

Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto¹

Simone Roque Mazoni²

Emilia Campos de Carvalho³

Cláudia Benedita dos Santos⁴

Objetivos: a proposta neste estudo foi identificar a presença dos indicadores clínicos da dor em situação de parto e correlacionar a referência verbal de intensidade de dor com a ocorrência de contrações uterinas, como proposta de validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. **Método:** trata-se de estudo observacional dos 22 indicadores clínicos que representaram as características definidoras para o diagnóstico. **Resultados:** participaram 55 parturientes (18 na fase ativa inicial, 6 na fase ativa final e 31 em ambas as fases), maiores de 18 anos, gestação única, contrações efetivas e dilatação cervical ≥ 4 cm. Testaram-se 22 características definidoras, 6 presentes na maioria das participantes nas duas fases: relato verbal ou codificado, evidência observada de contração uterina, alteração do tônus muscular, evidência observada de dor, comportamento expressivo e expressão facial de dor. Houve diferenças entre as fases para diaforese, expressão facial de dor, gestos protetores, posição antálgica, comportamento de distração, foco em si próprio e sensação de pressão perineal. **Conclusões:** observou-se correlação linear positiva entre escores de intensidade de dor e amplitude de pressão intrauterina na fase inicial. A dor de parto evidenciou-se como fenômeno compatível a um diagnóstico de enfermagem.

Descritores: Dor de Parto; Medição da Dor; Estudos de Validação; Diagnóstico de Enfermagem.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Elaboração e validação do diagnóstico de enfermagem Dor de Parto" apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil.

² Doutoranda, Programa Interunidades de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Emilia Campos de Carvalho

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Av. dos Bandeirantes, 3900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: ecdcava@eerp.usp.br

Clinical validation of the nursing diagnosis labor pain

Objective: The study intends to identify the presence of clinical indicators of pain during labor and to correlate the verbal reference of pain intensity with uterine contractions as a proposal to validate the clinical nursing diagnosis Labor Pain. **Method:** Observational study of the 22 clinical indicators that represented the defining characteristics for the diagnosis. **Results:** There were 55 participants in labor (18 in the initial active stage, 6 in the final active stage and 31 in both stages), over 18 years old, in their first pregnancy, with effective contractions and cervical dilation of 4cm or more. Among the 22 defining characteristics tested, 6 were present in most participants during the two stages: verbal or codified report, noted evidence of uterine contraction, altered muscle tension, noted evidence of pain, expressive behavior and facial expression of pain. There were differences between the stages in relation to perspiration, facial expression of pain, protective gestures, anodyne position, distractive behavior, self-focus and perineum pressure feeling. **Conclusions:** A positive linear correlation was noted between pain intensity scores and the extent of intra-uterine pressure in the initial stage. Labor pain was proven to be compatible with a nursing diagnosis.

Descriptors: Labor Pain; Pain Measurement; Validation Studies; Nursing Diagnosis.

Validación clínica del diagnóstico de enfermería dolor de parto

Objetivos: El estudio propuso identificar la presencia de los indicadores clínicos de dolor de parto y correlacionar el relato verbal de intensidad del dolor con la ocurrencia de contracciones uterinas, como propuesta de validación clínica del diagnóstico de enfermería Dolor de Parto. **Método:** Estudio observacional de los 22 indicadores clínicos que representan las características definidoras para el diagnóstico. **Resultados:** Participaron 55 parturientes (18 en la fase activa inicial, 6 en la fase activa final y 31 en ambas fases), mayores de 18 años, gestación de feto único, contracciones efectivas y dilatación cervical ≥ 4 cm. Fueron testadas 22 características definidoras, 6 presentes en la mayoría de las participantes en las dos fases: relato verbal o codificado, evidencia observada de contracción uterina, alteración del tono muscular, evidencia observada de dolor, comportamiento expresivo y expresión facial de dolor. Fueron encontradas diferencias entre las fases para diaforesis, expresión fácil de dolor, gestos protectores, posición antiálgica, comportamiento de distracción, foco en si mismo y relato de presión perineal. **Conclusiones:** Se observó correlación lineal positiva entre escores de intensidad de dolor y amplitud de presión intrauterina en la fase inicial. El dolor de parto se evidenció un fenómeno compatible para diagnóstico de enfermería.

