/3 dos manifestações de dores foram descritas por calor, pontada e latejante. Quanto aos descritores afetivos, foi encontrada que a dor de parto é cansativa por pouco menos da metade (49,1%),

seguido de sufocante (36,4%) e enlouquecedora (34,5%). Sob os aspectos avaliativos, as participantes citaram que a mesma incomoda (34,5%), é insuportável (32,7%), chata (12,7%) e forte (12,7%). Por fim, na categoria Melzack (1975), miscelânea observou-se citação de náusea por 21,8% das participantes, dor que espalha (18,2%) e que rasga por 18,2%, com mais descritores apresentados (Tabela 14).

Tabela 14 - Citações dos descritores sensitivos, afetivos, avaliativos e de miscelânea segundo Inventário McGill, Ribeirão Preto/2012.

Sensitivos (%)	Afetivos (%)	Avaliativos (%)	Miscelânea(%)
Cólica (87,3)	Cansativa (49,1)	Incomoda (34,5)	Dá náusea (21,8)
Calor (36,4)	Sufocante (36,4)	Insuportável (32,7)	Espalha (18,2)
Pontada (34,5)	Enlouquecedora (34,5)	Chata (12,7)	Rasga (18,2)
Latejante (32,7)	Exaustiva (29,1)	Forte (12,7)	Repuxa (12,7)
Agulhada (27,3)	Enjoada (23,6)		Aborrecida (12,7)
Dolorida (27,3)	Cruel (12,7)		Agonizante (10,9)
Em torção (27,3)	Castigante (10,9)		Aperta (9,1)
Estraçalha (25,5)	Atormenta (5,5)		Atravessa (9,1)
Pesada (25,5)	Mortal (3,6)		Espreme (9,1)
Ardor (21,8)			Adormece (7,3)
Queimação (18,2)			Torturante (5,5)
Fina (18,2)			Fria (5,5)
Machucada (18,2)			Irradia (3,6)
Esticada (16,4)			Gelada (3,6)
Rachando (14,5)			Pavorosa (3,6)
Fisgada (12,7)			Penetra (1,8)
Ferroadada (12,7)			Congelante (1,8)
Formigamento (9,1)			
Puxão (9,1)			
Em brasa (9,1)			
Como pancada (7,3)			
Sensível (7,3)			
Em lança (5,5)			
Fervente (5,5)			
Choque (3,6)			
Pulsante (3,6)			
Punhalada (3,6)			
Aperto (3,6)			
Facada (3,6)			
Cortante (3,6)			
Esmagamento (1,8)			
Esfolante (1,8)			

Do ponto de vista da evidência observada de dor a maioria das parturientes (61,8%) citou que a dor ocorre no baixo ventre e região lombar e 23,6% que esta ocorre somente no baixo ventre (Tabela 15).

Tabela 15 – Evidência observada de dor segundo localização anatômica, Ribeirão Preto, 2012.

Localização	Frequência	Porcentagem(%)
Baixo ventre e região lombar	34	61,8
Baixo ventre	13	23,6
Baixo ventre e região inguinal	2	3,6
Baixo ventre e fundo uterino	2	3,6
Baixo ventre, região inguinal e vulva	1	1,8
Baixo ventre, abdome, região lombar e inguinal	2	3,6
Fundo uterino	1	1,8
Total	55	100

Das 55 participantes, 31 foram observadas na fase ativa inicial e na fase ativa final do trabalho de parto. Fizeram parte do estudo apenas na fase inicial, 18 outras parturientes e apenas na fase ativa final 6 parturientes. Tal distribuição deveu-se à evolução do trabalho de parto no momento da admissão e a decisão médica de resolução do parto (cirúrgico ou não). Portanto, foram observadas 49 parturientes na fase ativa inicial (FAI) e 37 na fase ativa final (FAF).

As amostras foram semelhantes para as fases ativa inicial e ativa final para apresentação em que se verificou que aproximadamente 98% das apresentações eram cefálicas. No que se refere à dilatação cervical, esta variou entre 4 e 7 centímetros (cm) no grupo de fase ativa inicial, predominando a dilatação de 4 cm em mais em 57,1% da amostra. A dilatação cervical do grupo de fase ativa final em que caracterizou a aproximação à fase de transição para o expulsivo variou entre 8 e 9 cm, 59,5% da amostra foi avaliada à dilatação de 8 cm. A altura de apresentação à avaliação de fase ativa inicial variou entre – 2 e 0 (zero) em 87,8% da amostra e no grupo de fase ativa final variou entre + 1 e + 2 em 83,8%, mostrando pela descida fetal em que se aproxima o período de expulsão (Tabela 16).

Sobre o perfil obstétrico das participantes segundo indução de parto, 29 (59,2%) estavam sob indução na fase ativa inicial, sendo 25 (86,2%) dos partos induzidos por ocitocina e 4 (13,8%) por misoprostol. Vinte e sete (73%) participante estive sob indução de parto durante a fase ativa final e nenhuma sob uso de misoprostol (Tabela 16).

Em 57,1% das parturientes incluídas à primeira avaliação tinham a bolsa das águas rompida, 21,4% tiveram a bolsa rompida artificialmente após a admissão em sala de pré-parto. Sete das parturientes classificadas como bolsa rota por rompimento natural apresentaram diagnóstico médico de Amniorrexe Prematura. À avaliação de fase ativa final todas as parturientes tinham a bolsa rompida (Tabela 16). Mais de noventa por cento das características do líquido amniótico eram do tipo claro e com

grumos, o que também é indício de gestação a termo. Três participantes tiveram diagnóstico de líquido meconial (Tabela 16). As amostras foram semelhantes, 93,9% e 91,9% de líquido claro, respectivamente para as fases ativa inicial e ativa final.

A maioria usou intervenções não medicamentosas nas duas fases e em distribuição similares, sendo 98% e 89,2% das participantes, respectivamente (Tabela 16). O recurso mais utilizado foi o da deambulação, seguido da intervenção hidroterápica do tipo banho de chuveiro para conforto e alívio da dor e o uso do “cavalinho” para auxílio na descida fetal. Na fase ativa inicial, duas mulheres não deambularam, permanecendo-se confinadas ao leito, embora incentivadas, 7 foram encaminhadas ao banho terapêutico de chuveiro por 1 hora e 3 ao “cavalinho” antes da coleta de dados do presente estudo. Trinta e duas (86,5%) parturientes deambularam anteriormente à coleta de dados na fase ativa final do trabalho de parto, 8 foram submetidas anteriormente ao banho terapêutico de chuveiro, 3 ao “cavalinho” e uma foi submetida a ambas as intervenções.

No que se refere ao uso do analgésico, 14 (28,6%) utilizaram anteriormente à avaliação da fase ativa inicial, 10 (71,4%) fizeram uso de butilbrometo de escopolamina 4 (28,6%) de dipirona. Três (8,1%) participantes também estiveram sob efeito analgésico de butilbrometo de escopolamina durante a avaliação de fase ativa final (Tabela 16).

Como descrito, as parturientes foram identificadas segundo a fase ativa do trabalho de parto, classificando-se as avaliações em inicial e final, embora as amostras foram similares em frequência para parte das variáveis apresentadas (Tabela 16), não se descartou que o uso de terapia medicamentosa do tipo analgésica endovenosa foi utilizada, embora em sua minoria entre fases, portanto ao teste de homogeneidade considerou-se o uso ou não de analgésico entre as parturientes e as variáveis: indução de parto, bolsa amniótica, líquido amniótico e uso de intervenções não medicamentosas para alívio da dor e conforto no trabalho de parto.

Houve homogeneidade nas duas fases observadas entre parturientes que utilizaram e não utilizaram o analgésico segundo as variáveis parto induzido ou não (fase ativa inicial: $\chi^2 = 3,050$; $p = 0,081$; fase ativa final: $\chi^2 = 1,209$; $p = 0,548$), com homogeneidade para a maioria: indução; característica da bolsa amniótica quanto ao rompimento ou não rompimento (fase ativa inicial: $\chi^2 = 1,633$; $p = 0,201$), na fase ativa final toda amostra apresentou bolsa do tipo rota, conferindo homogeneidade para rompimento à maioria em ambas as fases. A amostra quanto as características do líquido amniótico foi homogênea com maioria para líquido claro (fase ativa inicial:

$\chi^2 = 1,278$; $p = 0,548$; fase ativa final: $\chi^2 = 0,288$; $p \cong 1,000$). No que se refere à variável interveniente quanto ao uso ou não de intervenções não medicamentosas incluindo-se nesta, a deambulação, o banho terapêutico de chuveiro e o uso “cavalinho”, prevaleceu a homogeneidade para o uso dessas técnicas (fase ativa inicial: $\chi^2 = 0,408$; $p \cong 1,000$; fase ativa final: $\chi^2 = 3,243$; $p = 0,213$).

À prova de Mann-Whitney identificou-se que parturientes que fizeram e não fizeram o uso do analgésico não diferiram em relação aos escores de intensidade de dor (fase ativa inicial: $p = 0,502$; fase ativa final: $p = 0,439$).

Tabela 16 – Perfil obstétrico das parturientes segundo apresentação, dilatação cervical, altura de apresentação, indução do trabalho de parto, características da bolsa, líquido amniótico, uso de intervenções não medicamentosas e medicamentosas, Ribeirão Preto/2012.

Variável	Fase ativa	
	Inicial N°(%)	Final N°(%)
Apresentação		
Cefálica	48 (98)	36 (97,3)
Pélvica	1 (2)	1 (2,7)
Dilatação cervical (aproximada em centímetros)		
4	28 (57,1)	0
5	9 (18,4)	0
6	8 (16,3)	0
7	4 (8,2)	0
8	0	22 (59,5)
9	0	15 (40,5)
Altura de apresentação (DeLee)		
- 3	1 (2)	0
- 2	16 (32,7)	1 (2,7)
- 1	10 (20,4)	1 (2,7)
0	17 (34,7)	4 (10,8)
+ 1	4 (8,2)	20 (54,1)
+ 2	1 (2)	11 (29,7)
Indução do trabalho de parto		
Não	20 (40,8)	10 (27)
Sim	29 (59,2)	27 (73)
Bolsa		
Íntegra	21 (42,9)	0
Rompida	28 (57,1)	37 (100)
Líquido amniótico		
Claro	46 (93,9)	34 (91,9)
Meconial	03 (6,1)	03 (8,1)
Intervenções (não medicamentosa)		
Usaram	48 (98)	33 (89,2)
Não usaram	01 (2)	04 (10,8)
Intervenções (analgésica medicamentosa)		
Usaram	14 (28,6)	03 (8,1)
Não usaram	35 (71,4)	34 (91,9)

Vinte e duas características definidoras foram testadas no presente estudo. As mais frequentes (acima de 80%) variaram em função das fases do parto. Seis características definidoras estiveram presentes em mais de 80% da amostra nas diferentes fases: relato verbal ou codificado (FAI: 100%; FAF: 100%), evidência observada de contração uterina (FAI: 98%; FAF: 100%), alteração do tônus muscular (FAI: 98%; FAF: 100%), evidência observada de dor (FAI: 100%; FAF: 100%), comportamento expressivo (FAI: 93,9%; FAF: 100%) e expressão facial de dor (FAI: 87,8%; FAF: 100%). Outra característica presente em mais de 80% apenas na fase ativa final foi posição antálgica para evitar dor (89,2%).

Foram observadas evidências clínicas maiores de 50% na fase ativa inicial para posição antálgica para evitar dor (51%) e na fase ativa final para diaforese (54,1%), relato de sensação de pressão no períneo (59,5%), comportamento de distração (59,5%), gestos protetores/comportamento de defesa (54,1%) e foco em si próprio (78,4%).

Não foram observadas, nas duas fases: alteração na frequência cardíaca e alteração na frequência respiratória; não foram observadas na fase ativa inicial: alteração da pressão sanguínea, dilatação pupilar e relato de sensação de pressão no períneo.

As características definidoras vômito, náuseas, distúrbio do sono, inapetência, apetite aumentado e foco estreitado apresentaram ocorrência em baixa frequência.

Considerando-se a frequência do indicador segundo a fase clínica e uso ou não de analgésico, as características definidoras apresentaram distintas distribuições, sendo que algumas delas foram estatisticamente significantes

Evidencia observada de contração uterina foi identificada tanto na fase ativa inicial como na fase final do trabalho de parto similarmente ($p \cong 1,000$). Observou-se que apenas uma parturiente na fase ativa inicial não apresentou contração uterina, sendo que esta também não fez uso do analgésico (Tabela 17).

A alteração do tônus muscular uterino esteve presente na maioria das parturientes na fase ativa inicial e em todas da fase ativa final ($p \cong 1,000$). A parturiente que não apresentou tal evidência pertenceu ao grupo de mulheres que utilizou o analgésico (Tabela 17).

O comportamento expressivo de dor foi encontrado em 93,9% dos casos de dor de parto no início da fase ativa e em 100% ao final ($p = 0,256$), as parturientes

que não apresentaram essa característica não fizeram uso do analgésico (Tabela 17).

Relato verbal ou codificado de dor também foi uma característica evidenciada em 100% das participantes pertencentes à FAI e FAF (Tabela 17).

Evidência observada de dor também foi presente em 100% das participante nas duas fases. Parturientes que não tiveram evidência observada de dor também não fizeram uso do analgésico (Tabela 17).

Já no que se refere à diaforese, foram verificadas diferenças de frequências de ocorrência estatisticamente significantes entre as fases ($p = 0,001$); tal diferença foi observada entre as parturientes do grupo que não fez uso de analgésico.

A expressão facial de dor apresentou diferenças estatisticamente significantes, estando presente em 87,8% na FAI e em 100% na FAF ($p = 0,035$) (Tabela 17).

Gestos protetores/comportamento de defesa foram características definidoras que se expressaram diferentemente entre as fases ativa inicial e final do trabalho de parto quanto a sua distribuição ($p = 0,001$). A presença desse comportamento foi evidenciada de forma distinta entre as participantes pertencentes FAI e à FAF, mantendo-se no grupo que não fez uso de analgésico ($p = 0,001$) (Tabela 17).

Diferenças estatísticas significantes também foram encontradas para a distribuição do indicador posição antálgica para evitar a dor entre as fases ($p < 0,0001$), assim como nas mulheres que não fizeram o uso do analgésico ($p = 0,001$) (Tabela 17).

O comportamento de distração esteve expresso com distribuição distinta nas fases inicial e final ($p < 0,0001$), tal distribuição manteve-se no grupo que não fez uso de analgésico ($p = 0,001$) (Tabela 17).

Diferenças estatísticas significantes também foram encontradas na distribuição do indicador foco em si próprio, nas diferentes fases ($p = 0,002$). Tal diferença manteve-se no grupo de parturientes que não fez uso de analgésicos ($p = 0,003$) (Tabela 17).

No que se refere a Dilatação Pupilar, a presença desse indicador foi observada em apenas uma parturiente na fase ativa final e esta fez uso do analgésico (Tabela 17).

As variáveis náusea e vômito não foram observadas na maioria das participantes independentes da fase; o uso de analgésico não alterou a distribuição

destas variáveis. Oito participantes da FAI e 6 da FAF, respectivamente, fizeram uso de antiemético (bromoprida) anterior às avaliações, uma participante da FAI apresentou o indicador clínico náusea e fez uso do antiemético.

A inapetência e o aumento do apetite estiveram ausentes na maioria das parturientes tanto na FAI quanto na FAF.

Foco estreitado esteve ausente na maioria das parturientes independente do uso ou não de analgésico; a distribuição das mesmas segundo o uso de analgésico ou não manteve-se similar. Todas as parturientes que apresentaram foco estreitado na FAF não fizeram uso do analgésico.

Uma característica encontrada na maioria das parturientes na fase ativa final e não observada na FAI foi a sensação de pressão no períneo, evidenciada pelo relato de vontade de evacuar. A distribuição com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) manteve-se entre aquelas participantes que não fizeram uso de analgésico. (Tabela 17).

Tabela 17 – Frequência de ocorrência de características definidoras nas fases ativa inicial e final considerando ou não o uso de intervenção medicamentosa do tipo analgésica, Ribeirão Preto/2012.

Características definidoras	Fase ativa		Sem analgésico		Com analgésico	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Evidência observada de Contração uterina						
Presença	48(98)	37(100)	34(97,1)	34(100)	14(100)	03(100)
Ausência	01(2)	0	01(2,9)	0	0	0
p (valor)	≅ 1,000		≅ 1,000		--	
Alteração do tônus muscular						
Presença	48(98)	37(100)	35(100)	34(100)	13(92,9)	03(100)
Ausência	01(2)	0	0	0	01(7,1)	0
p (valor)	≅ 1,000		--		≅ 1,000	
Comportamento expressivo						
Presença	46(93,9)	37(100)	32(91,4)	34(100)	14(100)	03(100)
Ausência	03(6,1)	0	03(8,6)	0	0	0
p (valor)	0,256		0,239		--	
Relato verbal ou codificado						
Presença	49(100)	37(100)	35(100)	34(100)	14(100)	03(100)
Ausência	0	0	0	0	0	0
p (valor)	--		--		--	
Evidência observada de dor						
Presença	49(100)	37(100)	35(100)	34(100)	14(100)	03(100)
Ausência	0	0	0	0	0	0
p (valor)	--		--		--	

Continua

Características definidoras <i>Continuação</i>	Fase ativa		Sem analgésico		Com analgésico	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Diaforese						
Presença	9(18,4)	20(54,1)	07(20)	20(58,8)	02(14,3)	0
Ausência	40(81,6)	17(45,9)	28(80)	14(41,2)	12(85,7)	03(100)
p (valor)	0,001		0,001		≅ 1,000	
Expressão facial de dor						
Presença	43(87,8)	37(100)	31(88,6)	34(100)	12(85,7)	03(100)
Ausência	06(12,2)	0	04(11,4)	0	02(14,3)	0
p (valor)	0,035		0,114		≅ 1,000	
Gestos protetores/comportamento de defesa						
Presença	9(18,4)	20(54,1)	06(17,1)	19(55,9)	03(21,4)	01(33,3)
Ausência	40(81,6)	17(45,9)	29(82,9)	15(44,1)	11(78,6)	02(66,7)
p (valor)	0,001		0,001		≅ 1,000	
Posição antálgica para evitar dor						
Presença	25(51)	33(89,2)	18(51,4)	30(88,2)	07(50)	03(100)
Ausência	24(49)	04(10,8)	17(48,6)	04(11,8)	07(50)	0
p (valor)	< 0,0001		0,001		0,228	
Alteração na frequência cardíaca						
Presença	0	0	0	0	0	0
Ausência	49(100)	37(100)	35(100)	34(100)	14(100)	03(100)
p (valor)	--		--		--	

Continua

Características definidoras <i>Continuação</i>	Fase ativa		Sem analgésico		Com analgésico	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Alterações na frequência respiratória						
Presença	0	0	0	0	0	0
Ausência	49(100)	37(100)	35(100)	34(100)	14(100)	03(100)
p (valor)	--		--		--	
Alterações na pressão sanguínea						
Presença	0	01(2,7)	0	01(2,9)	0	0
Ausência	49(100)	36(97,3)	35(100)	33(97,1)	14(100)	03(100)
p (valor)	0,430		0,493		--	
Comportamento de distração						
Presença	11(22,4)	22(59,5)	08(22,9)	21(61,8)	03(21,4)	01(33,3)
Ausência	38(77,6)	15(40,5)	27(77,1)	13(38,2)	11(78,6)	02(66,7)
p (valor)	< 0,0001		0,001		≅ 1,000	
Foco em si próprio						
Presença	22(44,9)	29(78,4)	17(48,6)	28(82,4)	05(35,7)	01(33,3)
Ausência	27(55,1)	08(21,6)	18(51,4)	06(17,6)	09(64,3)	02(66,7)
p (valor)	0,002		0,003		≅ 1,000	
Dilatação pupilar						
Presença	0	01(2,7)	0	01(2,9)	0	0
Ausência	49(100)	36(97,3)	35(100)	33(97,1)	14(100)	03(100)
p (valor)	0,430		0,493		--	
Distúrbio do sono						
Presença	08(16,3)	13(35,1)	06(17,1)	11(32,4)	02(14,3)	02(66,7)
Ausência	41(83,7)	24(64,9)	29(82,9)	23(67,6)	12(85,7)	01(33,3)
p (valor)	0,044		0,143		0,121	

Características definidoras <i>Continuação</i>	Fase ativa		Sem analgésico		Com analgésico	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Náusea						
Presença	07(14,3)	07(18,9)	05(14,3)	07(20,6)	02(14,3)	0
Ausência	42(85,7%)	30(81,1%)	30(85,7)	27(79,4)	12(85,7)	03(100)
p (valor)	0,564		0,490		≅ 1,000	
Vômito						
Presença	02(4,1)	03(8,1)	01(2,9)	03(8,8)	01(7,1)	0
Ausência	47(95,9)	34(91,9)	34(97,1)	31(91,2)	13(92,9)	03(100)
p (valor)	0,648		0,356		≅ 1,000	
Inapetência						
Presença	9(18,4)	07(18,9)	08(22,9)	07(20,6)	01(7,1)	0
Ausência	40(81,6)	30(81,1)	27(77,1)	27(79,4)	13(92,9)	03(100)
p (valor)	0,948		0,819		≅ 1,000	
Apetite aumentado						
Presença	04(8,2)	03(8,1)	03(8,6)	03(8,8)	01(7,1)	0
Ausência	45(91,8)	34(91,9)	32(91,4)	31(91,2)	13(92,9)	03(100)
p (valor)	≅ 1,000		≅ 1,000		≅ 1,000	
Foco estreitado						
Presença	01(2)	04(10,8)	0	04(11,8)	01(7,1)	0
Ausência	48(98)	33(89,2)	35(100)	30(88,2)	13(92,9)	03(100)
p (valor)	0,160		0,054		≅ 1,000	
Sensação de pressão no períneo						
Presença	0	22(59,5)	0	21(61,8)	0	01(33,3)
Ausência	49(100)	15(40,5)	35(100)	13(38,2)	14(100)	02(66,7)
p (valor)	< 0,0001		< 0,0001		0,176	

Houve interesse em analisar possíveis correlações entre variáveis subjetivas e observáveis. Neste sentido, indentificou-se correlação linear positiva estatisticamente significativa entre os escores de intensidade de dor e a amplitude de pressão intrauterina na fase ativa inicial ($r = 0,381$; $p = 0,008$), não ocorrendo correlação linear estatisticamente significativa na fase ativa final ($r_s = 0,401$; $p = 0,139$) (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama de dispersão entre os escores de dor de parto e amplitude de pressão intrauterina na fase ativa inicial e fase ativa final, Ribeirão Preto/2012.

Em relação àquelas que não fizeram uso de analgésicos não houve correlação linear estatisticamente significativa entre escores de dor e amplitude de pressão intrauterina tanto na fase ativa inicial quanto na fase ativa final ($r_s = 0,283$; $p = 0,105$ e $r_s = 0,447$; $p = 0,109$, respectivamente) (Figura 2).

Figura 2 – Diagrama de dispersão entre os escores de dor de parto e amplitude de pressão intrauterina na fase ativa inicial e fase ativa final sem intervenção analgésica, Ribeirão Preto/2012.

Na fase ativa inicial houve correlação linear estatisticamente positiva entre os escores de intensidade de dor e a amplitude de pressão intrauterina nas parturientes que fizeram o uso do analgésico ($r_s = 0,758$; $p = 0,002$) (Figura 3). Para a fase ativa final a amostra foi insuficiente.

Figura 3 – Diagrama de dispersão entre os escores de dor de parto e amplitude de pressão intrauterina na fase ativa inicial com intervenção analgésica, Ribeirão Preto/2012.

Ao término das avaliações foram verificadas a evolução do trabalho de parto das participantes segundo a resolução de parto e indicações para o parto cirúrgico e verificou-se que das participantes da fase ativa inicial 16 (32,7%) foram submetidas ao parto cesáreo antes de completar 8 centímetros de dilatação cervical. Sendo 2 (12,5%) das indicações por parada secundária da dilatação, 3 (18,8%) por taquicardia fetal, 2 (12,5%) por amniorrexe prematura e 2 (12,5%) por líquido meconial. Parada secundária da descida e da dilatação, deflexão de segundo grau e parada secundária da dilatação, sofrimento fetal agudo, desaceleração tardia, sangramento vaginal, desproporção céfalopélvica, dois partos cesáreos anteriores e amniorrexe prematura e apresentação pélvica foram indicações de um caso para cada parto cesáreo. Das participantes da fase ativa final, 3 (8,1%) também foram submetidas ao parto por via abdominal, sendo 1 indicação por parada secundária da descida, 1 por parada secundária da dilatação e uma por sofrimento fetal agudo.

Em face dos resultados apresentados neste tópico, todos os objetivos propostos no presente estudo foram descritos.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A Dor de Parto não está associada a processos patológicos que desencadeiam com o trabalho de parto mas resulta “de muitas interações complexas” (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; p.347), tais como aspectos fisiológicos, psicológicos, excitatórios e inibitórios; embora mecanismos neurais sejam semelhantes a outras formas de dores agudas, existe uma série de fatores que são únicos para o fenômeno da dor à natureza de parto, pois em parte apresentem algumas características, a indução e transmissão da nocicepção, da modulação ao nível da medula espinal, modulação e variações na expressão resultam das alterações induzidas pela gestação nos diferentes estágios da nocicepção e algumas dessas alterações parecem agir de forma sinérgica para promover picos de anti-nocicepção no momento do parto (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

As definições encontradas sobre dor de parto são descritas sobre os aspectos fisiológicos da dor e a complexidade de eventos que ocorrem para ocasionar a percepção da dor de parto em seus diferentes estágios, caracterizando-a como um fenômeno passível de influências diversas e sobre como estas influências determinarão a interpretação pessoal; também faz uma reflexão sobre como os aspectos da dor nessa situação transcendem a definição básica de dor aguda.

Um conceito para ser completo necessita conter seus antecedentes, atributos definidores e consequências (WALKER; AVANT, 2005); para tanto essas categorias foram identificadas na pesquisa cabendo-se ressaltar que a estrutura teórica de Walker e Avant (2005) trouxe importantes contribuições para os resultados, propiciando a identificação dos fatores relacionados a partir dos antecedentes, a identificação de características definidoras embasadas nos atributos definidores e a composição do conceito a ser inserido como definição ao rótulo diagnóstico Dor de Parto, a partir da união das consequências, antecedentes e atributos.

Sendo assim, encontrou-se que a experiência sensorial e emocional na dor de parto varia de desagradável à prazerosa, com predomínio de agentes causais do tipo clínico que se diferenciam em intensidades e tipos de dores nos períodos de dilatação e expulsão por ações hormonais e de substâncias que promovem contrações uterinas e amadurecimento cervical e em seus aspectos mecânicos pelo

estiramento da pelve, esvaecimento do colo e pressão sobre anexos e períneo, sendo os estímulos nociceptivos modulados por estes eventos e pelos aspectos cognitivos, psicológicos e sensoriais da parturiente.

Para tanto, a pesquisa identificou os agentes causais físicos, incluindo os aspectos de ações hormonais e de substâncias, bem como aspectos mecânicos que desencadeiam estímulos nociceptivos para a manifestação da dor de parto e que estes se portam diferentemente nos períodos clínicos do parto, isto é, atenta-se a descrever os fatores relacionados para o diagnóstico dor de parto pelos períodos clínicos, dado que os aspectos de liberação hormonal e de substâncias quimioceptoras, bem como, aos aspectos mecânicos de estiramento da pelve, esvaecimento do colo e pressão sobre anexos e períneo são interdependentes no processo de parturição.

Os fatores relacionados associados a dor de parto direcionam-se à classificação por períodos distintos, sendo eles o período de dilatação em que se inserem às fases latente e ativa do trabalho de parto e ao período expulsivo (GREENHILL; FRIEDMAN, 1976), a quem denomine a clínica inteiramente por fases e não por período (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011), entretanto essa classificação não difere os eventos que antecedem a manifestação da dor.

O predomínio da dor visceral e difusa conferido ao primeiro período (dilatação) e que compreende as fases de latência e ativa do trabalho de parto, manifestando-se por contrações e câibras abdominais a tomar-se às manifestações de dores somáticas e contínuas no período de fase ativa final, sendo esta, transicional ao segundo período (expulsão), comportam-se em sensações que se diferem da fase latente e ativa inicial, em que se evidencia a pressão sobre o períneo pela apresentação fetal e que se acrescem em dores de forte intensidade sobre a pelve, assoalho pélvico, costas e membros inferiores (LOWE, 2002; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; WEBER, 1995; LEEMAN et al, 2003). Sendo assim os fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem dor de parto podem ser classificados pelos períodos ou fases clínicas do parto: Fase latente, Fase ativa e Fase ou período de expulsão.

Assim sendo, a definição do diagnóstico de enfermagem Dor de parto deve conter os antecedentes para esse evento complexo que não advêm de lesão tecidual real, potencial ou descrita em termos de “danos” como relacionados na

definição do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda, até a última versão, NANDA-I (2012).

Ao fenômeno da dor nessa situação se verifica o predomínio de ocorrências hormonais e mecânicas que desencadeiam os aspectos clínicos e peculiares em cada período do processo de parturição, bem como o estímulo modulado por experiências cognitivas, significados e valores pessoais dados à representação da maternidade (RUANO et al, 2007).

Sendo assim, os fatores relacionados para esse diagnóstico de enfermagem apontam-se aos períodos clínicos do parto que apresentam diferentes tipos de dores, isto é, no período de latência e início de fase ativa a dor está circunscrita ao abdome em especial ao fundo uterino e abdome inferior e caracterizando-se por dor visceral e ao final da fase ativa e período expulsivo torna-se somática pela pressão exercida pelo estiramento da musculatura aponeurótica (puxos abdominais), comprimindo órgãos e promovendo a pressão sobre útero, anexos, confirmando-se pela pressão sob o assoalho pélvico (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; WEBER, 1995; LOWE, 1996; 1987; MACEVILLY; BUGGY, 1996).

Considerando-se a avaliação por especialistas, dez enfermeiros obstetras teceram opiniões sobre o fenômeno da dor em situação do parto tendo a maioria (oito participantes) discordado que este está contemplado na definição de dor aguda (NANDA-I), sendo que seis concordaram com a definição para a titulação diagnóstica *Dor de Parto* construída neste estudo a partir da análise de conceito. Contudo, dois deles discordaram da definição proposta quanto aos aspectos relacionados aos antecedentes de adaptação do polo proximal ao estreito superior da pelve e as consequências das dores do parto associadas às possibilidades de ocorrência de experiências obstétricas traumáticas.

No que tange a adaptação do pólo proximal ao estreito superior da pelve, em que se insere aos aspectos mecânicos do parto, este é um antecedente para a manifestação de dor na situação de parto, embora condicional à outras condições clínicas que permeiam o trabalho de parto, isto é, a medida que se pode verificar manifestação de dor por contrações, mesmo na ausência da adaptação do pólo proximal (ZUGAIB, 2012; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011), situação esta, que corrobora com a opinião especialista.

Do ponto de vista das consequências de possibilidades de experiências obstétricas traumáticas, estas estão associadas às experiências prévias de parto ou

muitas vezes dependem da expectativa realista que as mulheres elaboram sobre a dor (LALLY et al, 2008) e fatores como a qualidade da assistência e abordagens profissionais para o alívio da dor durante o parto contribuem essencialmente para a experiência sensorial e emocional de dor (MCCOOL; SMITH; ABERG, 2004), entre outros, esses aspectos estão envoltos ao significado da maternidade (RUANO et al, 2007).

O Desgaste, exaustão, sofrimento, nervosismo, tensão, descontrole, agitação, agressividade, raiva, preocupação, medo, aflição, experiência obstétrica negativa, sentimentos negativos, ansiedade, como atributos encontrados, podem ser posteriormente superados com a chegada do filho, a medida que essa dor intercalada a liberação de endorfinas e significados maternos, podem trazer sentido à vida no que tange aos aspectos de aprendizado e realização pessoal (MACEDO, 2007; DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008; HODNETT, 2002; MCCALLUM; REIS, 2006), em contrapartida, Waldenström e Irestedt (2005) em estudo em que entrevistaram mulheres após dois meses do parto, identificaram a experiência traumática de dor associada à lembrança do fenômeno para a decisão de uma próxima concepção em maior proporção comparada à um ano após o nascimento. Para Niven e Brodie (1996) em estudo de revisão que buscou os fatores da memória de dor como consequências para o enfrentamento da dor de parto, encontraram que a memória de dor de parto pode provocar reações negativas intensas, mas que as consequências da experiência estão predominantemente envoltas à consequências positivas associadas ao enfrentamento da dor.

No que se refere à opinião especialista para os fatores relacionados à dor de parto, apesar da amostra reduzida, consideraram-se validadas a fase ativa do trabalho de parto e o período de expulsão (escore $\geq 50\%$) como agentes causais do diagnóstico de enfermagem *Dor de Parto*.

Com relação à proposição de domínios e classes, sete dos respondentes concordou que o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto pertence ao Domínio 12 – Conforto e à Classe 1 – Conforto físico (NANDA-I). Um especialista discordou dessa proposta discorrendo de que a dor de parto envolve predominantemente situações de enfrentamento e que, portanto, deve ser inserida ao Domínio 9 – Enfrentamento/Tolerância ao estresse e à Classe 2 – Reações de enfrentamento.

O Domínio 12 – Conforto é definido pela “sensação de bem estar ou tranquilidade mental, física ou social” e a Classe 1 destina-se a diagnósticos que à

intervenção sobre estes são capazes de promover “sensação de bem-estar ou tranquilidade e/ou estar livre da dor, a esta classe pertencem os diagnósticos aprovados: 00132 – Dor aguda, 00133 – Dor crônica, 00134 – Náusea, 00183 – Disposição para aumento do conforto e 00214 – Conforto prejudicado (NANDA-I, 2010; p.400). O Domínio 9 – Enfrentamento/tolerância ao estresse refere-se à diagnósticos que envolvem “lutas contra eventos/processos de vida e a Classe 2 – Reações de enfrentamento, dispõe de vários diagnósticos que à classe diagnóstica, entre eles pode ser citado, o diagnóstico de medo, ansiedade, enfrentamento ineficaz e disposição para enfrentamento aumentado (NANDA-I, 2010; p.397).

A proposição de classes e domínios para um diagnóstico deve estar vinculada fenômeno que se insere ao diagnóstico e embora entenda-se que a dor de parto está associada ao enfrentamento, o fenômeno em que se observa e se busca por intervenção está associado a dor, a situação do parto gera diversas respostas ao fenômeno que por este lado, podem ser outros diagnósticos e que estejam associados, as lutas contra eventos/processos da vida, tanto pertencentes à Classe 1 – Reações pós-trauma, Classe 2 – Reações de enfrentamento e à Classe 3 – Estresse neurocomportamental (NANDA-I, 2012), entretanto esta seria uma discussão do ponto de vista empírica dada a temática de consequências da dor para o evento do parto, como por exemplo respostas que envolvam sensações agradáveis e desagradáveis concernentes à dor do parto, isto é, tal experiência tanto pode gerar sensação de cansaço físico, mental e emocional, como podem oferecer sentido à vida, como por exemplo, promover a realização pessoal (MACEDO, 2007; LANG et al, 2006). Sendo assim, a proposição de domínios deve atender-se para aqueles domínios que mais descreva o fenômeno pertencente ao diagnóstico.

Embora não se tenha uma amostra representativa e esta seja limitada respeitou-se as sugestões de Fehring (1987) que, em seu método, sustenta a necessidade de se estabelecer a média ponderada de cada característica definidora já pontuada em uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos, a partir do julgamento em que os especialistas atribuem valores a cada característica para um dado diagnóstico; também sugere o cálculo DCV total. Fehring (1987) considera valores de DCV como adequados quando em proporções acima de 0,60.

Neste sentido, os dados apontaram que médias ponderadas igual ou maiores de 0,80 na avaliação por especialistas foram obtidas por algumas das características: evidência observada de contração uterina (0,95), alteração do tônus

muscular (0,93), alteração da frequência respiratória (0,85), comportamento expressivo (0,85), expressão facial de dor (0,85), evidência observada de dor (0,85), relato verbal e codificado (0,80) e alteração da frequência cardíaca (0,80); tais achados reforçam os identificados na fase anterior de revisão da literatura, sugerindo que as mesmas são muito indicativas do diagnóstico Dor de Parto em proposição..

Tendo em vista os escores dos demais itens que compoem características definidoras, o resultado do DCV total foi igual a 0,73, evidenciando a aprovação da validade deste novo diagnóstico.

Embora a amostra tenha sido reduzida no que tange aos especialistas e não se consideraram os critérios de Fehring (1994) para a seleção de enfermeiros expertos, verificou-se que seis participantes atingiram a pontuação mínima de seis pontos sugerida por Fehring; estes tiveram pontuações que variaram de sete a treze pontos e teceram opiniões importantes, apontando a dor de parto para um novo diagnóstico de enfermagem.

Entretanto cabe-se ressaltar que a validade de conteúdo por opinião de especialista não é o mais indicado para a validação de um novo diagnóstico, visto que estes especialistas respondem sobre a relevância da característica para o diagnóstico em estudo e baseados em sua memória sobre a experiência de se ter observado determinados fenômenos em uma dada situação (LUNNEY, 2003).