Descriptores: Dolor de Parto; Medición del Dolor; Estudios de Validación; Diagnóstico de Enfermería.

Introdução

A dor de parto é vivenciada pela maioria das mulheres e decorre de ações hormonais, aspectos mecânicos e clínicos inerentes ao processo natural da parturição, sendo os estímulos que advêm desses eventos modulados por experiências sensoriais e emocionais construídas ao longo da vida⁽¹⁻³⁾

As localizações mais frequentes de dor de parto relatadas são o abdome, baixo ventre, virilha e costas^(2,4). As dores na situação do parto tendem a se iniciar no período denominado fase de latência, em que as contrações ocorrem de forma irregular, são curtas em sua frequência e caracterizadas como fracas em sua intensidade⁽⁵⁾.

Durante o período de dilatação, a dor é visceral e surge das contrações uterinas e dilatação da cérvix,

transmitida pelas fibras aferentes da parte simpática do sistema nervoso. A dor é transmitida para a medula espinal no nível da 10ª vértebra torácica (T10) e 1ª vértebra lombar (L1), evidenciando-se o fenômeno doloroso nas paredes laterais e no fundo uterino⁽⁵⁻⁶⁾. No segundo estágio, essa se confere ao períneo, ânus e reto, podendo também ser sentida nas coxas e pernas^(2,4-5).

Os hormônios exercem ações importantes no trabalho de parto e, por conseguinte, sobre a dor. A literatura descreve a natureza do fenômeno dor de parto, destacando que a mesma resulta da pressão da contratilidade do útero desencadeada pela ação da ocitocina. Endorfinas endógenas também têm ação conhecida 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, também oferecendo efeito amnésico sobre a memória de dor, minimizando experiências sensoriais e emocionais desagradáveis que envolvem o fenômeno nessa condição⁽⁷⁻⁸⁾.

A dor de parto é um fenômeno inerente à própria natureza da existência humana e difere das experiências de dores agudas e crônicas, não se associando com patologia, mas com experiência de vida⁽²⁾. Adotando-se a premissa de que o conceito dor de parto difere de dor aguda, constante na taxonomia da NANDA-Internacional⁽⁹⁾, dada a natureza da ocorrência do fenômeno, torna-se necessário destacar os indicadores clínicos que determinam a dor em situação de parto. Cabe lembrar que esse diagnóstico consta na terminologia da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem - CIPE^{®(10)}.

Uma análise prévia de conceito identificou atributos definidores para esse evento, além de seus antecedentes e consequentes^(1,11). Tais achados permitiram propor um novo diagnóstico de enfermagem, sugerido para ser submetido à análise da NANDA – International e incluído no Domínio 12 – Conforto, na Classe 1 – Conforto Físico. Os elementos dessa proposta são: 1-titulação diagnóstica: dor de parto; 2-definição: experiência sensorial e emocional que varia de prazerosa a desagradável, ocorre durante o trabalho de parto e resulta de interações complexas de aspectos clínicos, hormonais e mecânicos do parto e de 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; 3-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, posição antálgica, alteração na frequência cardíaca, alteração na frequência respiratória, alteração na pressão sanguínea, alteração na função urinária, alteração na função endócrina, comportamento de distração, foco em si próprio, dilatação pupilar, distúrbio do sono, náusea, vômito, inapetência, apetite aumentado, foco estreitado, sensação de pressão no períneo; 4-fatores relacionados: período de dilatação - fase latente, fase ativa, fase de transição; período de expulsão^(1,11).

Ao se considerar que diagnósticos de enfermagem acurados possibilitam ações de enfermagem que se direcionam às reais situações da população que os

representa⁽¹²⁾, desenvolveu-se o estudo de validade clínica do referido diagnóstico.

A presente pesquisa visou verificar a frequência das características definidoras do diagnóstico proposto, em parturientes que se encontravam na fase ativa do trabalho de parto, bem como correlacionar a referência verbal de intensidade de dor com a ocorrência de contrações uterinas.