Além disso, o número limitado de respondentes retrata uma realidade brasileira e em menores proporções depara-se com um problema mundial. Souza (2004) atenta para a acentuação desse problema ao se referir ao número reduzido de enfermeiros especialistas em áreas específicas de interesse do diagnóstico a ser validado ou desencadeado pela restrição do uso de diagnósticos de enfermagem na prática clínica. Carvalho et al (2006) e Mac Lane (1987) em estudos analisados também verificaram a dificuldade de identificar enfermeiros expertos para o julgamento clínico de respostas diagnósticas em pesquisas de validações, dado que apenas 10 enfermeiros participaram da pesquisa opinando aos componentes do diagnóstico em proposta.

Chaves (2008), sobre os critérios de seleção de enfermeiros expertos de Fehring (1987; 1994), afirma que não basta ao perito apresentar titulação, mas também as habilidades em identificar o diagnóstico, e essa condição ocorre à medida que o experto pertença à área relevante ou relacionada, no sentido de suas

experiências, produções científicas, formação acadêmica e participação em organizações que visem a discussão nesse âmbito.

Já no que se refere à aprovação de diagnósticos de enfermagem pela NANDA-I, o Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos tem sido mais rigoroso quanto à aprovação, primando por métodos sofisticados e sendo mais rigorosos quanto às bases de evidências (NANDA-I, 2010). Por isso a importância de em se desenvolver estudos de validação clínica em que neste se observa diretamente as manifestações de características definidoras no paciente com um diagnóstico de interesse a ser validado (LUNNEY, 2003; LUNNEY; MÜLLER-STAU, 2012). A observação em ambiente clínico pode evidenciar respostas humanas específicas e com maior precisão à presença de um dado diagnóstico.

À análise dos dados da validação clínica, das 22 características definidoras testadas, seis (27,3%) delas apresentaram frequência de ocorrência igual ou maiores que 80% nas distintas fases. Foram elas: relato verbal ou codificado, evidência observada de contração uterina, alteração do tônus muscular, evidência observada de dor, comportamento expressivo e expressão facial de dor. Outra característica presente em mais de 80% apenas na fase ativa final foi posição antálgica para evitar dor.

Também foram observadas evidências clínicas maiores de 50% na fase ativa inicial para posição antálgica para evitar dor e na fase ativa final para diaforese, relato de sensação de pressão no períneo, comportamento de distração, gestos protetores/comportamento de defesa e foco em si próprio.

À dinâmica uterina as participantes do estudo apresentaram contrações que variaram entre 3 e 5 contrações em 10 minutos; 83,3% tiveram até 3 contrações com duração maior ou igual a 40 segundos. Embora a percepção tátil seja uma avaliação de medida subjetiva, 80% da amostra apresentou intensidade de contrações moderadas. As contrações também foram notadas por meio do registro cardiotocográfico da amplitude de pressão intrauterina. Os resultados corroboraram com a opinião dos especialistas em que a esta característica atingiu média ponderada de 0,95. À validação clínica o indicador *evidência observada de contração uterina* esteve presente em 98% na fase ativa inicial e em todas as parturientes na fase ativa final.

Outro detalhe diz respeito a alteração do tônus muscular; tal presença não se limita a musculatura lisa do útero caracterizada pelo próprio tônus uterino e às

contrações uterinas. No segundo período, de expulsão, as formações musculoaponeuróticas se tensionam e formam uma cinta muscular a comprimir o útero de cima para baixo e no sentido anteroposterior, neste momento a alteração do tônus muscular não está localizada e sim difusa ao abdome (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011). No estudo não nos atentamos para o tônus uterino de forma isolada, mas para alteração da musculatura lisa às contrações, verificadas por meio da amplitude de pressão intrauterina verificada ao registro cardiotocográfico da atividade uterina. Na fase ativa inicial a amplitude variou entre 15 e 100 mmHg, à fase ativa final a amplitude de pressão sofreram variações entre 5 e 100mmHg. Em termos de sensibilidade dolorosa, contrações de 40 a 50 mmHg não são identificadas pela parturiente (ZUGAIB, 2012). Cabe-se afirmar que à amplitude de pressão uterina de 100 mmHg demonstra a presença de contrações efetivas e que a esta medida e com intervalos coordenados e amiúdes, em torno de cinco contrações no período de 10 minutos são características na fase ativa final (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011). A alteração do tônus uterino foi uma característica manifestada nas parturientes nos dois períodos da fase ativa (inicial e final), com evidências entre 98% e 100%, respectivamente, sendo assim, sendo igualmente manifestadas na evidência observada de contrações uterina, também nas duas fases. A presença deste indicador esteve em consonância com a opinião do especialista (média ponderada: 0,93).

O comportamento expressivo é evidentemente observado por reações emocionais de cólera ou temor; inquietação com tendência a trocar de movimentos de modo constante e sem finalidade (CORRÊA, 1997). Por exemplo: agitação, gemer, chorar, vigilância, suspirar, irritabilidade (NANDA, 2010). À manifestação de dor durante o trabalho de parto pode gerar desgaste, exaustão, sofrimento, nervosismo, tensão, descontrole, agitação, agressividade, raiva, preocupação, medo e ao mesmo tempo prazer (MACEDO, 2007) e aflição e (TSENG; JUU-SU, 2008). Esse comportamento foi observado nos grupos nas diferentes fases e teve muito presente: 93,9% na fase ativa inicial e 100% na fase ativa final. Na maioria das participantes observou-se o comportamento expresso por gemidos, suspiros, agitação. Uma parturiente múltipara expressou-se nos momentos das contrações por “risada franca e ruidosa”. Este indicador apresentou média ponderada igual a 0,85 pela opinião especialista.

O relato verbal ou codificado é uma informação fornecida pelo cliente e que pode ser por meio da comunicação verbal de dor. A resposta verbal pode ser espontânea ou solicitada e referir aspectos sensoriais emocionais e cognitivos para caracterizar a experiência dolorosa, também pode ser caracterizado pelo uso de adjetivos que descrevem a dor sentida. (CORRÊA, 1997). Sendo assim, à avaliação da intensidade de dores às contrações verificou-se que as parturientes do grupo fase ativa inicial referenciaram escores de intensidade de dores entre 0 e 10, mas que apresentaram correlação linear positiva com a amplitude de pressão intrauterina ao teste de Spearman na fase ativa inicial, não ocorrendo na fase ativa final. Quando estudadas neste âmbito apenas aquelas parturientes que não fizeram o uso do analgésico nas duas fases não houve a correlação linear, mas àquelas sob uso do analgésico na fase ativa inicial, verificou-se a correlação linear positiva. Estudo realizado por Corli et al (1987), embora com variações metodológicas, no que se refere à amostragem, correlações quanto a duração das contrações e sem a consideração do uso ou não de terapia analgésica, mostrou resultados semelhantes quando avaliaram escores de intensidade de dor verbal pela Escala Visual Analógica (EVA) e registro tocográfico da atividade uterina de 15 parturientes em 125 contrações no período de dilatação para amplitude de pressão intrauterina.

Quanto aos relatos verbais e codificados de dores, verificados por meio do Inventário de Dor McGill, as subclasses sensitiva e afetiva foram as mais citadas, com a dor representada por cólica em 87,3% dos relatos, pouco menos da metade das participantes do estudo citaram o descritor afetivo de que a dor de parto é cansativa (49,1%), resultados semelhantes foram encontrados por Dias (1996) em estudo que verificou a caracterização para os mesmos descritores.

Para os especialistas os relatos verbais ou codificados de dores e a evidência observada de dor são indicadores frequentemente presentes na dor de parto, com médias de 0,80 e 0,85, respectivamente.

A descrição da dor como cólica, evidencia a presença de atributos que definem as contrações ocasionadas pela fisiologia do miométrio, que composto de células musculares lisas com junções comunicantes célula-célula. À condução de estímulos eletrofisiológicos, ações bioquímicas moleculares de contração do músculo liso em um ciclo contrátil, ações de proteínas como actina e miosina que promovem a contração do miócito, assim como o papel da ocitocina e substâncias como as prostaglandinas atuam para a atividade contrátil que determina a isquemia

das células miométrais à contração (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011). Entretanto, deve-se ressaltar que o fenômeno da dor em situação de parto apresenta eventos complexos e subjetivos (LOWE, 2002), não se limitando às contrações e sim a eventos fisiológicos do tipo hormonal, mecânicos e clínicos presentes nos períodos do parto e que desencadearam a manifestação de dor modulada por eventos fisiológicos, emocionais, cognitivos, entre outros, reafirmando-se que “embora a contratilidade uterina seja o elemento mais visível do parto, nada assegura que a sua qualidade ou quantidade estejam relacionadas ao prognóstico de parturição” (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; p.192).

A evidência observada de dor foi manifestada por 100% das parturientes estudadas tanto na fase ativa inicial como na ativa final. A dor no abdome inferior, sendo frequentemente denominada na obstetrícia como baixo ventre foi relatada por 23,6% das participantes, sendo associada às dores lombares, por mais de 60% dos relatos. A localização mais frequente de dor de parto relatada na literatura é o abdome, baixo ventre, virilha e dorso. No primeiro período do trabalho de parto, a dor circunscreve-se ao abdome, região lombar inferior e sacral superior, estando ao segundo período localizada no períneo, ânus e reto, podendo também ser sentida nas coxas e pernas) (DeCs, 2008a; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; DIAS, 1996; LOWE, 2002; 1996; 1987). Dado ao período de avaliação os relatos de localização encontram-se em consonância com a literatura e com a opinião especialista (média ponderada: 0,85).

A expressão facial de dor também foi uma característica definidora muito presente nas parturientes estudadas (87,8% e 100%, respectivamente nas fases ativa inicial e final). Muitas mulheres expressam sua dor em silêncio, mas que se descreve a expressão facial, com músculos faciais contraídos a concorrerem com a sensação de dor. Correa (1997; p.110) definiu esse indicador clínico como um “comportamento físico caracterizado por olhar abatido, expressão de fadiga, feição oprimida, musculatura da mandíbula contraída, dentes cerrados, sobrancelhas atadas”. Esse resultado corresponde de forma semelhante à opinião dos especialistas, que à validação de conteúdo mostrou a média ponderada de 0,85.

Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre frequências de ocorrência das características definidoras diaforese, gestos protetores/comportamento de defesa, posição antálgica para evitar dor, comportamento de distração, foco em si próprio e sensação de pressão no períneo

entre início e o final da fase ativa, concentrando presenças em maiores proporções na fase ativa final. Diaforese à validação de conteúdo por especialista recebeu a média ponderada de 0,83 superando os resultados da presença deste indicador na validação clínica nas fases ativa inicial e final.

A diaforese foi manifestada diferentemente em relação a fase ativa inicial e final, sendo mais frequente na segunda ($p = 0,001$), cabe destacar que ao se analisar especificamente o grupo de parturientes que não recebeu analgésico, as diferenças entre as duas fases se mantiveram ($p = 0,001$). A perspiração esteve concentrada à frente e ao buço. Embora seja comum a sudorese profusa nas fases que antecedam o expulsivo, muito se relata entre a prática clínica a associação da sudorese localizada ao buço ou região retro-umbilical nesse período, embora não tenha sido encontrada fontes de evidência para esse indicador no que tange ao processo de parir.

A posição antálgica esteve presente de forma distinta em relação a fases de evolução do parto; sua presença predominou na fase ativa final ($p < 0,0001$). Tal expressão manteve-se ao se examinar as mulheres que não receberam analgésico ($p = 0,001$). Verificou-se posições que variaram de decúbito dorsal ou lateral no leito com membros inferiores flexionados e a posição vertical vertendo-se o tronco para baixo.

O comportamento de distração esteve presente em maiores proporções na fase ativa final comparada à inicial ($p < 0,0001$); mantendo-se tal expressão para as parturientes sem uso do analgésico ($p = 0,001$). Essa alteração do comportamento é observada na presença do fenômeno doloroso (CORRÊA, 1997) em um estado em que a atenção está dividida entre várias ações (BICKLEY, 2005; NANDA-I, 2010).

O foco em si próprio está representado pela referência verbal de que o indivíduo foca-se apenas à área em que está manifestada a dor, com sensação opressiva e o senso de ser está obscurecido ou indistinto pela dor (CORRÊA, 1997). Essa característica foi expressiva na fase ativa final para as parturientes que não utilizaram o analgésico (82,4%) ($p = 0,001$).

A sensação de pressão no períneo relada por vontade de evacuar foi uma característica encontrada em 59,5% das participantes ao final da fase ativa não se observando na fase ativa inicial ($p < 0,0001$), esteve presente na fase ativa final na maioria das parturientes que não utilizaram o analgésico ($p < 0,0001$).

Limitações na coleta de dados para a observação da frequência respiratória, frequência cardíaca e resultados de pressão arterial impossibilitaram inferir esses dados como manifestações de dores, dado que os sinais vitais foram verificados anteriormente a cada avaliação, impossibilitando a aferência no momento da referência de dor em que o comportamento expressivo e agitação na maioria das participantes impediam a obtenção da resposta. Um mapeamento da pressão arterial no último trimestre gestacional ou semana anterior à hospitalização com monitoração de pressão arterial e frequência cardíaca durante as contrações seria indicado e o não acompanhamento prévio das mulheres admitidas para o trabalho de parto impossibilitou tal critério. Entretanto à opinião dos especialistas, alterações na frequência cardíaca e alterações na frequência respiratória apresentaram médias ponderadas acima de 0,80. A média ponderada da característica definidora alteração na pressão arterial foi de 0,78.

A dilatação pupilar, isto é, é o aumento do diâmetro pupilar maior ou igual a 5 milímetros por excitação da parte simpática do sistema nervoso (CORRÊA, 1997), esse indicador esteve presente apenas em um caso na fase ativa final e a parturiente não fez uso de analgésico.

A presença da característica definidora distúrbio do sono esteve manifestada na fase ativa inicial em 16,3% das participantes a 35,1% na fase ativa final ($p = 0,044$). Embora este dado apresente manifestações discretas é um fato a presença dessa característica se manifestar por ocasião da intensidade e manifestação da dor em situação de parto, dada a duração do trabalho de parto, em especial nas primíparas.

A presença de náusea foi relatada por 14,3% a 18,9% das parturientes nas fases ativa inicial e final, respectivamente, concentrando-se em maiores proporções na fase ativa final. No que se refere ao vômito, este indicador foi de 4,1% e 8,1% nas fases respectivamente, no entanto também se portou em maior frequência de ocorrência nas fases ativa final.

A inapetência semelhantemente em ambas as fases (fase ativa inicial: 18,4%; fase ativa final: 18,9%), bem como o apetite aumentado (fase ativa inicial: 8,2%; fase ativa final: 8,1%).

O foco estreitado esteve pouco presente, com frequências de ocorrências na fase ativa inicial de 2% e 10,8% na fase ativa final.

A análise de conteúdo segundo o modelo de Hoskins (1989) em que indica a necessidade da análise de conceito, esta desenvolvida segundo a estrutura

metodológica de Walker e Avant (2005) mostrou-se promissora na identificação dos fatores relacionados, características definidoras e atributos de experiência de dor que variam do sofrimento ao prazer; também possibilitou a elaboração dos instrumentos da validação de conteúdo por especialista e observação dos indicadores em ambiente clínico, evidenciando a dor de parto como evento peculiar e fisiológico que aponta para a necessidade de um novo diagnóstico de enfermagem.

A escassez de respondentes na análise de conteúdo por especialista mostrou a dificuldade de se encontrar enfermeiros expertos no julgamento de determinados diagnósticos. Entretanto, as opiniões forneceram subsídios importantes à elaboração do diagnóstico “Dor de Parto” quanto a definição e que este contempla como fatores relacionados: a fase ativa do trabalho de parto e o período expulsivo, devendo pertencer ao Domínio 12 – Conforto e à Classe 1 – Conforto Físico.

As características definidoras testadas em ambiente clínico apontaram para a *Dor de Parto* como diagnóstico de enfermagem à medida que apresenta indicadores gerais do fenômeno da dor como: comportamento expressivo, relato verbal ou codificado, evidência observada de dor, diaforese, expressão facial de dor, gestos protetores/comportamento de defesa, posição antálgica para evitar dor, comportamento de distração, foco em si próprio; mas apresenta em elevadas proporções indicadores clínicos peculiares à dor de parto por *evidência observada de contração uterina, alteração do tônus muscular (uterino) e sensação de pressão no períneo* evidenciada por relato de vontade de evacuar.

A correlação linear positiva entre os escores de intensidade de dor e amplitude de pressão intrauterina na fase ativa inicial, não ocorrendo à final e nas parturientes sem uso do analgésico em ambas as fases, com a correlação linear positiva na fase ativa inicial para parturientes que usaram o analgésico mostrou que o *Relato verbal de dor* mensurado pelo escore de intensidade de dor foi mascarado no grupo sob ação analgésica. Essa correlação entre o aumento da referência do escore de intensidade de dor se dá à medida que a amplitude de pressão intrauterina também aumenta. Portanto, a correlação linear possibilitou mostrar a manifestação do diagnóstico de enfermagem *dor de parto* à referência verbal de intensidade de dor por escores de 0 a 10 como instrumento mensurável do fenômeno da dor em situação do parto à medida que aumenta a intensidade da contração, com precisão de medida, quando à não ação analgésica.

Os descritores de dor segundo Inventário McGill concentraram-se nas subclasses sensitivas e afetivas de dor, especificando na sua maioria o descritor sensitivo “cólica” que aponta à *evidência de contração uterina*. No âmbito da experiência do ponto de vista afetivo mostrou que a dor apresenta a conotação “cansativa”.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

O estudo mostrou a dor em situação de parto como fenômeno peculiar a um evento fisiológico e portanto, natural, isto é, o parto em seus diferentes períodos e manifestações de dores. Os achados apontam para um novo diagnóstico de enfermagem dado aos antecedentes da dor de parto que se diferem da definição do diagnóstico 00132 – Dor Aguda (NANDA-I, 2012).

Considerando tais aspectos, a pesquisa de análise de conteúdo (análise de conceito), mostrou que a dor de parto advém de estímulos nociceptivos modulados por eventos cognitivos, psicológicos e sensoriais com experiência sensorial e emocional que varia de desagradável à prazerosa, com o predomínio de agentes causais do tipo clínico que diferenciam a intensidade e tipo de dor nos períodos de dilatação e expulsão por ações hormonais e de substâncias que promovem contrações uterinas e amadurecimento cervical e em seus aspectos mecânicos pelo estiramento da pelve; esvaecimento do colo e pressão sobre anexos e períneo, concorrendo para antecedentes de danos apenas para os aspectos da reação inflamatória desencadeada no colo do útero e que está associada ao amadurecimento cervical.

À análise de conteúdo (opinião dos especialistas) foram propostos os seguintes fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto: primeiro período (dilatação), dividido por fase latente e fase ativa do trabalho de parto e o segundo período, caracterizado pela fase de expulsão.

Em adição, pode-se acrescentar que os atributos de dores dependem em grande parte da experiência prévia de dores, atributos físicos do próprio trabalho de parto, características psicológicas, crenças culturais, do ambiente de nascimento e de habilidades de enfrentamento da dor e todos esses fatores contribuem para influenciar a interpretação do estímulo nociceptivo. Sendo a experiência complexa e subjetiva.

Estudos apontaram a paridade como um perfil importante no que se refere a interpretação e ao limiar de dor. Mulheres com expectativas não realistas de dores de parto mostraram experiências mais intensas de dores, comparada àquelas com expectativas realistas de acordo com a literatura, portanto a nuliparidade também é um aspecto importante, quando na ausência do preparo ao enfrentamento da dor.

Na segunda fase da análise de conteúdo, a maioria dos especialistas, embora com amostra reduzida aprovou em suas opiniões a Dor de Parto como novo diagnóstico, concordando com os fatores relacionados de fase ativa do trabalho de parto, período expulsivo para este e proposição do Domínio 12 – Conforto e Classe 1 – Conforto físico, com ressalva às sugestões de remodelação à definição para titulação diagnóstica e sugestões. A opinião dos enfermeiros obstetras sobre as características definidoras apontou que as variáveis evidência observada de contração uterina, alteração do tônus muscular, alteração da frequência respiratória, comportamento expressivo, expressão facial de dor, evidência observada de dor, relato verbal e codificado e alteração da frequência cardíaca são muito indicativas do diagnóstico em estudo.

Na validação clínica do diagnóstico, verificou-se que alguns indicadores foram frequentes, independente da fase ativa evolutiva: evidência observada de contração uterina, alteração do tônus muscular, comportamento expressivo, relato verbal ou codificado, evidência observada de dor e expressão facial de dor. Houve diferenças de frequência de ocorrência significativas para diaforese, gestos protetores/comportamento de defesa, posição antálgica para evitar dor, comportamento de distração, foco em si próprio e sensação de pressão no períneo nas fases ativa inicial e final na amostra total e no grupo que não fez uso de analgésicos, concentrando presenças em maiores proporções na fase ativa final.

Os achados possibilitam validar as características definidoras: evidência observada de contração uterina, alteração do tônus muscular, comportamento expressivo, relato verbal ou codificado, evidência observada de dor e expressão facial de dor como indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem dor de parto.

O diagnóstico de dor de parto evidenciou correlação entre a referência verbal (pelos escores de intensidade de dor) e a amplitude de pressão intrauterina que apontou para associações do aumento do escore de intensidade de dor a medida que aumenta a pressão em mmHg.

Os descritores de dor segundo Inventário McGill concentraram-se nas subclasses sensitivas e afetivas de dor, especificando na sua maioria o descritor sensitivo “cólica” que aponta à evidência de contração uterina como característica definidora do diagnóstico dor de parto.

Os métodos utilizados foram satisfatórios para o alcance dos objetivos e, portanto, o diagnóstico *dor de parto*, a nosso entender, encontra-se em condições de

ser submetido à consideração da NANDA-I; o percurso metodológico reforçou a compreensão da autora que o fenômeno dor de parto deve ser expresso de forma distinta de dor aguda, favorecendo aos profissionais da área a compreensão do que se observa na prática clínica.

REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS³⁰

ABENFO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTÉTRAS. ABENFO. **Legislação profissional e marcos regulatórios da prática assistencial da enfermeira obstétrica no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010. 164p.

ABENHAIM, H. A.; FRASER, W. D. Impact of pain level on second-stage delivery outcomes among women with epidural analgesia: results from the PEOPLE study. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 199, n. 5, p. 500, Nov. 2008.

ABUSHAUKHA, L.; OWEIS, A. Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective. **Int J Nurs Pract.**, v. 11, n. 1, p. 33-38, Feb 2005.

ACKELEY, B. J.; LADWIG, G. B. **Nursing diagnosis handbook**: an evidence-based guide to planning care. 8th ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 2008.

AGGARWAL, P.; ZUTSHI, V.; BATRA, S. Role of hyoscine N-butyl bromide (HBB, buscopan) as labor analgesic. **Indian J Med Sci.**, v. 62, n. 5, p.179-184. May 2008.

ALEHAGEN, S. et al. Fear, pain and stress hormones during childbirth. **J Psychosom Obstet Gynaecol.**, v. 26, n. 3, p. 153-165, Sep. 2005.

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-am de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 223-238, mar./abr., 2005a.

ALMEIDA, N. A. M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Latino-am de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 52-8, jan./fev., 2005b.

ALVES, F. C. J.; FIORELLI, A. I. Monitorização hemodinâmica durante a circulação extra-coprórea. **Rev. Latinoam. Tecnol. Extracorp.**, n. 1, p. 8, 2001.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Standards of nursing practice**. Kansas City, MO: American Nurses Association, 1973.

³⁰De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, v. 38, n. 8, ago. 2010.

AQUINO, M. M. A. **Misoprostol versus ocitocina para indução do parto**: ensaio clínico controlado aleatorizado. 2001. Tese (Doutorado em Medicina). - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2001.

ARNEY, W. R. **Power and the profession of obstetrics**. Chicago: University of Chicago Press, 1982. 290p.

ATALLAH, A. N.; ABDALA, S. Insuficiência renal aguda na gestação. In: SCHOR, N.; BOIM, M. A.; SANTOS, O. P. **Insuficiência renal aguda**: fisiopatologia, clínica e tratamento. São Paulo: Sarvier; 1977. p.223-226.

ATIÉNZAR, M. C.; et al. A randomized comparison of levobupivacaine, bupivacaine and ropivacaine with fentanyl, for labor analgesia. **Int J Obstet Anesth.**, v. 17, n. 2, p.106-111. Apr. 2008.

BAKER, A. et al. Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives Aims. **J. Advanced Nursing**, v. 35, n. 2, p. 171-179, 2001.

BALDWIN, M. A. Concept analysis as a method of inquiry. **Nurse Research**, v. 15, n. 2, p. 49-58, 2008.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARROS, A. L. B. L.; MICHEL, J. L. M.; NOBREGA, M. M. L. Histórico da tradução da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA e sua utilização no Brasil. **Acta Paul Enferm.**, v. 13, esp., p.37-40, 2000.

BASS, M. Anatomy and physiology of pain and the management of breakthrough pain in palliative care. **Int. J. Palliative Nurs.**, v. 16, n. 10, p. 486-492, 2010.

BASTOS, R. M. et al. Avaliação da função renal em pacientes com creatinina sérica normal. **Rev. APS**, v. 110, n. 1, 2007.

BEEBE, K. R. et al. The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v. 36, n. 5, p. 410-418, Sep/Oct, 2007.

BÍBLIA Sagrada. Tradução de João Ferreira de Almeida. Niterói: Liga Bíblica Brasileira, 1997. 229p.

BICKLEY, L. **Bates**: propedêutica médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BILLERT, H. et al. Anxiety assessment in parturients requesting epidural analgesia for pain relief]. **Ginekol. Pol.**, v. 78, n. 7, p. 532-538, Jul 2007. Abstract.

BLANES, L. Tratamento de feridas. In: BAPTISTA-SILVA, J. C. C. (Ed). **Cirurgia vascular**: guia ilustrado. São Paulo: [s.n], 2004.

BONICA, J. J. Peripheral mechanism and pathways of parturition pain. **Br. J. Anaesth.** v. 51, suppl 1, p. 3S-9S, 1979.

BOROWSKA, A. et al. Retrospective assessment of epidural analgesia during labor according to parturients. **Ginekol. Pol.**, v. 76, n. 4, p. 277-283, Apr 2005. Abstract.

BORUP, L. et al. Acupuncture as pain relief during delivery: a randomized controlled trial. **Birth.**, v. 36, n. 1, p. 5-12, Mar 2009.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Dispõe sobre a garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, 8 abril 2005. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto**: humanização do pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de assistência integral à saúde da mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Programa Humaniza SUS**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/5/principal.html>>. Acesso em: 28 mar. 2011.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Publica**, v. 7, n. 2, p.135-149, 1991.

BRIGGS, E. Understanding the experience and physiology of pain. **Nursing Standard.**, v. 25, n. 3, p. 35-39, Sep. 2010.

BROWNRIDGE, P. The nature and consequences of childbirth pain. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, v. 59, p. S9-S15, May 1995. Supplement.

BUENO, J. V. **Avaliação da intensidade e característica da dor no trabalho de parto e a ação do misoprostol**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Publica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CAMPANA, A. O. et al. **Investigação científica na área médica**. São Paulo: Manole, 2001

CARDOSO-DEMARTINI, A. A. et al. Crescimento de crianças nascidas prematuras. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 55, n. 8, p. 534-540, 2011.

CARRARA, H. H.; DUARTE, G. Semiologia obstétrica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 88-103, jan./mar. 1996.

CARVALHO, E. C. C.; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: o raciocínio e o julgamento no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM: SISTEMATIZAR O CUIDAR. 3., Uberlândia. **Anais...**Uberlândia: Rápida Editora, 2002, v. 1; p. 29-40.

CARVALHO, E. C. et al. Validação de diagnóstico de enfermagem:reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 235-240, 2008.

CARVALHO, M. L. de. O renascimento do parto e do amor. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 521-523, 2002.

CARVALHO, E. C. et al. Análise da produção brasileira sobre validação de diagnóstico de enfermagem. In: VIII Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, Paraíba, Brasil. **Anais...** Paraíba: Associação Brasileira de Enfermagem, 2006; p.1 – 5.

CARVALHO, E. C. et al. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. **Rev. Enfermagem UFPE On Line**, v. 1, n. 1, p. 95-99, 2007.

CATON, D.; FROLICH, M.; EULAINO, T. Anesthesia for childbirth: controversy and change. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 186, n. 5 Suppl., p. S25-S30, May 2002.

CECHIN, P. L. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 444-448, jul./ago. 2002.

CENTRE FOR CANCER EDUCATION. **On-line Medical Dictionary**. CancerWEB 1997-2003 Newcastle, 2005. Disponível em: <<http://cancerweb.ncl.ac.uk/omd/index.html>>. Acesso em: 10 jan. 2007.

CHAMON, E. M. Q. O. Estresse e estratégias de enfrentamento: o uso da escala Tolousaine no Brasil. **RPOT**, v. 6, n. 2, p. 43-64, jul./dez. 2006.

CHANG, M. Y.; CHEN, C. H.; HUANG, K. F. A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. **J. Nurs. Res.**, v. 14, n. 3, p. 190-197, Sep 2006.

CHAO, A. S. et al. Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on acupuncture points during the first stage of labor: a randomized double-blind placebo-controlled trial. **Pain.**, v. 127, n. 3, p. 214-220, Feb 2007.

CHAVES, Erika de Cássia Lopes. **Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12012009-154306/>>. Acesso em: 16 maio 2012.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C., de; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 513-520, 2008.

CHAZAN, L. K. A história da obstetrícia e a patologização da gravidez. In: XI ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA. DEMOCRACIA E CONFLITO, 1., 2004, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPUH, 2004. p. 1-10.

CIPE Versão 1. **Classificação internacional para a prática de enfermagem**. Comitê Internacional de Enfermeiros. Tradução de Heimar de Fátima Marin. São Paulo: ALGOL Editora, 2007.

CIPE Versão 2. **Classificação internacional para a prática de enfermagem**. Comitê Internacional de Enfermeiros. Tradução de Heimar de Fátima Marin. São Paulo: ALGOL Editora, 2011.

CONNELL-PRICE, J. et al. The development and validation of a dynamic model to account for the progress of labor in the assessment of pain. **Anesth. Analg.**, v. 106, n. 5, p. 1509-1515, May 2008.

CORRÊA, C. G. **Dor**: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, USP, 1997.

COSTA, R. et al. Parto: expectativa, experiências, dor e satisfação. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 4, n. 1, p. 47-67, 2003.

COSTA, V. N. **Cardiotocografia computadorizada em gestantes com diabetes mellitus**. 2006. Dissertação (Mestrado em Obstetrícia e Ginecologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2006.

CRUZ, D. A. L. M. **Dor crônica**: categoria diagnóstica ou síndrome? 1998. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

DAVIM, M. R. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C. Representação de parturientes acerca da dor de parto. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 100-109, 2008.

DAVIM, R. M. B. et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 3, p. 600-609, 2008.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; MELO, E. S. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. **Rev. Latinoam Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1150-1156, nov./dez. 2007.

DeCS. Base de dados na Internet. São Paulo: BIREME Biblioteca Virtual em Saúde, 2012. **Dor de parto**, número do registro: 38636. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 20 fev. 2008a.

DeCS. Base de dados na Internet. São Paulo: BIREME Biblioteca Virtual em Saúde, 2012. **Ferimentos e Lesões**, número do registro: 15345. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 20 fev. 2008b.

DeCS. Base de dados na Internet. São Paulo: BIREME Biblioteca Virtual em Saúde, 2012. **Trabalho de parto**, número do registro: 22234. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 20 fev. 2008c.

DeCS. Base de dados na Internet. São Paulo: BIREME Biblioteca Virtual em Saúde, 2012. **Contração uterina**, número do registro: 14991. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 20 fev.2008d.

DeCS. Base de dados na Internet. São Paulo: BIREME Biblioteca Virtual em Saúde, 2012. **Estudos de validação**, número do registro: 35256. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 20 fev. 2012a.

DeCS. Base de dados na Internet. São Paulo: BIREME Biblioteca Virtual em Saúde, 2012. **Ruptura uterina**, número do registro: 14998. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 20 fev. 2012b.

DeCS. Base de dados na Internet. São Paulo: BIREME Biblioteca Virtual em Saúde, 2012. **Medição da dor**, número do registro: 30624. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 20 fev. 2012c.

DENIPOTE, A. G. M. **Combinação entre termos da cipe® para compor diagnósticos de enfermagem relacionados ao foco processo do aparelho reprodutor**. 2009. Dissertação (Mestrado em Tecnologia em Saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, 2009.

DIAS, M. D; COLER, M. S.; GARCIA, T. R. Labor pain: a proposed nursing diagnosis. In: NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION **Classification of nursing diagnoses**: proceedings of the twelfth conference., Glendale, CA: Cinahl Information Systems, 1997.

DIAS, M. D. **A mulher e o parto**: respostas frente à dor. 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba – UFPA, 1996.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Complaints and disorders**: the sexual politics of sickness. Londres: Writers and Readers Publisher Cooperative, 1973.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ENTRINGER, S. et al. Attenuation of maternal psychophysiological stress responses and the maternal cortisol awakening response over the course of human pregnancy. **Stress**, v. 13, n. 3, p. 258-268, May 2010.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart and Lung**, St. Louis, v. 16, n. 6, p. 625-629, Nov 1987.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROL-JONHONSON, R. M.; PAQUETE, M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses**: proceedings of the tenth conference. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1994. p. 55-62.

FEHRING, R. Validating diagnostic labels: standardized methodology. In: HURLEY, M. E. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of the sixth conference. St. Louis: Mosby, 1986. p. 183-190.

FERBER, S. G.; GRANOT, M.; ZIMMER, E. Z. Catastrophizing labor pain compromises later maternity adjustments. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 192, n. 3, p. 826-831, Mar 2005.

FERNANDES, M. L.; ANDRADE, F. C. J. de. Analgesia de parto: bases anatômicas e fisiológicas. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 19, n. 3, Supl 1, p. S3-S6, 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio**: dicionário da língua portuguesa século XXI. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FLINK, I. K. et al. Pain in childbirth and postpartum recovery: the role of catastrophizing. **Eur. J. Pain**, v. 13, n. 3, p. 312-316, Mar 2009.

FLORENCE, D. J., PALMER, D. G. Therapeutic choices for the discomforts of labor. **Nurs. J. Perinat. Neonatal.**, v. 17, n. 4, p. 238-249, 2003.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FRIDH, G.; GASTON-JOHANSSON, F. Do primiparas and multiparas have realistic expectations of labor. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 69, n. 2, p. 103-109, 1990.

FRIEDMAN, E. A. (Ed.). **Labor**: clinical evaluation and management. 2nd ed. New York: Appleton, 1978.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, jan./abr. 2006.

GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 11, n.3, p. 24-31, set./dez. 1998.

GERACI, M.; BOTTAI, M. Quantile regression for longitudinal data using the asymmetric Laplace distribution. **Biostatistics**, v. 8, n. 1, p. 140-154, Jan 2007.

GOEBEL, M. A. et al. Ruptura uterina. **Rev. Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 2 p. S64-S67, abr./jun., 2010. Suplemento 1.

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica**: diretrizes assistenciais. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

GOODMAN, S. R. et al. A randomized trial of breakthrough pain during combined spinal-epidural versus epidural labor analgesia in parous women. **Anesth. Analg.**, v. 108, n. 1, p. 246-251, Jan 2009.

GORDON, M. **Nursing diagnosis**: processs and application. 3rd ed. St Louis: Mosby, 1994.

GORDON, M.; SWEENEY, M. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 2, n. 1, p. 1-15, Oct 1979.

GREENHILL, J. P.; FRIEDMAN, E. A. **Obstetrícia**. Rio de Janiero: Interamericana, 1976.

GUSHI, A. A. et al. Avaliações da filtração glomerular pela depuração de creatinina, equações MDRD e Cockcroft-Gault. **J. Bras. Nefrologia**, v. 26, p.165-169, 2004.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 973 p.

HAINES, D. **Princípios de neurociência**. Madri: Elsevier, 2003.

HARTMANN, S. et al. The analgesic effect of exercise during labor. **Z. Geburtshilfe Neonatol.** v. 209, n. 4, p. 144-150, Aug 2005. Abstract

HELMS, J. E.; BARONE, C. P. Physiology and treatment of pain. **Critical care nurse**, v. 28, n. 6, p. 38-50, Dec. 2008.

HJELMSTEDT, A. et al. Acupressure to reduce labor pain: a randomized controlled Trial. **Acta Obstet. Gynecol.**, v. 2010; n. 89, p. 1453-1459.

HOCHMAN B, N. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, v. 20, Supl. 2, 2005.

HODNETT, E. D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 186, n. 5 Suppl, p. S160-S172, May 2002.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: CARROL JOHNSON, R. M. et al (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, 1989. p.126-131.

HOTIMSKY, S. N. et al. *O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?* Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set./out. 2002.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Estudos Feministas**, v. 461, n. 2, p. 461-481, 2002.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss de sinônimos e antônimos**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IAMS, J. D. Preterm birth. In: GABBE, S. G.; NIEBYL, J. R.; SIMPSON, J. L. (Ed.). **Obstetrics: normal and problem pregnancies**. 4th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2002. p. 755-826.