Métodos

A validação clínica de diagnóstico foi desenvolvida segundo modelos amplamente empregados em estudos brasileiros⁽¹³⁻¹⁴⁾. Trata-se de um delineamento do tipo observacional, com abordagem temporal prospectiva, sendo o objeto de estudo a dor em situação de parto, limitado à observação no período dilatatório e na fase ativa, segundo uma classificação dos períodos clínicos do parto⁽¹⁵⁾. Nessa perspectiva, o período de dilatação é classificado em duas fases, a latente e a ativa do trabalho de parto. A fase ativa, período estudado na presente pesquisa, se revela pela dilatação da cérvix em progressos gradativos. De início, o colo encontra-se apagado e, ao apresentar por cerca de três centímetros, as contrações intensificam-se, o que as torna efetivas para o aumento progressivo da dilatação, seus intervalos se apresentam coordenados e a frequência de contrações tende a variar entre dois e cinco episódios em um período de 10 minutos, com durações que, em média, variam entre 30 e 45 segundos^(8,15).

A pesquisa foi desenvolvida no interior de São Paulo, Brasil, em um hospital considerado como centro de referência para gestação de alto risco, e o ambiente clínico foi a Unidade de Pré-Parto. A população de estudo foi a de gestantes admitidas em fase ativa do trabalho de parto no hospital-sede do estudo. Parturientes com dilatação da cérvix entre quatro e sete centímetros foram consideradas na fase ativa inicial e aquelas com dilatação entre oito e nove centímetros na fase ativa final. Participantes admitidas na fase ativa inicial e cujo trabalho de parto evoluiu até oito centímetros de dilatação pertenceram a ambos os grupos. Aquelas cujo trabalho de parto evoluiu para parto cirúrgico com dilatação inferior a oito centímetros tiveram seus dados computados apenas na fase ativa inicial; as admitidas com dilatação igual ou superior a oito centímetros tiveram seus dados considerados apenas na fase ativa final.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo foi realizado, conforme Resolução do CONEP nº196/96,

e aprovado para posterior execução sob registro de aprovação nº34/08.

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⁽¹⁶⁾, optou-se por considerar uma amostra por conveniência, em um período aproximado de dois meses de observação, considerando-se a média de cerca de 40 partos normais por mês, na instituição do estudo. Sendo assim, foram identificadas 218 parturientes admitidas para trabalho de parto no período de 20 de dezembro de 2011 a 22 de fevereiro de 2012; dessas, 163 não foram incluídas no estudo por serem encaminhadas para cesariana, estarem em período expulsivo, apresentarem fetos gemelares, óbito fetal ou por serem parturientes com idade inferior a 18 anos.

Foram convidadas a participar do estudo parturientes que atendessem os critérios: idade igual ou superior a 18 anos, idade gestacional entre 28 e 42 semanas ou mais, com 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, dilatação cervical entre 4 e 9 centímetros e colo fino. Foram estabelecidos como critérios para a exclusão: parturientes que durante a admissão apresentassem diagnóstico de ruptura uterina, histórico de duas ou mais operações cesarianas anteriores, ultrassonografia que comprovasse prematuridade extrema e indicações absolutas de cesariana, bem como aquelas que, antes ou durante as avaliações do estudo, fossem submetidas à analgesia peridural, raquianestesia e bloqueios combinados raquiperidural, ou solicitassem sua exclusão do estudo.

A coleta de dados ocorreu após concordância formal por meio de assinatura do TCLE em duas vias. Foi utilizado instrumento contendo dados de perfil sociográfico e obstétrico, incluindo variáveis intervenientes como indução de parto, característica da bolsa, líquido amniótico, técnicas alternativas para alívio da dor, relaxamento e descida fetal, intervenção analgésica bem como variáveis de interesse (isto é, as características definidoras do diagnóstico proposto, já descritas, exceto alteração na função urinária e alteração na função endocrinológica, em decorrência do tempo de observação e das características desses indicadores clínicos). Empregou-se, ainda, o Inventário de Dor MCGILL, adaptado à língua portuguesa, considerando-se as dimensões de descritores sensitivos, afetivos,

avaliativos e de miscelânea⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, aplicados para identificação do indicador *relato verbal ou codificado* (escore de intensidade de dor: 0-10, em que zero significa a ausência de dor e 10 representa a pior intensidade)⁽¹⁹⁾ e da localização de dor para *evidência observada de dor*⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Para identificação de *alteração do tônus muscular* (uterino) considerou-se a medida de amplitude de pressão intrauterina desencadeada pelas contrações, por meio de registro tocográfico. Para tanto, utilizou-se cardiocógrafa da marca TOITU®, MT-516, configurado para o registro em 10 minutos.