IASP. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Pain. Global Year Against Pain in Women. **Obstetric pain**. Association for the Study of Pain. Sep. 2007.

IASP. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Anxiety and Pain. **IASP**, v. 12, n. 7, p. 2-6, Dec. 2004.

IASP. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Pain terms: a list with definitions and notes on usage*. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. **Pain**, v. 6, p. 249, 1979.

JESUS, C. A. C. **Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem**. 2000. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

- JOHNSON, J. Y. **Enfermagem materna e do recém-nascido desmistificada**: um guia de aprendizado. AMGH. Tradução: Ana Maria Vasconcellos Thorrell, 2012.
- KANJI, N. Management of pain through autogenic training. **Complement Ther. Nurs. Midwifery**, v. 6, n. 3, p.143-148, Aug 2000.
- KIMBER, L. et al. Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomised placebo controlled trial. **Eur. J. Pain.**, v. 12, n. 8, p. 961-969, Nov. 2008
- KOJIC, Z. et al. Labor pain--physiologal basis and regulatory mechanisms. **Srp Arh Celok Lek**, v. 135, n. 3-4, p. 235-239, Mar/Apr 2007.
- KUSHTAGI, P., BHANU, B. T. Effectiveness of subcutaneous injection of sterile water to the lower back for pain relief in labor. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 88, n. 2, p. 231-233, 2009.
- LALLY, J. E. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. **BMC Med.**, v. 6, p. 7, Mar. 2008.
- LAMAZE INTERNATIONAL EDUCATION COUNCIL. Care practivees that promote normal birth. No Routine interventions. **J. Perinatal Education. Spring**, v. 13, n. 2, 2004
- LANDOLT, A. S.; MILLING, L. S. The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: a comprehensive methodological review. **Clin. Psychology Review**, v. 31, n. 6, p. 1022-1031, Aug. 2011.
- LANG, A. J. et al. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. **Eur. J. Pain**, v. 10, n. 3, p. 263-270, Apr 2006.
- LANG, C. T.; LANDON, M. B. Uterine rupture as a source of obstetrical hemorrhage. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v. 53, n. 1, p. 237-251, Mar 2010.
- LEE, M. K.; CHANG, S. B.; KANG, D. H. Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. **J. Altern. Complement. Med.**, v. 10, n. 6, p. 959-965, Dec 2004.
- LEEMAN, L. et al. The nature and management of labor pain: part II. Pharmacologic pain relief. **Am. Fam. Physician**, v. 68, n. 6, p. 1115-1120, Sep 2003.

LOBO, S. F. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal perihospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 812-818, 2010.

LOESER, J. D.; TREEDE, R. D. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. **Pain**, v. 137, p. 473-477, 2008.

LOWE, K.N. Parity and pain during parturition. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.**, v. 16, n. 5, p. 340-346, Set./Out. 1987.

LOWE, K. N. The nature of labor pain. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 186, n. 5 Suppl, p. S16-S24, May 2002. Review.

LOWE, K. N. The pain and discomfort of labor and birth. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.**, v. 25, n. 1, p. 82-92, Jan 1996.

LUNDGREN, I.; DAHLBER, G. K. (1998). Women's experience of pain during childbirth. **Midwifery**, v. 14, n. 2, p. 105-110, Jun 1998.

LUNNEY, M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part II: application of cognitive skills and guidelines for self-development. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 106-112, 2003.

LUNNEY, M.; MÜLLER-STAU, M. Nursing diagnosis and research. In: NANDA INTERNATIONAL. **Nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014**. 9th ed. San Francisco: Wiley, 2012. p.114-121.

MACEDO, P. O. **Significando a dor no parto**: expressão feminina da vivência do parto vaginal. 2007. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MacEVILLY, M.; BUGGY, D. Back pain and pregnancy: a review. **Pain**, v. 64, n. 3, p. 405-414, Mar 1996.

MAHON, S. M. Concept analysis of pain: implications related to nursing diagnoses. **Nurs Diagn.**, v. 5, n. 1, p. 14-25, Jan./Mar. 1994.

MAIO, M. C. et al. Cor/raça no estudo pró-saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 171-180, jan./fev. 2005.

MAMEDE, F. V. et al. O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Escola Anna Nery Rev. Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 466-471, set. 2007.

MAMEDE, F. V. **O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto**. 2005. 100p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Escola Ana Nery Enferm**, v. 11, n. 2, p. 331-336, jun. 2007.

MARTENSSON, L. The patient observer: sterile water injections for labor pain. **BIRTH**, v. 37, n. 4, Dec. 2010, p. 334-336.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Rev. Bras. Gestão de Negócios**, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.

MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; BRIETZKE, E. Assistência ao trabalho de parto. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto diretrizes**. São Paulo: AMB, CFM. p. 1-7.

MAUL, A. An evolutionary interpretation of the significance of physical pain experienced by human females: defloration and childbirth pains. **Med Hypotheses**, v. 69, n. 2, p. 403-409, Fev 2007.

MAZONI, S. R.; CARVALHO, E. C. de. Dor de parto: considerações históricas e conceituais. **Revista Dor**, v. 9, n. 1, p. 1176-1182, jan./mar. 2008.

MAZONI, S. R.; FARIA, D. G. S.; MANFREDO, V. A. Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. **Arquivos de Ciências da Saúde**, FAMERP, v. 16, p. 40-44, 2009.

McCAFFERY, M.; PASERO, C. **Pain: clinical manual**. 2nd ed. St Louis: Mosby, 1999.

McCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1483-1491, jul. 2006.

McCOOI, W. F.; SMITH, T.; ABERG, C. Pain in women's health: a multi-faceted approach toward understanding. **J Midwifery Womens Health**, v. 49, n. 6, p. 473-481, Nov/Dec 2004.

McDONALD, J. S. Pain of childbirth. In: LOESER, J. D. (Ed.). **Bonica's management of pain**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 2001. p. 1388-1414.

McLANE, A. M. Measurement and validation of diagnostic concepts: a decade of progress. **Heart Lung**, v. 16, n. 6, p. 616-624, 1987.

MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes**. 2004. 197f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MELZACK R. The myth of painless childbirth. **Pain**, v. 19, n. 4, p. 321-337 Aug 1984.

MELZACK, R. Labour pain as a model of acute pain. **Pain**, v. 53, n. 2, p. 117-120, May 1993.

MELZACK, R. Pain and the neuromatrix in the brain. **J. Dental Education**, v. 65, n. 12, p. 1378-1382, Dec 2001.

MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**. v. 1, n. 3, p. 277-299, Sep 1975.

MELZACK, R. The short-form McGill pain questionnaire. **Pain**, v. 30, n. 2, p. 191-197, Aug 1987.

MELZACK, R.; BELANGER, E.; LACROIX, R. C. Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. **J. Pain Symptom Manage.**, v. 6, n. 8, p. 476-480, nov. 1991.

MELZACK, R.; WALL, P. Pain mechanisms: a new theory. **Science**. v. 150, n. 3699, p. 971-979, Nov 1965.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Risk factors for cesarean section by category of health service. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1. p. 80-89, 2010.

MENEZES, R. **Em busca da “boa morte”**: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos. 2004. 255f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004

MERSKEY, H. M.; BOGDUK, N. **Classification of chronic pain**. 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994.

MeSH. MEDICAL SUBJECT HEADINGS. **Labor pain**. disponível em: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?Db=mesh&Term=%22Labor,%20Obstetric%20%22\[MESH\]>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?Db=mesh&Term=%22Labor,%20Obstetric%20%22[MESH]>). Acesso em: 11 mar. 2008.

MEYER, M. et al. Intrapartum and postpartum analgesia for women maintained on methadone during pregnancy. **Obstet. Gynecol.**, v. 110, n. 2, p. 261-266, Aug 2007.

MEYR, A. J.; STEINBERG, J. S. The physiology of the acute pain pathway. **Clin Podiatr. Med. Surg.**, v. 25, p. 305–326, 2008.

MILLER, D. A. et al. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. **Obstet. Gynecol.**, v. 89, p. 671-673, 1997.

MILLER, D. A.; DIAZ, F. G.; PAUL, R. H. Vaginal birth after cesarean section: a 10-year experience. **Obstet Gynecol.**, v. 84, p. 255-258, 1994.

MISSANT, C. et al. Intrathecal clonidine prolongs labour analgesia but worsens fetal outcome: a pilot study. **Can J Anaesth.**, v. 51, n. 7, p. 696-701, Aug-Sep. 2004.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende: obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011.

MORSE, J. M. et al. Concept analysis in nursing research: a critical appraisal. **Sch. Inq. Nurs. Pract.**, v. 10, n. 3, p. 252-277, 1996.

MORSE, J. M. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. **ANS Adv. Nurs. Sci.**, v. 17, n. 3, p. 31-46, Mar 1995.

MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 285-293, 2005.

MOURA, F. M. J. S. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, jul./ago. 2007.

MURRAY, E. Controle da dor no trabalho de parto. In: _____. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.169-177.

MYLES, P. S.; URQUHART, N. The linearity of the visual analogue scale in patients with severe acute pain. **Anaesth Intensive Care**, v. 33, n. 1, p. 54-58. Feb 2005

NANDA. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2009-2011**. NANDA International. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NANDA. NANDA INTERNATIONAL. **Nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014**. San Francisco: Wiley, 2012.

NANDA. NANDA INTERNATIONAL. **Nursing diagnoses: definitions and classification 2007-2008**. Philadelphia: NANDA International, 2008.

NANDA. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2005-2006**. NANDA International. Tradução de Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2006.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing: what it is and is not**. Philadelphia: Lippincot Company, 1992.

NEME, B. (Org.). **Neme: obstetrícia básica**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

NIKOLAJSEN, L.; JENSON, T. S. Phantom limb. In: McMAHON, S. B.; KOLTZENBURG M. (Ed.). **Wall and Melzack's textbook of pain**. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Limited, 2006.

NILSEN, E.; SABATINO, H.; LOPES, M. H. B. M. The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth. **Rev. Esc .Enferm. USP**, v. 45, n. 3, p. 557-565, 2011.

NIVEN, C. A.; BRODIE, E. E. Memory for labor pain: context and quality. **Pain**, v. 64, n. 2, p. 387-392, Feb1996.

NIVEN, C.; GIJSBERS, K. A study of labour pain using the McGill Pain questionnaire. **Soc. Sci. Med.**, v. 19, n. 12, p. 1347-1351, 1984.

NIVEN, C.; GIJSBERS, K. Obstetric and non-obstetric factors related to pain. **J. Reprod. Infant. Psychol.**, v. 2, p. 61-78, 1984.

NORMAN, D. et al. Labor epidural anesthetics comparing loss of resistance with air versus saline: does the choice matter? **AANA J**, v. 74, n. 4, p. 301-308, Aug. 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Nursing diagnoses: definitions e classification.** 2007-2008. NANDA Internacional. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NOVATO, T. S.; GROSSI, S. A. A.; KIMURA, M. Qualidade de vida e auto-estima de adolescentes com diabetes mellitus. **Femina**, v. 38, n. 10, p. 528-537, out. 2010.

ODENT, M. Birth under water. **Lancet**, United States, v. 2, p. 1476-1477, Dec. 1983.

ODENT, M. Birth under water: sink or swim. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 102, n. 1, p. 81-82, Jan. 1995.

ODENT, M. Can water immersion stop labor? **J. Nurse Midwifery**, v. 42, p. 414-416, Sep/Oct 1997.

OHEL, I. et al. A rise in pain threshold during labor: a prospective clinical trial **Pain.**, v. 132, Suppl 1, p. S104-S108, Nov 2007.

OLAYEMI, O. et al. Determinants of pain perception in labour among parturients at the University College Hospital, Ibadan. **J. Obstet. Gynaecol.**, v. 25, n. 2, p. 128-130., Fev. 2005.

ONAH, H. E. et al. Pain perception among parturients in Enugu, South-eastern Nigeria. **J. Obstet. Gynaecol.**, v. 27, n. 6, p. 585-588, Aug 2007.

PADUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, fev. 2010, p. 1-9.

PALOMÄKI, O.; HUHTALA, H.; KIRKINEN, P. What determines the analgesic effect of paracervical block?. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 84, n. 10, p. 962-966, Oct 2005a.

PALOMÄKI, O.; HUHTALA, H.; KIRKINEN, P. A comparative study of the safety of 0.25% levobupivacaine and 0.25% racemic bupivacaine for paracervical block in the first stage of labor. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 84, n. 10, p. 956-961, Oct 2005b.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxas de cesáreas em diferentes países. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p.185-194, 2011.

PILEGGI, S. O. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

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

POLES, K. **O desenvolvimento do conceito de morte digna na UTI Pediátrica**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-06052009-121507/>>. Acesso em: 12 mar, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Compreensão do delineamento da pesquisa quantitativa: . In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 163-198.

PONGROJPA, W. D; SOMPRASIT, C.; CHANTHASANANONT, A. The efficacy of lidocaine-prilocaine cream to reduce pain in genetic amniocentesis. **J. Med. Assoc. Thai.**, v. 90, n. 10, p. 1992-1996, Oct 2007.

REISS et al. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. **Behav. Res. Ther.**, v.24, n.1, p.1-8, 1986.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. O parto: estudo clínico e assistência. In: _____. **Obstetrícia fundamental**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 181-212.

RIOS, J. Ontologias: alternativa para a representação do conhecimento explícito organizacional. In: CINFORM – Encontro Nacional de Ciência da Informação, 4, 2005, Salvador. **Anais eletrônicos...** Salvador, 2005. Disponível em: <http://www.cinform.ufba.br/vi_anais/docs/JocelmaRiosOntologias.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2011.

ROBERTSON, A. El dolor en el parto. **Ob. Stare. Primavera**, v. 12, p. 32-39, 2004. Disponível em: <<http://www.obstare.com/varios/revistas/El%20Dolor%20en%20el%20Parto.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

ROELANTS, F.; LAVAND'HOMME, P. M.; MERCIER-FUZIER, V. Epidural administration of neostigmine and clonidine to induce labor analgesia: evaluation of efficacy and local anesthetic-sparing effect. **Anesthesiology**, v. 102, n. 6, p.1205-1210, Jun 2005.

ROGERS, B. L. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. **J. Adv. Nurs.**, v. 14, p. 330-335, Apr. 1989.

ROGET'S II: **The new thesaurus**. Boston: Houghton Mifflin, 1980.

ROWLANDS, S.; PERMEZEL, M. Physiology of pain in labour. **Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol.**, v. 12, n. 3, p. 343-362, 1998.

RUANO, R. et al. Dor do parto: sofrimento ou necessidade?. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2007, v. 53, n. 5, p. 384, 2007.

SANTOS, D. S.; MAZONI, S. R.; CARVALHO, E. C. NANDA'S taxonomy employment in Brazil: integrative review. **Rev. Enferm. UFPE On Line**. v. 3, n. 1, p. 107-113, 2009.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e a puérpera no SUS-SP**: manual técnico do pré natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.

SCHYTT, E.; WALDENSTRÖM, U. Epidural analgesia for labor pain: whose choice? **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 89, n. 2, p. 238-242, 2010.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S.R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. v. 13, n. 4, p. 585-590, 2008.

SILVA, F. M.; OLIVEIRA, S. M.; NOBRE, M. R. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. **Midwifery**, v. 25, n. 3, p. 286-294., Jun 2009.

SILVA, Y. P.; SILVA, J. F.; BARBOSA, F. M. M. História da dor em pediatria: a situação do Brasil. In: _____. **Dor em pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 3-7, 2006.

SMITH, C. A. et al. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. **Cochrane Database Syst Rev**. v. 18, n. 4, CD003521, Oct 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR. **Dor**: introdução. São Paulo. Disponível em: <<http://www.dor.org.br>>. Acesso em: 10 jan. 2007.

SOUZA, M. F. Algumas reflexes sobre o conhecimento em enfermagem. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 365-368, 2004.

SPARKS, S. M.; LIEN-GIESCHEN, T. Modification of the diagnostic content validation, **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 5, n. 1, p. 31-35, jan./mar. 1994.

SPIELBERG, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Inventário de ansiedade traço-estado IDATE**. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.

STRINGER M, HANES L. Hydrotherapy use during labor: an integrative review. **Online J. Knowl. Synth. Nurs.**, v. 6, p. 1, Jan 1999.

SUNDSTRÖM, A. K.; ROSÉN, D.; ROSÉN, K. G. **Vigilância fetal**. Goteburgo: Neoventa, 2000. p. 4-40.

SUPANDJI, M.; SIA, A. T.; OCAMPO, C. E. Ropivacaine and levobupivacaine provide equally effective epidural labour analgesia. **Can. J. Anaesth.**, v. 51, n. 9, p. 918-922. Nov 2004.

TROUT, K. K. The neuromatrix theory of pain: implications for selected nonpharmacologic methods of pain relief for labor. **J. Midwifery Womens Health**, v. 49, n. 6, p. 482-488, Nov/Dec, 2005.

TSENG, Y.; JUU-SU, T. Low back pain during labor and related factors. **J. Nurs. Res.**, v. 16, n. 3, p. 231-241, Sep 2008.

URCH, C. Normal pain transmission. **Reviews in Pain**, v. 1, n. 1, p. 2-6. 2007. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/20255291/Reviews-in-Pain-Issue-1>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

VALLEJO, M. C. et al. Epidural labor analgesia: continuous infusion versus patient-controlled epidural analgesia with background infusion versus without a background infusion. **J. Pain.**, v. 8, n. 12, p. 970-975, Dec 2007.

VEIGA, E. V. **Esfigmomanometria indireta e a prática clínica: reflexões e perspectivas**. 2002. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

VIEIRA JUNIOR, M.; SILVA, W. Analgesia para parto normal. **Prática Hospitalar**, ano 9, n. 59, p. 123-125, set./out. 2008.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 84p.

WAGNER, M. Fish can't see water. The need to humanize birth. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 75, Suppl 1, p. S25-S37, 2001.

WALDENSTRÖM, U.; IRESTEDT, L. Obstetric pain relief and its association with remembrance of labour pain at two months and one year after birth. **J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.**, v. 27, n. 3, p. 147-156, 2006.

WALDENSTRÖM, U.; SCHYTT, E. A longitudinal study of women's memory of labour pain--from 2 months to 5 years after the birth. **BJOG**, v. 116, n. 4, p. 577-583. Mar. 2009.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4th ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 2005.

WEBER, S. E. Cultural aspects of pain in childbearing women. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 25, n. 1, p. 67-72, 1996. Review.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. **Nurs Res**, v. 54, n. 1, p. 56-62, Jan/Feb 2005.

WHITTY, R. et al. Determination of the ED95 for intrathecal plain bupivacaine combined with fentanyl in active labor. **Int. J. Obstet. Anesth.**, v. 16, n. 4, p. 341-345, Oct 2007.

WILSON, J. **Pensar com conceitos**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WINKELMAN, C. et al. Pain measurement during labor: comparing the visual analog scale with dermatome assessment. **Appl. Nurs. Res.**, v. 21, n. 2, p. 104-109, May 2008.

WOOD, S. **Anatomy and physiology of pain**. Disponível em: <<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/1860931.article>>. Acesso em: 14 dez. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 2, n. 8452, p. 436-437, 1985.

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados para análise de conceito.

Referência:
Tipo de publicação:
Qual é a origem da dor de parto?
Definição do conceito:
De que forma a dor de parto está descrita – papéis, habilidades e contexto (antecedentes)? () Estímulo () Dano/lesão
Quais as palavras ou expressões utilizadas para descrever dor de parto (atributos)? () experiência pessoal () desagradável () outra sensação: _____.
O que se pretende atingir com dor de parto (consequências)? () cansativa () dá sentido a vida () interfere com as relações
Referência empírica:

Poles (2008); Mahon (1994) – Adaptado

APÊNDICE B- Instrumento de Coleta de Dados da (Validação por Especialistas).

PARTE 1 – Caracterização dos participantes

Com a finalidade de caracterizar a experiência do especialista na área de interesse, solicitamos sua colaboração respondendo os itens abaixo:

1. Tempo de experiência profissional na área de Enfermagem Obstétrica: ____ano(s).
 2. Experiência no acompanhamento do trabalho de parto: () sim () não
 3. Local de experiência: () hospital/maternidades () Centro de Parto Normal () Casa de Parto () Domicílio
 4. Experiência no Ensino de Enfermagem Obstétrica: () sim () não
 5. Trabalha com diagnósticos de enfermagem da NANDA-I? () Sim* () Não
- * Se sim, especifique a área (pode ser assinalada mais que uma alternativa):

() Ensino () Pesquisa () Assistência

* Se sim, especifique o tempo de experiência com diagnósticos de enfermagem:

() Menos de 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () Mais de 5 anos

6. Titulação acadêmica (Strictu sensu):

() Mestrado – Tema da dissertação: _____.

() Doutorado – Tema da tese: _____.

() Pós-Doutorado – Tema: _____.

() Livre Docência – Tema: _____.

4. Realizou/Publicou ou realiza trabalhos científicos que abordam o tema “Diagnóstico de Enfermagem?”

() Sim* () Não

* Se sim, assinale a classificação do trabalho (pode ser mais de 1 item assinalado):

() Dissertação de Mestrado () Tese de Doutorado

() Publicação de artigos em periódicos/revistas

() Publicação de trabalhos científicos em anais de congressos e outros eventos

() Apresentação de trabalhos em eventos científicos

() Outros. Especifique: _____.

5. Realizou/Publicou ou realiza trabalhos científicos que abordam o tema “Dor de Parto”? () Sim* () Não

* Se sim, assinale a classificação do trabalho (pode ser mais de 1 item assinalado):

() Dissertação de Mestrado () Tese de Doutorado

() Publicação de artigos em periódicos/revistas

() Publicação de trabalhos científicos em anais de congressos e outros eventos

() Apresentação de trabalhos em eventos científicos

() Outros. Especifique: _____.

PARTE 2 – Elaboração e Validação do Diagnóstico de Enfermagem “Dor de Parto”

Após a realização da Análise de Conceito referente ao fenômeno ***dor em situação de parto***, que compôs a primeira etapa deste estudo e forneceu subsídios para a elaboração do presente instrumento, estamos validando a proposta do Diagnóstico de Enfermagem “Dor de Parto”, e para tanto, contamos com sua valiosa contribuição para esta validação de conteúdo, que caracteriza a segunda etapa (Validação por Especialistas) do estudo.

Para sua compreensão do fenômeno DOR DE PARTO e a sua possível diferenciação do diagnóstico DOR AGUDA, inicialmente solicitamos sua leitura para a definição deste diagnóstico como das definições relacionadas à “Dor de Parto” contendo antecedentes, atributos e consequências bem como, da definição de Trabalho de Parto.

Pedimos por gentileza, que retorne às definições sempre que julgar necessário.

Dor Aguda (Definição)

a) “Experiência sensorial e emocional desagradável que surge da lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); de início súbito ou lento, de intensidade leve à intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.” (NANDA-I, 2010, p.375).

Fatores relacionados para o Diagnóstico de Enfermagem Dor Aguda

b) “Agentes de lesão (exemplos: biológicos, físicos, psicológicos)” (NANDA-I, 2010, p.375).

Dor de Parto (definições)

c) “Dor associada com trabalho de parto durante o parto. É causada, inicialmente por contrações uterinas, bem como pressão no colo, bexiga e trato gastrointestinal. A dor do parto ocorre, na maioria das vezes, no abdome, virilha e costas.” (DeCS, 2008a).

d) A “Dor Aguda” no “parto normal” está associada à presença de “contrações uterinas, estiramento do cervix e do canal vaginal” (ACKELEY; LADWIG, 2008; p.67).

e) “Dor de parto é um fenômeno que está incorporado na própria natureza da existência humana e nas relações entre todos nós. Ao contrário de outras experiências de dor aguda e crônica, dor de parto não está associada com a patologia, mas com o mais básico e fundamental, experiência de vida [...]”(LOWE, 2002; p.S16). [...] é o resultado de muitas interações complexas, tanto fisiológicas e psicológicas, quanto excitatórias e inibitórias. Embora os mecanismos neurais sejam semelhantes a outras formas de dor aguda, há uma série de fatores que são únicas para a dor do parto. (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; p.347).

f) A dor na situação de parto é o fenômeno do trabalho de parto (DAVIM, TORRES; DANTAS, 2008; REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2006) e ocorre na fase latente, fase ativa inicial e fase ativa tardia do trabalho de parto (TSENG; JUU-SU, 2008). O período premonitório inicia-se com a adaptação do pólo proximal ao estreito superior da bacia podendo ocasionar as dores lombares (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2006). Durante o

primeiro estágio do trabalho de parto ocorre o esvaecimento do colo que são as causas do incomodo, desconforto ou dor (MACEDO, 2007).

g) A dor é causada inicialmente por contrações uterinas (DeCS, 2008a; MC CALLUM; REIS, 2006); durante o primeiro estágio do trabalho de parto, os impulsos nociceptivos são resultantes da isquemia nas células do miométrio por estarem contraídas (LOWE, 1996). No segundo estágio do trabalho de parto, a distensão do segmento uterino baixo e do cervix continuam a causar dor com uma distribuição semelhante a do primeiro estágio; pressão crescente é exercida pela apresentação fetal no interior da pelve (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

h) A origem e a transmissão da dor de parto estão associadas aos estímulos sensoriais (LOWE, 2002), que podem ser evidentemente percebidos pela parturiente (MAZONI; CARVALHO, 2008). A percepção de dor dependerá de um neurosinal modulado por eventos cognitivos, estresse físico, psicológico ou por mecanismos regulatórios (MELZACK, 2001). Mediadores químicos inflamatórios (prostaglandinas, citocinas, granulócitos e enzimas assim como metaloproteínas e integrinas) resultantes da reação inflamatória, amadurecimento e remodelação do colo do útero, ativam as fibras nervosas nociceptivas (KOJIC et al., 2007).

i) Dor de parto: Sensação de dor de maior gravidade e frequência, associada à contrações uterinas e dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto (CIPE, 2007).

Trabalho de parto (Definição)

j) Contração uterina repetitiva durante o parto, associada com a dilatação progressiva do colo do útero. Um trabalho de parto bem sucedido resulta na expulsão do feto e placenta. O trabalho de parto pode ser espontâneo ou induzido (DeCS, 2008c). Compõe-se das fases latente, bem como ativa (período de dilatação) a finalizar-se com o período de expulsão.

Ao término da leitura e da análise, assinale com um X uma das alternativas das questões apresentadas

Responda ao item de nº1

1. A definição do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda (NANDA-I, 2009-2011) contempla o fenômeno da <i>Dor em situação de parto</i> . (reveja as definições a, c, d, e, f, g, h e i.)		
☐ Concordo	☐ Discordo *	☐ Não sei
Comentários:		

* Se discorda no item nº1, responda à afirmação abaixo.

2. A definição abaixo retrata o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto . <i>“Experiência sensorial e emocional que varia de desagradável à prazerosa e ocorre durante o trabalho de parto e parto, que resulta de interações complexas e surge da adaptação do pólo fetal ao estreito superior da pelve, de contrações uterinas e distensão cervical, variando de leve a intensa, com tendência a aumentar a intensidade e</i>
--

frequência do início do período de dilatação ao período de expulsão. Pode provocar estresse fisiológico generalizado e experiências obstétricas traumáticas.”		
☐ Concordo	☐ Discordo	☐ Não sei
Comentários:		

Responda ao item nº3

3. Os fatores relacionados citados pela NANDA (2009-2011) para o diagnóstico de enfermagem Dor Aguda são: agentes de lesão (exemplos: biológicos, físicos, psicológicos). Estes fatores relacionados são agentes causais do fenômeno da <i>Dor em situação de parto</i> ? (reveja a definição do item b e j).		
☐ Concordo	☐ Discordo *	☐ Não sei
Comentários:		

* Caso você respondeu “discordo” no item nº3, responda as questões a seguir:

4. Os fatores relacionados propostos para o diagnóstico de enfermagem Dor de Parto estão descritos abaixo, a frente de cada item, assinale:
1- Fase latente do trabalho de parto ☐ concordo ☐ discordo ☐ não sei
2- Fase ativa do trabalho de parto (período de dilatação) ☐ concordo ☐ discordo ☐ não sei
3- Período de expulsão ☐ concordo ☐ discordo ☐ não sei
Acrescente abaixo outros fatores relacionados que julgar necessário:

Responda ao item nº5

5. O Diagnóstico de Enfermagem Dor de Parto pertencerá ao Domínio 12 – Conforto (Sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou emocional) e à Classe 1 – Conforto físico (Sensação de bem-estar ou tranquilidade e/ou estar livre da dor) (NANDA-I, 2009-2011).		
☐ Concordo	☐ Discordo *	☐ Não sei
* Caso discorde, sugira um Domínio e uma Classe pertencente à NANDA-I (2009-2011) em que o diagnóstico poderá ser inserido:		

Se você considerou que **dor de parto** retrata um fenômeno de enfermagem que se caracteriza como um novo diagnóstico, responda a parte 3 deste instrumento.

Parte 3 – Validação das características definidoras para o Diagnóstico de Enfermagem Dor de Parto

A seguir você deverá assinalar com um “X”, de acordo com sua percepção quanto à pertinência de cada característica definidora para o diagnóstico de enfermagem **Dor de Parto**, cuja definição estará na parte superior do instrumento; sendo assim deverá assinalar apenas uma possibilidade para a pertinência de cada característica definidora nas escalas tipo Likert com questões que variam de “não característico” a “muitíssimo característico” e com itens intermediários “muito pouco característico”, “de algum modo característico”, “muito característico”.

Caso queira acrescentar um novo indicador clínico para o diagnóstico de enfermagem **Dor de Parto** e colocar sua pertinência, por favor, acrescente no final deste instrumento. Obrigada!

DOR DE PARTO

“Experiência sensorial e emocional que varia de desagradável à prazerosa e ocorre durante o trabalho de parto e parto, que resulta de interações complexas e surge da adaptação do pólo fetal ao estreito superior da pelve, de contrações uterinas e distensão cervical, variando de leve a intensa, com tendência a aumentar a intensidade e frequência do início do período de dilatação ao período de expulsão. Pode provocar estresse fisiológico generalizado e experiências obstétricas traumáticas.”

1- Alteração do tônus muscular

Definição - Aumento do estado de tensão permanente dos músculos, de origem reflexa que se caracteriza por dificuldade e resistência ao movimento passivo de grupos musculares (hipertonia) (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: pode ser identificado pelo método de observação e semiotécnicas de inspeção e palpação (BICKLEY, 2005), podendo variar de relaxado a rígido (NANDA-I, 2010).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() Muitíssimo característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

2- Alterações de pressão sanguínea

Definição - Alteração dos níveis de pressão sanguínea basal do indivíduo pela liberação de catecolaminas com aumento da contratilidade cardíaca por estímulo da atividade simpática como resposta ao fenômeno doloroso. (CORRÊA, 1997). Considera-se Pressão Arterial Média (PAM) normal valores entre 70 e 105 mmHg (ALVES; FIORELLI, 2001). Durante o trabalho de parto, a pressão arterial sistólica eleva-se de 15 a 20 mmHg e a diastólica de 10 a 15 mmHg (BROWNDGE, 1995; PICON; AYALA SÁ de, 2005); pode apresentar variações sistólicas entre + 13 e + 35 mmHg e diastólica entre + 5 e + 25mmHg durante as contrações (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2006).

Definição operacional: podem ser verificadas pelo método indireto, casual ou intermitente do tipo auscultatório, utilizando-se os esfigmomanômetros de coluna de mercúrio ou aneróide, considerando os seguintes critérios: gestante em decúbito lateral esquerdo e membro superior a ser mensurado ao nível do coração; repouso mínimo anterior à aferição de 5 – 10 minutos; ambiente calmo com temperatura agradável (VEIGA, 2003).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

3- Alterações na frequência cardíaca

Definição - Alteração da frequência dos batimentos cardíacos acima do valor basal do indivíduo em repouso devido ação das catecolaminas na resposta do fenômeno doloroso. (CORRÊA, 1997). Pode ocorrer o aumento da frequência cardíaca em resposta ao estresse fisiológico provocado pelas contrações uterinas (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; BROWNRIDGE, 1995).

Definição operacional - A frequência cardíaca normal de um adulto em repouso pode variar entre 60 e 100 batimentos por minutos (CORRÊA, 1997), este parâmetro vital pode ser identificado pelos métodos de observação e mensuração, utilizando-se das semiotécnicas de palpação (pulsos radial, braquial, inguinal, poplíteo ou pedioso) ou ausculta (pulso apical) (BICKLEY, 2005; BARROS et al., 2002).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

4- Alterações da frequência respiratória

Definição - Alteração na frequência respiratória normal do indivíduo adulto em relação a frequência basal em repouso que gira em torno de 15 movimentos respiratórios por minuto no indivíduo adulto (CORRÊA, 1997). Pode ocorrer o aumento da frequência respiratória em resposta ao estresse fisiológico provocado pelas contrações uterinas (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; BROWNRIDGE, 1995).

Definição operacional – Os valores em um indivíduo normal pode variar entre 14 e 20 incursões por minutos. O parâmetro vital identificado pelos métodos de observação e mensuração e semiotécnicas de inspeção e ausculta (BICKLEY, 2005; BARROS et al., 2002).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

5- Comportamento de distração

Definição - Alteração do comportamento observado na presença do fenômeno doloroso (CORRÊA, 1997); estado em que a atenção está dividida entre várias ações.

Definição operacional – Identificado pelo método de observação, utilizando-se da semiotécnica de inspeção (BICKLEY, 2005; BARROS et al., 2002). Pode-se observar o indivíduo a andar de um lado para o outro, procurar outras pessoas e/ou atividades e desenvolver atividades repetitivas) (NANDA-I, 2010).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

6- Gestos protetores/Comportamento de defesa

Definição - Comportamento físico de proteção da área afetada que acompanha a dor como resposta ao medo ou reação de defesa e fuga (CORRÊA, 1997).

Definição operacional – Identificados por meio do método de observação e semiotécnica de inspeção (BICKLEY, 2005; BARROS et al., 2002). Pode-se observar indivíduo estático, rígido, com membros flexionados, tocando ou segurando a região afetada (CORRÊA, 1997).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

7- Foco em si próprio

Definição - Referência verbal de que o indivíduo tem consciência apenas da área que está provocando a sensação opressiva e o senso de ser está obscurecido ou indistinto pela dor (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

8- Dilatação pupilar

Definição - Aumento do diâmetro pupilar maior ou igual a 5 mm por excitação da parte simpática do sistema nervoso (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identifica-se pelo método de observação e semiotécnica de inspeção (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

9- Distúrbio do sono

Definição - Referência verbal de estado no qual o indivíduo experimenta uma mudança na quantidade e qualidade do sono relacionado às suas necessidades biológicas e emocionais, caracterizado por dificuldade em adormecer ou sono interrompido, fadiga e sonolência durante o dia, alterações de humor e despertar cansado (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação e observação (BICKLEY, 2005). Podem-se verificar olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, caretas (NANDA-I, 2010).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() Muitíssimo característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

10- Náuseas

Definição - Sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de (NANDA-I, 2010). Pode ser ocasionada pelas alterações pela diminuição da motilidade gastrointestinal e alterações neuroendócrinas (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; BROWNRIDGE, 1995).

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação e observação (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() Muitíssimo característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

11- Vômitos

Definição - Pode ser ocasionada pelas alterações pela diminuição da motilidade gastrointestinal e alterações neuroendócrinas (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; BROWNRIDGE, 1995). Eliminação do conteúdo do estômago através da boca.

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação e observação (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() Muitíssimo característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

12- Inapetência

Definição - Refere-se à falta de apetite; anorexia (FERREIRA, 1999). Embora a anorexia seja palavra sinônima, esta está caracterizada por “[...] quadro mórbido em que o indivíduo diminui a quantidade de alimentos” ingeridos, frequentemente eliminando aqueles ricos em calorias, por meio de uma dieta rígida auto-imposta, que alterna com crises de bulimia e vômitos ou tomada de purgativos. (HOUAISS, 2003, P.227).

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação e observação da recusa alimentar (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() Muitíssimo característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

13- Apetite aumentado

Definição - Refere-se a ter apetite; vontade de comer (FERREIRA, 1999), além dos padrões calóricos diários.

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação e observação do padrão alimentar diário (BICKLEY, 2005)

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

14- Constipação

Definição - Referência verbal de diminuição da frequência ou quantidade de fezes eliminadas, considerando o padrão usual de eliminações do indivíduo (CORRÊA, 1997); à observação verifica-se fezes endurecidas eliminadas sob excessivo esforço.

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação e observação das evacuações quanto à frequência e consistência das fezes eliminadas (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

15- Diarréia

Definição - Referência verbal de alteração no padrão usual da função intestinal com passagem aumentada ou frequente de fezes não formadas, considerando-se o padrão usual de eliminações do indivíduo (CORRÊA, 1997); com eliminação de fezes soltas e não formadas (NANDA-I, 2010).