O ambiente clínico para a coleta de dados continha: leito, cardiocógrafa, instrumento de coleta de dados para registro dos indicadores clínicos observáveis, Inventário MCGILL⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ (*Short Form*) e instrumentos de medida: Escala Visual Analógica (EVA)⁽¹⁹⁾ e pupilômetro manual⁽²⁰⁾. A participante era informada sobre o procedimento e solicitada a manter-se em decúbito 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 Cardio instalado sobre o dorso fetal ou adjacente a esse para detecção dos batimentos cardíacos fetais, sendo esse último utilizado apenas para fins descritivos. Após instalação, a participante se posicionava em decúbito lateral esquerdo, sendo orientada a que, após cada pico de contração, deveria referir uma nota de dor (em uma escala de 0 a 10). Observações referentes às características definidoras eram realizadas a partir do momento em que o cardiocógrafa iniciava o registro do traçado.

Para a organização dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para *Windows*. A análise do estudo foi por estatística descritiva com a distribuição de frequência de ocorrência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem em estudo. A análise das diferenças de frequências de ocorrência de características definidoras, entre as fases ativa inicial e final do trabalho de parto, foi realizada por meio de teste exato de Fisher. Foi observada homogeneidade da amostra entre as parturientes que empregaram ou não o uso de analgésicos, nas duas fases, quanto às variáveis intervenientes: indução de parto, característica da bolsa, líquido amniótico, técnicas alternativas para alívio da dor, relaxamento e descida fetal e intervenção analgésica.

Para a análise da correlação entre as variáveis *amplitude de pressão intrauterina* e *relato verbal ou codificado de dor*, foi considerada a primeira medida de

amplitude de pressão intrauterina em mmHg, registrada pelo tocógrafo, e a respectiva nota atribuída pela parturiente em relação à intensidade de dor, nas fases ativa inicial e final; adotou-se o teste não paramétrico de correlação de Spearman.

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

Resultados

Das 55 participantes, 31 foram observadas na fase ativa inicial e na fase ativa final do trabalho de parto, 18 outras parturientes apenas na fase inicial e outras seis na fase ativa final. Tal distribuição deveu-se à evolução do trabalho de parto no momento da admissão e à decisão médica de resolução do parto (cirúrgico ou não); portanto, foram observadas 49 parturientes na fase ativa inicial e 37 na fase ativa final.

Em relação às características da amostra, observou-se que 34 (61,8%) pertenciam à etnia branco/caucasiano e 21 (38,2%) eram afrodescendentes, embora a miscigenação seja um traço marcante no Brasil. A idade variou entre 18 e 38 anos (média=25,3 anos; desvio-padrão=5,3 anos). A maioria (48-87,3%) afirmou ter companheiro e que o mesmo residia com elas; sobre a procedência, 30 (54,5%) eram de municípios vizinhos, 25 (45,5%) pertenciam ao município do hospital-sede.

Quarenta e duas (76,3%) afirmaram não pertencer à população economicamente ativa, 41 (74,5%) afirmaram somente exercer atividades do lar. No que tange à escolaridade, essa variou entre o ensino fundamental incompleto e médio completo; 19 (31,7%) completaram o ensino médio e 13 (23,6%) não chegaram a completar o ensino fundamental. A renda familiar mínima aproximada em reais variou entre R\$134,00 e R\$4.500,00 (média=1383,80 reais; desvio-padrão=841,30 reais).

Ao verificar-se a idade gestacional pela amenorreia, 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 pré-termo, com a gestação inferior a 37 semanas e duas apresentavam a idade gestacional igual ou superior a 42 semanas. A idade gestacional verificada por ultrassonografia confirmou que a maioria (74,5%) era gestante a termo.