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação e observação das evacuações quanto à frequência e consistência das fezes eliminadas (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

16- Evidência observada de contração uterina

Definição - Define-se pela contração do músculo uterino (miométrio) (DeCS, 2008d). O útero é órgão único e central constituído de estrutura muscular lisa, tecido conjuntivo e colágeno. Apresenta características de sensibilidade, excitabilidade, elasticidade, tonicidade e contratilidade. A contração resulta do estiramento e injúria que causam a consequente excitação das fibras aferentes nociceptivas (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; LOWE, 1996; NEME, 2005); substâncias liberadas do desarranjo celular miometrial durante as repetidas contrações levam a estimulação quimioceptora - liberam bradicinina, histamina, serotonina, acetilcolina e íons de potássio, substâncias produtoras de dor. Um mecanismo envolvido nestas respostas celulares pode ser uma isquemia causada por constrição e contração das artérias que suprem o músculo uterino (LOWE, 1996). A contração uterina pode apresentar alterações evidentes na sua intensidade, frequência, duração e coordenação (NEME, 2005). A CIPE (2007, p.71) define contração uterina como sendo “[...] endurecimento rítmico e doloroso da musculatura do segmento superior do útero durante o trabalho de parto; começa com moderação tornando-se gradualmente mais intensa; pode ocorrer com frequências tão curtas quanto de dois em dois minutos e com duração superior a um minuto; “[...] pressão rítmica e dolorosa da musculatura do segmento uterino durante o

nascimento; ocorrendo frequentemente a cada dois minutos e durando mais de um minuto com a função de dilatar, diminuir o tamanho e dilatar por completo o útero para facilitar a descida fetal.” (CIPE, 2007; p.81).

Definição operacional: identifica-se pelo exame clínico do tipo dinâmica uterina (DU) que compreende a avaliação do tono, frequência, duração e intensidade das contrações num período de dez minutos (DENIPOTE, 2009); e por meio de cardiotocografia (CTG), esta consiste no registro concomitante de contrações uterinas, movimentos fetais e frequência cardíaca fetal. A CTG possibilita a interpretação dos registros que incluem a avaliação da frequência cardíaca basal, a variabilidade, a presença de acelerações e desacelerações na frequência cardíaca fetal, a partir da linha de base e da presença de contrações. Sendo objeto de estudo, a contração do útero, avalia-se a frequência, duração e coordenação das contrações, podendo também ser extraído pelo método computadorizado (COSTA, 2006). A monitoração poder ser por via direta ou indireta. O toco registra a o tono uterino e amplitude de pressão intrauterina provocada pelas contrações e que compõem a atividade uterina (SUNDSTRÖM; ROSÉN; ROSÉN, 2000).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

17- Foco estreitado

Definição - É a percepção do tempo alterada, processos de pensamentos prejudicados, interações reduzidas com pessoas e o ambiente (NANDA-I, 2010). Relato de que o indivíduo mantém-se concentrado em si mesmo com incapacidade de interagir com o ambiente que o cerca; sobre o afastamento do contato social, refere-se à dificuldade de manter relacionamentos com outros “[...] em função de desgaste físico e emocional causado pela dor, com tendência crescente ao isolamento; sobre o processo de pensamento prejudicado é o relato de alteração no processo de pensamento que envolve principalmente dificuldade de concentração em vigência de dor podendo surgir alucinações e confusão mental; sobre a percepção de tempo alterada, refere-se ao estado em que o indivíduo apresenta incapacidade de se orientar no tempo e espaço” (CORRÊA, 1997; p.109).

Definição operacional: identificado pelo método de interação (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

18- Diaforese

Definição – Sudorese excessiva; transpiração ou perspiração abundante, profusa e visível (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identificada pelo método observacional (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

19- Relato verbal ou codificado

Definição conceitual - Informação fornecida pelo cliente por meio da comunicação não verbal de dor. A resposta verbal pode ser espontânea ou solicitada e referir aspectos sensoriais emocionais e cognitivos para caracterizar

a experiência dolorosa, também pode ser caracterizado pelo uso de adjetivos que descrevem a dor sentida. (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identificado pelo método de interação (BICKLEY, 2005). Pode-se utilizar a Escala Analógico-Visual (VAS), Escala Descritiva Simples de Intensidade de Dor, Escala Numérica de 0 – 10 de Intensidade de Dor ou Escala Facial para avaliação da intensidade de dor (McCAFFERY; PASERO, 1999); McGill Pain Questionnaire (Localização/Descritores de Dor) (MELZACK, 1975).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

20- Comportamento expressivo

Definição - Por exemplo: agitação, gemer, chorar, vigilância, suspirar, irritabilidade (NANDA-I, 2010); sobre a irritabilidade, é o estado de hipersensibilidade à estimulação, onde estímulos normalmente aceitáveis provocam reações emocionais de cólera ou temor; inquietação é a tendência a trocar de movimentos de modo constante e sem finalidade (CORRÊA, 1997). Na dor de parto pode gerar desgaste, exaustão, sofrimento, nervosismo, tensão, descontrole, agitação, agressividade, raiva, preocupação, medo e ao mesmo tempo prazer (MACEDO, 2007), aflição e experiência obstétrica negativa no trabalho de parto (TSENG & JUU-SU, 2008)

Definição operacional: identificada pelo método de observação e interação (escuta e análise do discurso (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

21- Expressão facial de dor

Definição - Comportamento físico caracterizado por olhar abatido, expressão de fadiga, feição oprimida, musculatura da mandíbula contraída, dentes cerrados, sobrancelhas atadas (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identificada pelo método de observação (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

22- Evidencia observada de dor

Definição - Localização mais frequente da dor de parto (abdome, baixo ventre, virilha e costas). No primeiro estágio do trabalho de parto (abdome, região lombar inferior e sacral superior) e no segundo estágio do trabalho de parto (períneo, ânus e reto, podendo também ser sentida nas coxas e pernas) (DeCS, 2008a; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; LOWE, 2002; 1996; 1987).

Definição operacional: identificada pelo método de interação (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

23- Disposição para Enfrentamento aumentado

Definição – É um padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com demandas que é suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado (NANDA-I, 2010). No caso da dor de parto, esta envolve aspectos relacionados à maternidade, como sendo o marco inicial, suas consequências variam do sofrimento ao prazer e realização pessoal, com relação entre satisfação e dor de parto que envolve complexidade (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008; RUANO et al., 2007; HODNETT, 2002).

Definição operacional: identificada pelo método de observação e interação (BICKLEY, 2005). Uso de escalas como a Escala Toulousaine de Estresse (ETS) (CHAMON, 2006).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

24- Posição antálgica para evitar dor

Definição - Postura física assumida pelo indivíduo, caracterizada pela posição fetal, isto é, com os joelhos flexionados em direção ao abdome (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identificada pelo método de observação (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

25- Enfrentamento Ineficaz

Definição – Incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis (NANDA, 2009). No caso da dor de parto, esta envolve aspectos relacionados à maternidade, como sendo o marco inicial, suas consequências variam do sofrimento ao prazer e realização pessoal, com relação entre satisfação e dor de parto que envolve complexidade (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008; RUANO et al., 2007; HODNETT, 2002).

Definição operacional: identificada pelo método de observação e interação (BICKLEY, 2005). Uso de escalas como a Escala Toulousaine de Estresse (ETS) (CHAMON, 2006).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

26- Ansiedade

Definição - Relato de estado de ansiedade caracterizado por sentimento subjetivo, conscientemente percebido de apreensão ou tensão, associado à ativação ou alerta da parte autônoma do sistema nervoso (CORRÊA, 1997). No trabalho de parto, geralmente é secundária à dor e não o contrário. Uma vez que a dor é abolida, o medo e a ansiedade são variavelmente atenuados (BROWNRIDGE, 1995). Por outro lado, a ansiedade durante a gravidez pode ser um preditor para uma experiência de dor máxima no trabalho de parto (LANG et al., 2006).

Definição operacional: mensurada pela Anxiety Sensitivity Index (ASI) (REISS; PETERSON; GURSKY MCNALLY, 1986). Inventário de ansiedade traço - estado: IDATE (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) (SPIELBERG; GORSUCH; LUSHENE, 1979).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

27- Alteração da função urinária

Definição – O aumento da concentração de noradrenalina, mediador químico liberado pelas terminações nervosas simpáticas, exerce efeito vasoconstritor, especialmente sobre a arteríola aferente. Portanto, alteração da parte autônoma do sistema nervoso tem o poder de aumentar a vasoconstrição nesta arteríola e provocar a redução da pressão de filtração glomerular. O reflexo de micção é autonômico e aumento da concentração dos hormônios adrenocorticotróficos pode causar a retenção urinária (GUYTON; HALL, 2002; BROWNDGE, 1995; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

Definição operacional: identificada pelo método de observação e mensuração (BICKLEY, 2005).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

28- Alteração da função neuroendócrina

Definição conceitual - Derivados do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) são liberados pela pituitária em resposta à dor. Ocorre aumento progressivo do Beta Endorfina Plasmático que se correlaciona com a intensidade de dor e dilatação cervical. Os níveis de cortisol plasmático aumentam, entretanto ansiedade pode contribuir para a resposta pituitária à dor. A medula adrenal libera elevadas concentrações de noradrenalina e adrenalina em resposta à dor de parto (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

Definição operacional: dosagem das concentrações plasmáticas de ACTH (ALMEIDA et al, 2005a; 2005b).

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

O espaço abaixo está reservado para a inclusão de novas características definidoras que julgar oportuno inserir.

29- Característica definidora:- _____

Definição sugerida:

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

30- Característica definidora:- _____

Definição sugerida:

() Não característico	() Muito pouco característico	() De algum modo característico	() Muito característico	() MUITÍSSIMO característico
------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

Grata pela sua colaboração!

Pesquisadora: Simone Roque Mazoni

Doutoranda pelo Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem EE/EERP-USP

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Especialista) - TCLE

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2011.

Prezado (a) Sr. (a)

Estamos realizando o projeto de doutorado **“Elaboração e Validação do Diagnóstico de Enfermagem Dor de Parto”**, vinculado ao Programa Interunidades de Doutorado, com os objetivos de: elaborar e validar o diagnóstico de dor para parturientes; nesta fase, busca-se analisar a opinião dos especialistas quanto a pertinência da construção do título Dor de parto e de sua definição, diferenciando-o do diagnóstico já existente na Taxonomia da NANDA International (2009-2011), Dor Aguda; também é objetivo validar as características definidoras para a dor em situação de parto.

Gostaríamos de esclarecer que asseguramos total sigilo sobre a sua identidade e que tem o direito de deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para si mesmo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações desde a presente data.

Caso concorde em participar deste estudo, solicitamos o preenchimento dos dados abaixo:

Eu, _____ RG n°: _____, abaixo assinado, tendo recebido todas as informações acima e ciente de todos os meus direitos conforme relacionados, concordo em participar da pesquisa **“Elaboração e Validação do Diagnóstico de Enfermagem Dor de Parto”**.

Local, Data_____
Assinatura da voluntária

Pesquisadora: Simone Roque Mazoni
Doutoranda do Programa Interunidades de
Doutorado em Enfermagem EE/EERP-USP
Celular:
Telefone residencial:
e-mail: simazoni@usp.br

APÊNDICE D - Instrumento de coleta de dados para validação clínica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem dor de parto

Número: _____. Data da coleta de dados: ____/____/____. Horário: ____h ____minutos.

A-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PARTURIENTE

A1-DADOS PESSOAIS

1-Data de admissão (Pré-Parto): ____/____/____. 2-Horário: ____h ____minutos. 3-Idade: ____anos e ____meses.

4-Estado conjugal: () com companheiro () sem companheiro. 5-Procedência: _____. 6-UF: _____.

7-Nacionalidade: _____. 8-Ocupação/Profissão: _____. 9-Tempo de atuação: _____.

10-Escolaridade/Ensino: () Fundamental* () Médio*: _____ () *Superior: _____.

() Pós-Graduação*: _____.

() *Completo (a) () *Incompleto (a).

11-Renda familiar aproximada (em R\$): _____. Número de pessoas que vivem com a renda: _____.

12-Etnia: () Branco/Caucasiano () Afro-descendente () Asiático.

A2-MOTIVO DE BUSCA DO ATENDIMENTO: _____.

A3-HISTÓRIA DA QUEIXA ATUAL: _____.

A4-HÁBITOS DE VIDA: _____.

A5-MEDICAÇÕES ATUAIS PRESCRITAS: _____.

B-NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

B1-PERCEPÇÃO SENSORIAL

1-Antecedentes familiares de doenças que causam dores ou ausência de dores? () S* () N

2-*quem e qual? _____. 3-Local: _____.

4-Antecedentes pessoais de doenças que causam dores ou ausência de dores? () S* () N

5-Qual? _____. 6-Local: _____.

7-Há quanto tempo apresenta esses sintomas/ou essa doença? _____. 8-Faz ou fez tratamento? () S () N.

9-Medicamento de uso diário/Dosagem/Cirurgia: _____.

10-De todas as dores que você já sentiu, qual foi a de maior intensidade? _____.

11- Numa escala de 0 a 10, qual a nota que você atribui à dor que você citou? _____. 12-Você está sentindo dor? () S* () N.

13-Local: _____. 14-Há quanto tempo? _____.

15-Como é essa dor? _____.

16-Numa escala de 0 a 10, qual a nota que você atribui à dor sentida? _____.

17-Anamnese (continuação) e Exame físico:

Acuidade visual: _____.

Acuidade auditiva: _____.

Acuidade Olfativa: _____.

Acuidade Gustativa: _____.

Percepção tátil: _____.

B2-SEXUALIDADE/REPRODUÇÃO

Perfil de assistência obstétrica

1-Fez pré-natal? () S* () N. 2-Cartão da Gestante: () S () N. 3-Data (1º Consulta Pré-Natal): __/__/____.

4-Com Idade Gestacional: ____ semanas e ____ dias. 5-Nº de consultas pré-natais: ____.

6-Recebeu informações sobre o parto normal?: () S* () N. 7-*Informante/local: _____.

8-Recebeu informações sobre dor de parto?: () S* () N. 9-*Informante/local: _____.

10-Parto de sua preferência: () Normal () Cesáreo. 11-Justificativa: _____.

Antecedentes pessoais reprodutivos

1-Antecedentes familiares de problemas obstétricos/ginecológicos? () S* () N. 2-*Quem e qual? _____.

3-Antecedentes pessoais de problemas obstétricos/ginecológicos? () S* () N. 4-* Qual? _____.

5-Antecedentes pessoais de dores ginecológicas/obstétricas: () Dismenorréias () Enxaqueca () Dispareunia () Dor de parto
() Outra, citar: _____.

6-Menarca: _____. 7-Ciclo menstrual a cada ____ dias, com duração de ____ dias em ____ quantidade.

8-Início da vida sexual: _____. 9-Atividade sexual durante a gestação: () S* () N. 10-*Frequência: () Diária () semanal () Mensal.

11-Relação sexual no último trimestre? () S () N. 12-nº de gestações: _____. 13-Paridade: ____ 14-Aborto: _____.

15-Parto Cesáreo _____. 16-Parto Normal: _____. 17-Gestação gemelar: () S () N. 18-Parto Distócico: () S* () N.

19-*Intercorrência: _____.

19-Último intervalo interpartal: ____ 20-Data da última menstruação (DUM): ____/____/____. 20-Certeza: () S () N.

21-Uso prévio de anovulatório? () S* () N. 22-Tempo de uso: _____.

Exame Físico Obstétrico

- Ir para Tópico **E-AVALIAÇÃO CLÍNICA DE DOR EM FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO** após necessidades psicossociais.

C-NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

C1-SEGURANÇA

1-Presença de acompanhante: () S* () N. 11-*Grau de parentesco: _____.

D-AVALIAÇÃO CLÍNICA DE DOR EM FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO

D1-PRIMEIRA AVALIAÇÃO (FASE ATIVA INICIAL)

Inclusão: DU $\geq$ 3 contrações/60"/10' e DC $\geq$ 4 centímetros e menor que 8 centímetros. **Horário:** ____ h ____ minutos.

1-Altura uterina: ____ cm. 2-DUM: ____/____/____.

3-Idade Gestacional (IG): ____ semanas e ____ dias. 4-IG (US): ____ semanas e ____ dias.

5-Data Provável de Parto (DPP): ____/____/____. DPP (US): ____/____/____. 6-Infusão de ocitocina: () S () N.

7-Outros medicamentos: () S* () N. 8-*Quais? _____.

9-Dieta: () S* () N. 10-Tipo de dieta: _____. 10-Deambulação: () S () N. 11-Outras técnicas alternativas? _____.

12-Dinâmica Uterina: ____ contrações/Durações: 1° _ seg. 2° _ seg. 3° _ seg. 4° _ seg. 5° _ seg. 13-Intensidade: () L () M () I

14-Estática fetal – Atitude: _____. Situação: () Longitudinal () Transversa () Oblíqua ou inclinada.

Apresentação: () Cefálica () Pélvica

Observações: _____.

15-Ausculda fetal – Feto 1: ____ bat./min.

16-Dilatação cervical: ____ cm. 17-Plano de De lee: _____.

18-Bolsa: () Íntegra () Rompida*. 19-Forma de rompimento: () Natural () Artificial.

20-Líquido amniótico: _____.

21-Outros dados dignos de notas: _____.

IDENTIFICAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

1-Evidência observada de contração uterina

Definição - Contração do músculo uterino (miométrio) (DeCS, 2008a). O útero é constituído de estrutura muscular lisa, tecido conjuntivo e colágeno. Apresenta características de sensibilidade, excitabilidade, elasticidade, tonicidade e contratilidade. A contração resulta do estiramento e injúria que causam a consequente excitação das fibras aferentes nociceptivas (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; LOWE, 1996; NEME, 2005); substâncias liberadas do desarranjo celular miometrial durante as repetidas contrações levam a estimulação quimioceptora - liberam bradicinina, histamina, serotonina, acetilcolina e íons de potássio, substâncias produtoras de dor. Um mecanismo envolvido nestas respostas celulares pode ser uma isquemia causada por constrição e contração das artérias que suprem o músculo uterino (LOWE, 1996). A contração uterina pode apresentar alterações evidentes na sua intensidade, frequência, duração e coordenação (NEME, 2005). “[...] pressão rítmica e dolorosa ocorre frequentemente a cada dois minutos e dura mais de um minuto com a função de dilatar por completo o útero para facilitar a descida fetal.” (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2006).

Definição operacional: identifica-se pelo exame clínico do tipo dinâmica uterina (DU) que compreende a avaliação do tono, frequência, duração e intensidade das contrações num período de dez minutos (DENIPOTE, 2009); e por meio de cardiotocografia (CTG), esta consiste no registro concomitante de contrações uterinas, movimentos fetais e frequência cardíaca fetal. A CTG possibilita à interpretação dos registros que incluem a avaliação da frequência cardíaca basal, a variabilidade, a presença de acelerações e desacelerações na frequência cardíaca fetal, a partir da linha de base e da presença de contrações. Sendo objeto de estudo, a contração do útero, avalia-se a frequência, duração e coordenação das contrações, podendo também ser extraído pelo método computadorizado (COSTA, 2006).