Das vinte e duas características definidoras testadas, 17 foram observadas, na fase ativa inicial (FAI) e na fase ativa final (FAF), embora com frequências que variaram em função das fases. Não foram observadas, nas duas fases, as evidências: alteração na frequência cardíaca e alteração na frequência respiratória. Outras evidências foram observadas apenas na fase ativa final: alteração da

pressão sanguínea, dilatação pupilar e relato de sensação de pressão no períneo, essa na maioria das parturientes (59,5%) (Figura 1).

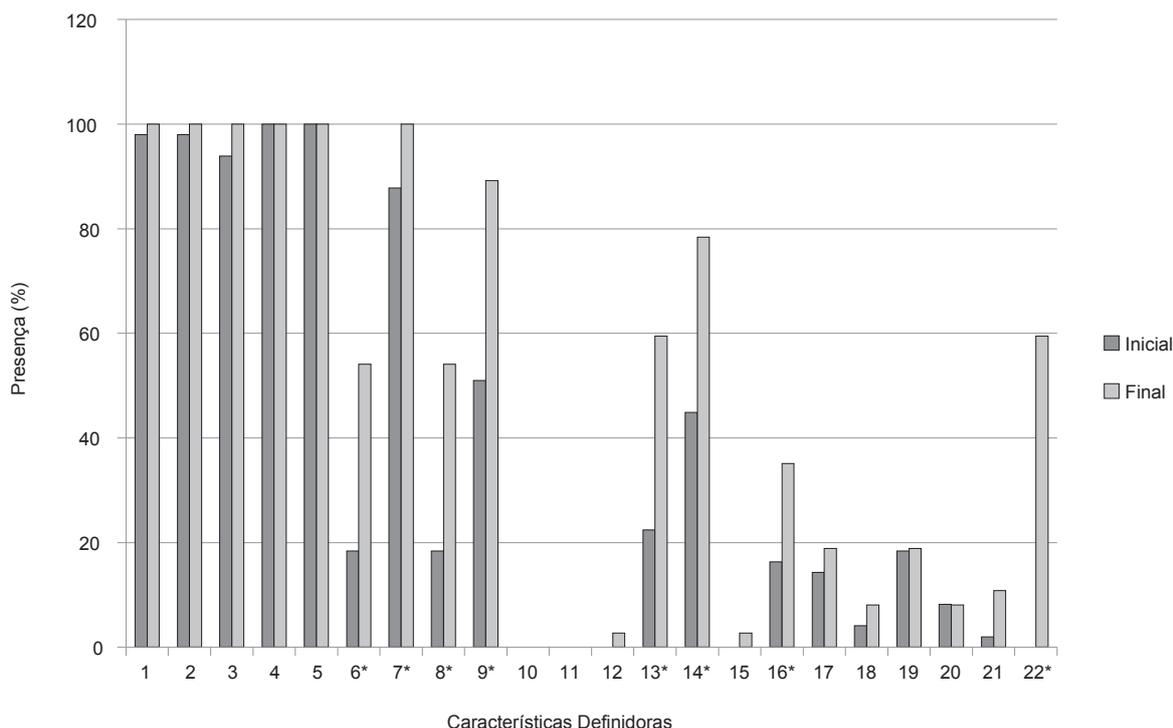
As características definidoras vômito, náuseas, distúrbio do sono, inapetência, apetite aumentado e foco estreitado apresentaram ocorrência em baixa frequência. Ainda que apresentasse pequena frequência, o distúrbio do sono esteve presente em 16,3% na FAI e 35,1% na FAF, apresentando diferenças estatísticas significativas ($p=0,044$) (Figura 1).

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 a posição antálgica (89,2%) (Figura 1).

Foram observadas evidências clínicas acima de 50% na FAI para posição antálgica para evitar dor (51%) e na FAF 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%) (Figura 1).