() Ausente () Presente

Dinâmica Uterina: __ contrações/Durações: 1° __ min./seg (EVA* __/APU** = __); 2° __ min./seg (EVA* __/ APU** __); 3° __ min./seg (EVA* __/ APU** __); 4° __ min./seg (EVA* __/ APU** __); 5° __ min./seg (EVA* __/ APU** __).

*EVA = Escala Analógica Visual

**APU = amplitude de pressão intrauterina.

*Anexar representação gráfica por meio de cardiotocografia com utilização da EVA no momento dos picos de contrações (APU). Registrar valores.

2-Alteração do tônus muscular

Definição - Aumento do estado de tensão permanente dos músculos, de origem reflexa que se caracteriza por dificuldade e resistência ao movimento passivo de grupos musculares (hipertonía) (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: pode ser identificado pelo método de observação e semiotécnica de palpação (à percepção tátil) (BICKLEY, 2005), podendo variar de relaxado a rígido (NANDA-I, 2010).

() Ausente () Presente

Localização (percebida pelo examinador): _____.

Amplitude de pressão intrauterina/contrações (TU/C) (cardiotocografia): 1° __ mmHg, 2° __; 3° __; 4° __; 5° __.

3-Comportamento expressivo

Definição - Por exemplo: agitação, gemer, chorar, vigilância, suspirar, irritabilidade (NANDA-I, 2010); sobre a irritabilidade, é o

estado de hipersensibilidade à estimulação, onde estímulos normalmente aceitáveis provocam reações emocionais de cólera ou temor; inquietação é a tendência a trocar de movimentos de modo constante e sem finalidade (CORRÊA, 1997).

Na dor de parto pode gerar desgaste, exaustão, sofrimento, nervosismo, tensão, descontrole, agitação, agressividade, raiva, preocupação, medo e ao mesmo tempo prazer (MACEDO, 2007), aflição e experiência obstétrica negativa no trabalho de parto (TSENG; JUU-SU, 2008)

Definição operacional: identificada pelo método de observação e interação (BICKLEY, 2005) (escuta e análise do discurso).

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

4-Relato verbal ou codificado*

Definição conceitual - Informação fornecida pelo cliente por meio da comunicação não verbal de dor. A resposta verbal pode ser espontânea ou solicitada e referir aspectos sensoriais emocionais e cognitivos para caracterizar a experiência dolorosa, também pode ser caracterizado pelo uso de adjetivos que descrevem a dor sentida. (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identificado pelo método de interação (BICKLEY, 2005). Pode-se utilizar a Escala Analógico-Visual (EVA), Escala Descritiva Simples de Intensidade de Dor, Escala Numérica de 0 – 10 de Intensidade de Dor ou Escala Facial para avaliação da intensidade de dor (McCAFFERY; PASERO, 1999); Mc Gill Pain Questionnaire (Descritores de Dor) (MELZACK, 1975) e Inventário McGill adaptado para a Língua Portuguesa (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

() Ausente () Presente

*Escala Analógico-Visual/Escoras de intensidade de dor (0 – 10) (no momento da dinâmica uterina e cardiotocografia)

5-Evidencia observada de dor

Definição - Localização mais frequente da dor de parto (abdome, baixo ventre, virilha e costas). No primeiro estágio do trabalho de parto (abdome, região lombar inferior e sacral superior) e no segundo estágio do trabalho de parto (períneo, ânus e reto, podendo também ser sentida nas coxas e pernas) (DeCS, 2008a; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; LOWE, 2002; 1996; 1987).

Definição operacional: identificada pelo método de interação (BICKLEY, 2005).

() Ausente () Presente

Localização (referida pela parturiente): _____.

6-Diaforese

Definição – Sudorese excessiva; transpiração ou perspiração abundante, profusa e visível (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identificada pelo método observacional (BICKLEY, 2005). Pode-se confirmar pela umidificação do papel toalha no local visualmente afetado.

() Ausente () Presente

Localização: _____.

7-Expressão facial de dor

Definição - Comportamento físico caracterizado por olhar abatido, expressão de fadiga, feição oprimida, musculatura da mandíbula contraída, dentes cerrados, sobrancelhas atadas (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identificada pelo método de observação (BICKLEY, 2005), Escala Facial para avaliação da intensidade

de dor (McCAFFERY; PASERO, 1999).

() Ausente () Presente

8-Gestos protetores/Comportamento de defesa

Definição - Comportamento físico de proteção da área afetada que acompanha a dor como resposta ao medo ou reação de defesa e fuga (CORRÊA, 1997).

Definição operacional – Identificados por meio do método de observação e semiotécnica de inspeção (BICKLEY, 2005; BARROS et Al, 2002). Pode-se observar indivíduo estático, rígido, com membros flexionados, tocando ou segurando a região afetada (CORRÊA, 1997).

() Ausente () Presente

9-Posição antálgica para evitar dor

Definição - Postura física assumida pelo indivíduo, caracterizada pela posição fetal, isto é, com os joelhos flexionados em direção ao abdome (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identificada pelo método de observação (BICKLEY, 2005).

() Ausente () Presente

10-Alterações na frequência cardíaca

Definição - Alteração da frequência dos batimentos cardíacos acima do valor basal do indivíduo em repouso devido ação das catecolaminas na resposta do fenômeno doloroso. (CORRÊA, 1997). Pode ocorrer o aumento da frequência cardíaca em resposta ao estresse fisiológico provocado pelas contrações uterinas (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; BROWNRIDGE, 1995).

Definição operacional - A frequência cardíaca normal de um adulto em repouso pode variar entre 60 e 100 batimentos por minutos (CORRÊA, 1997), este parâmetro vital pode ser identificado pelos métodos de observação e mensuração, utilizando-se das semiotécnicas de palpação (pulsos radial, braquial, inguinal, poplíteo ou pedioso) ou ausculta (pulso apical) (BICKLEY, 2005; BARROS et Al, 2002).

() Ausente () Presente

Frequência Cardíaca: _____ batimentos por minuto.

11-Alterações da frequência respiratória

Definição - Alteração na frequência respiratória normal do indivíduo adulto em relação a frequência basal em repouso que gira em torno de 15 movimentos respiratórios por minuto no indivíduo adulto (CORRÊA, 1997). Pode ocorrer o aumento da frequência respiratória em resposta ao estresse fisiológico provocado pelas contrações uterinas (ROWLANDS; PERMEZEL, 1998; BROWNRIDGE, 1995).

Definição operacional – Os valores em um indivíduo normal pode variar entre 14 e 20 incursões por minutos. O parâmetro vital identificado pelos métodos de observação e mensuração e semiotécnicas de inspeção e ausculta (BICKLEY, 2005; BARROS et al., 2002).

() Ausente () Presente

Frequência Respiratória: _____ incursões por minuto.

12-Alterações de pressão sanguínea

Definição - Alteração dos níveis de pressão sanguínea basal do indivíduo pela liberação de catecolaminas com aumento da contratilidade cardíaca por estímulo da atividade simpática como resposta ao fenômeno doloroso. (CORRÊA, 1997).

Considera-se Pressão Arterial Média (PAM) normal valores entre 70 e 105 mmHg (ALVES; FIORELLI, 2001). Durante o trabalho de parto, a pressão arterial sistólica eleva-se de 15 a 20 mmHg e a diastólica de 10 a 15 mmHg (BROWNDGE, 1995; PICON; AYALA SÁ de, 2005); pode apresentar variações sistólicas entre + 13 e + 35 mmHg e diastólica entre + 5 e + 25mmHg durante as contrações (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2006).

Definição operacional: podem ser verificadas pelo método indireto, casual ou intermitente do tipo auscultatório, utilizando-se os esfigmomanômetros de coluna de mercúrio ou aneróide, considerando os seguintes critérios: gestante em decúbito lateral esquerdo e membro superior a ser mensurado ao nível do coração; repouso mínimo anterior à aferição de 5 – 10 minutos; ambiente calmo com temperatura agradável (VEIGA, 2003).

() Ausente () Presente

Pressão Arterial: _____ mmHg.

13-Comportamento de distração

Definição - Alteração do comportamento observado na presença do fenômeno doloroso (CORRÊA, 1997); estado em que a atenção está dividida entre várias ações (BICKLEY, 2005).

Definição operacional – Identificado pelo método de observação, utilizando-se da semiótica de inspeção (BICKLEY, 2005; BARROS et al., 2002). Pode-se observar o indivíduo a andar de um lado para o outro, procurar outras pessoas e/ou atividades e desenvolver atividades repetitivas) (NANDA-I, 2010).

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

14-Foco em si próprio

Definição - Referência verbal de que o indivíduo tem consciência apenas da área que está provocando a sensação opressiva e o senso de ser está obscurecido ou indistinto pela dor (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação (BICKLEY, 2005).

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

15-Dilatação pupilar

Definição - Aumento do diâmetro pupilar maior ou igual a 5 mm por excitação da parte simpática do sistema nervoso (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identifica-se pelo método de observação e semiótica de inspeção (pupilometro manual ou digital) (HAINES, 2003; BICKLEY, 2005).

(Haines, 2003, 364)

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

16- Distúrbio do sono

Definição - Referência verbal de estado no qual o indivíduo experimenta uma mudança na quantidade e qualidade do sono relacionado às suas necessidades biológicas e emocionais, caracterizado por dificuldade em adormecer ou sono interrompido, fadiga e sonolência durante o dia, alterações de humor e despertar cansado (CORRÊA, 1997).

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação e observação (BICKLEY, 2005). Podem-se verificar olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, caretas (NANDA-I, 2010).

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

17-Náuseas

Definição - Sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de (NANDA-I, 2010). Pode ocorrer diminuição da motilidade gastrointestinal e provocar o reflexo de náusea (BROWNDGE, 1995; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação e observação (BICKLEY, 2005).

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

18-Vômitos

Definição - Eliminação de conteúdo do estômago através da boca. Pode ocorrer diminuição da motilidade gastrointestinal e provocar o reflexo de náusea seguida de vômito (BROWNDGE, 1995; ROWLANDS; PERMEZEL, 1998).

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação e observação (BICKLEY, 2005).

() Ausente () Presente

* Relatar: _____.

19-Inapetência

Definição - Refere-se à falta de apetite; anorexia (FERREIRA, 1999). Embora a anorexia seja palavra sinônima, esta está caracterizada por “[...] quadro mórbido em que o indivíduo diminui a quantidade de alimentos” ingeridos, frequentemente eliminando aqueles ricos em calorias, por meio de uma dieta rígida auto-imposta, que alterna com crises de bulimia e vômitos ou tomada de purgativos. (HOUAISS, 2001, P.227).

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação e observação da recusa alimentar (BICKLEY, 2005).

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

20-Apetite aumentado

Definição - Refere-se a ter apetite; vontade de comer (FERREIRA, 1999). aumentado, além do habitual, podendo solicitar dieta complementar.

Definição operacional: identifica-se pelo método de interação e observação do padrão alimentar (BICKLEY, 2005).

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

21-Foco estreitado

Definição - É a percepção do tempo alterada, processos de pensamentos prejudicados, interações reduzidas com pessoas e o ambiente (NANDA-I, 2010). Relato de que o indivíduo mantém-se concentrado em si mesmo com incapacidade de interagir com o ambiente que o cerca; sobre o afastamento do contato social, refere-se à dificuldade de manter relacionamentos com outros "[...] em função de desgaste físico e emocional causado pela dor, com tendência crescente ao isolamento; sobre o processo de pensamento prejudicado é o relato de alteração no processo de pensamento que envolve principalmente dificuldade de concentração em vigência de dor podendo surgir alucinações e confusão mental; sobre a percepção de tempo alterada, refere-se ao estado em que o indivíduo apresenta incapacidade de se orientar no tempo e espaço" (CORRÊA, 1997; p.109).

Definição operacional: identificado pelo método de interação (BICKLEY, 2005).

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

22-Sensação de pressão no períneo

Definição:- contrações regulares de fortes a muito fortes, descida fetal e posição da cabeça fetal contribuem para esse indicador (JOHNSON, 2012).

Definição operacional: parturiente relata sensação de vontade de evacuar; dor localizada no períneo, ânus e reto, podendo também ser sentida na região das coxas ou pernas; urgência em empurrar é observada (JOHNSON, 2012; LOWE, 2002).

O espaço abaixo está reservado para a inclusão de novas características definidoras que julgar oportuno inserir.

23-Característica definidora:- _____

Definição sugerida:

D2-SEGUNDA AVALIAÇÃO (FASE ATIVA TARDIA)

Inclusão: DC $\geq$ 8 centímetros (em transição). **Horário:** ____ h ____ minutos.

1-Infusão de ocitocina: () S () N. 2-Outros medicamentos: () S* () N. 3-*Quais? _____.

4-Dieta: () S* () N. 10-Tipo de dieta: _____. 5-Deambulação: () S () N. 6-Outras técnicas alternativas? _____.

7-Dinâmica Uterina: ____ contrações/Durações: 1° _ seg. 2° _ seg. 3° _ seg. 4° _ seg. 5° _ seg. 8-Intensidade: () L () M () I

9-Estática fetal – Atitude: _____. Situação: () Longitudinal () Transversa () Oblíqua ou inclinada.

Apresentação: () Cefálica () Pélvica () Córmica.

Observações: _____.

10-Ausculata fetal – Feto 1: ____ bat./min. Feto 2: ____ bat./min.

11-Dilatação cervical: ____ cm. 12-Plano de De lee: _____.

13-Bolsa: () Íntegra () Rompida*. 14-Forma de rompimento: () Natural () Artificial.

15-Líquido amniótico: _____.

16-Outros dados dignos de notas: _____.

IDENTIFICAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

1-Evidência observada de contração uterina

() Ausente () Presente

Dinâmica Uterina: __ contrações/Durações: 1° __ min./seg (EVA* __/APU** = __); 2° __ min./seg (EVA* __/ APU** __); 3° __ min./seg (EVA* __/ APU** __); 4° __ min./seg (EVA* __/ APU** __); 5° __ min./seg (EVA* __/ APU** __).

*EVA = Escala Analógica Visual

**APU = amplitude de pressão intrauterina.

*Anexar representação gráfica por meio de cardiotocografia com utilização da EVA no momento dos picos de contrações (APU). Registrar valores.

2-Alteração do tônus muscular

() Ausente () Presente

Localização (percebida pelo examinador): _____.

Amplitude de pressão intrauterina/contrações (TU/C) (cardiotocografia): 1° __ mmHg, 2° __; 3° __; 4° __; 5° __.

3-Comportamento expressivo

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

4-Relato verbal ou codificado*

() Ausente () Presente

*Escala Analógico-Visual/Escoras de intensidade de dor (0 – 10) (no momento da dinâmica uterina e cardiotocografia)

5-Evidencia observada de dor

() Ausente () Presente

Localização (referida pela parturiente): _____.

6-Diaforese

() Ausente () Presente

Localização: _____.

7-Expressão facial de dor

() Ausente () Presente

8-Gestos protetores/Comportamento de defesa

() Ausente () Presente

9-Posição antálgica para evitar dor

() Ausente () Presente

10-Alterações na frequência cardíaca

() Ausente () Presente

Frequência Cardíaca: _____ batimentos por minuto.

11-Alterações da frequência respiratória

() Ausente () Presente

Frequência Respiratória: _____ incursões por minuto.

12-Alterações de pressão sanguínea

() Ausente () Presente

Pressão Arterial: _____ mmHg.

13-Comportamento de distração

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

14-Foco em si próprio

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

15-Dilatação pupilar

(Haines, 2003, 364)

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

16- Distúrbio do sono

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

17-Náuseas

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

18-Vômitos

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

19-Inapetência

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

20-Apetite aumentado

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

21-Foco estreitado

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

22-Sensação de pressão no períneo

() Ausente () Presente

Relatar: _____.

O espaço abaixo está reservado para a inclusão de novas características definidoras que julgar oportuno inserir.

23-Característica definidora:- _____

Definição sugerida:

D3-RESOLUÇÃO DE PARTO

Tipo de parto: () Parto cesáreo* () Normal.

* Indicações para cesariana: _____.

2-Intercorrências: _____.

3-Outros dados dignos de notas: _____

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Parturiente)

Prezada Sra.

Estamos realizando um estudo que se propõe **elaborar e validar o diagnóstico de dor de parto**. Nesta etapa solicitamos seu auxílio para responder questões que dizem respeito a sua experiência no trabalho de parto, rotinas sobre alimentação, eliminações, sono e repouso, bem como sua permissão para realizar o exame físico geral e obstétrico.

Gostaríamos de esclarecer que asseguramos total sigilo sobre a sua identidade e que tem o direito de deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para si mesmo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data.

Caso concorde em participar deste estudo, solicitamos o preenchimento dos dados abaixo:

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos conforme relacionados, concordo em participar da pesquisa **“Elaboração e Validação do Diagnóstico de Enfermagem Dor de Parto”**.

Local, Data

Assinatura da Voluntária

Local, Data

Pesquisadora: Simone Roque Mazoni
Doutoranda do Programa
Interunidades de Doutorado

ANEXOS

ANEXO A – Inventário McGill adaptado para a Língua Portuguesa (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996)

ALGUMAS PALAVRAS QUE EU VOU LER DESCREVEM A SUA DOR ATUAL. DIGA-ME QUAIS PALAVRAS MELHOR DESCREVEM A SUA DOR. NÃO ESCOLHA AQUELAS QUE NÃO SE APLICAM. ESCOLHA, SOMENTE UMA PALAVRA DE CADA GRUPO. A MAIS ADEQUADA PARA A DESCRIÇÃO DE SUA DOR.

1	5	9	13	17
1-vibração	1-beliscão	1-mal localizada	1-amedrontadora	1-espalha
2 -tremor	2-aperto	2-dolorida	2-apavorante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	3-machucada	3-aterroizante	3-penetra
4-latejante	4-cólica	4-doida		4-atravesa
5-como batida	5-esmagamento	5-pesada	14	
6-como pancada			1-castigante	18
	6	10	2 -atormenta	1-aperta
2	1-fisgada	1-sensível	3-cruel	2-adormece
1-pontada	2-puxão	2-esticada	4-maldita	3-repuxa
2-choque	3-em torção	3-esfolante	5-mortal	4-espreme
3-tiro		4-rachando		5-rasga
			15	
3	1-calor	11	1-miserável	19
1-agulhada	2-queima	1-cansativa	2-enlouquecedora	1-fria
2 -perfurante	3-fervente	2-exaustiva		2-gelada
3-facada	4-em brasa		16	3-congelante
4-punhalada		12	1-chata	
5-em lança	8	1-enjoada	2-que incomoda	20
	1-formigamento	2-sufocante	3-desgastante	1-aborrecida
4	2-coceira		4-forte	2-dá náusea
1-fina	3-ardor		5-insuportável	3-agonizante
2-cortante	4-ferroada			4-pavorosa
3-estraçalha				5-torturante