Evidência observada de contração uterina foi identificada tanto na FAI como na FAF do trabalho de parto similarmente ($p=1,000$). Observou-se que apenas uma parturiente na FAI não apresentou contração uterina. A alteração do tônus muscular uterino esteve presente na maioria das parturientes na FAI e em todas da FAF ($p=1,000$). 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 ($p=0,256$). Relato verbal ou codificado de dor e evidência observada de dor também foram características evidenciadas em 100% das participantes, pertencentes à FAI e FAF (Figura 1).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes das frequências médias de características definidoras, ao se comparar as fases de avaliação: diaforese ($p=0,001$) com maior frequência (54,1%) na FAF; expressão facial de dor, presente em 87,8% na FAI e em 100% na FAF ($p=0,035$); gestos protetores/comportamento de defesa ($p=0,001$), presentes em 54% na FAF; posição antálgica para evitar a dor ($p<0,0001$) com maior frequência na FAF. O comportamento de distração foi mais frequente na FAF (59,5%) ($p<0,0001$) e foco em si próprio, mais frequente na FAF (78,4%) ($p=0,002$) (Figura 1).



p<0,05; 1=evidência observada de contração uterina; 2=alteração do tônus muscular; 3=comportamento expressivo; 4=relato verbal ou codificado; 5=evidência observada de dor; 6=diaforese; 7*=expressão facial de dor; 8*=gestos protetores/comportamento de defesa; 9*=posição antálgica; 10=alteração na frequência cardíaca; 11=alteração na frequência respiratória; 12=alteração na pressão sanguínea; 13*=comportamento de distração; 14*=foco em si próprio; 15=dilatação pupilar; 16*=distúrbio do sono; 17=náusea; 18=vômito; 19=inapetência; 20=apetite aumentado; 21=foco estreitado; 22*=sensação de pressão no períneo.

Figura 1 – Frequência de ocorrência de características definidoras de dor de parto, observadas na fase ativa inicial e fase ativa final do trabalho de parto. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012

Identificou-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 2).

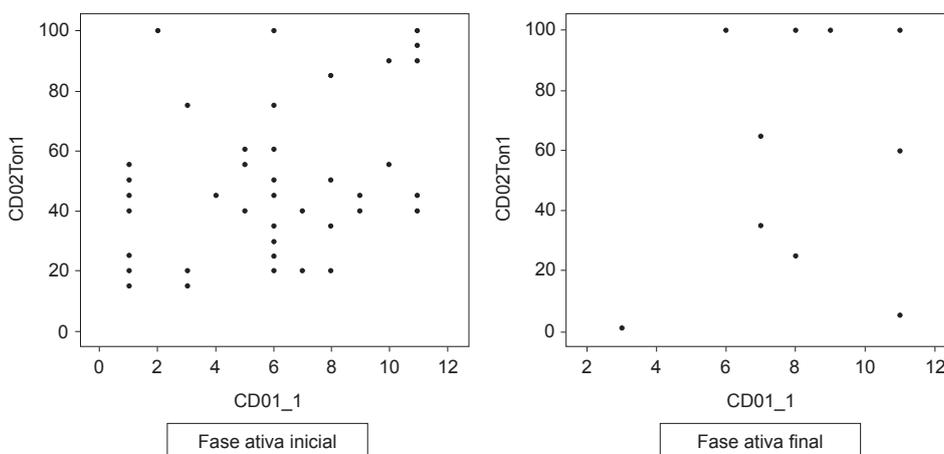


Figura 2 – Diagrama de dispersão entre os escores intensidade de dor de parto e amplitude de pressão intrauterina na fase ativa inicial e fase ativa final. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012

Discussão

As características definidoras observadas em ambiente clínico retrataram 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, comportamento de distração, foco em si próprio. Contudo, também apontaram elevadas frequências de indicadores clínicos peculiares à dor de parto como evidência observada de contração uterina, alteração do tônus muscular (uterino) e sensação de pressão no períneo, essa evidenciada por relato de vontade de evacuar.

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 tocográfico da amplitude de pressão intrauterina. 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 à alteração do tônus muscular; tal presença não se limita à musculatura lisa do útero, caracterizada pelo próprio tônus uterino, e às contrações uterinas. No período de transição da fase ativa para a de expulsão, as formações musculoaponeuróticas se tensionam e formam uma cinta muscular a comprimir o útero de cima para baixo e no sentido anteroposterior; nesse momento, a alteração do tônus muscular não está localizada e sim difusa no abdome⁽²¹⁾. No presente estudo não foi analisado o tônus uterino de forma isolada, o qual, na maioria das vezes, mantém-se estável como a menor pressão entre os picos de contrações; o foco de interesse foi a alteração da musculatura lisa às contrações, verificadas por meio da amplitude de pressão intrauterina com o registro tocográfico da atividade uterina. Na fase ativa inicial, a amplitude variou entre 15 e 100mmHg, e na fase ativa final a amplitude de pressão sofreu variações entre 5 e 100mmHg. Em termos de sensibilidade dolorosa, contrações de 40 a 50mmHg tendem a não ser identificadas pela parturiente. Ao se identificar amplitude de pressão intrauterina de 100mmHg, nota-se não só a presença de contrações efetivas, mas também que essa pressão, associada à ocorrência de cerca de cinco contrações no período de 10 minutos, com intervalos coordenados e repetidos, são características da fase ativa final⁽²²⁾. A alteração do tônus muscular uterino, medido de forma indireta pela amplitude da pressão uterina, foi uma característica manifestada nas parturientes nos dois períodos da fase

ativa (inicial e final), com evidências entre 98 e 100%, respectivamente.

O comportamento expressivo é evidentemente observado por reações emocionais de agitação, gemer, chorar, vigilância, suspirar, irritabilidade⁽⁹⁾. A 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⁽²³⁾. Esse comportamento foi observado nas parturientes, presente em 93,9% na fase ativa inicial e 100% na fase ativa final. Embora para a maioria das participantes tenham-se verificado comportamentos expressos por gemidos, suspiros e agitação, uma parturiente múltipara expressou-se com "risada franca e ruidosa" nos momentos das contrações, evidenciando que ocorrem variações na medida do significado da dor para o evento do parto.

Na avaliação da intensidade de dor às contrações, verificou-se que as parturientes do grupo fase ativa inicial referenciaram escores entre 0 e 10, mas que apresentaram correlação linear positiva com a amplitude de pressão intrauterina ao teste de Spearman na fase ativa inicial, o que não ocorreu na fase ativa final. Um estudo⁽²⁴⁾ que analisou a correlação dos escores de intensidade de dor verbalizada e registro tocográfico da atividade uterina de 15 parturientes, em 125 contrações no período de dilatação, pela amplitude de pressão intrauterina, mostrou resultados semelhantes ao presente estudo.

Quanto aos relatos verbais e codificados de dores, verificados por meio do Inventário de Dor McGill⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, 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 em estudo que verificou a caracterização da dor advinda das mesmas subclasses⁽³⁻⁴⁾.

A descrição da dor "tipo cólica" evidencia a presença de atributos que definem as contrações ocasionadas pela fisiologia do miométrio, que se compõe de células musculares lisas com junções comunicantes. A condução de estímulos eletrofisiológicos, ações bioquímicas moleculares de contração do músculo liso, 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⁽²¹⁾. Entretanto, deve-se ressaltar que o fenômeno da dor em situação de parto apresenta-se complexo e subjetivo⁽²⁾, não se limitando às contrações e sim aos aspectos fisiológicos do tipo hormonal,

mecânicos e clínicos presentes nos períodos do parto e que desencadearão a manifestação de dor modulada por eventos fisiológicos, emocionais, cognitivos, entre outros; ainda, a contratilidade uterina, embora sendo o elemento em maior evidência, não determina prognóstico de parturição⁽²¹⁾.

A evidência observada de dor foi manifestada por 100% das parturientes estudadas, tanto na fase ativa inicial como na ativa final. Dor no baixo ventre foi relatada por 23,6% das participantes, sendo associada às dores lombares, por mais de 60% dos relatos. As localizações mais frequentes de dor de parto relatadas na literatura são 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, no segundo período, localizada no períneo, ânus e reto, podendo também ser sentida na região das coxas ou pernas^(2,4).

Foram identificadas diferenças estatísticas ($p < 0,05$) 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, ao se comparar início e final da fase ativa, concentrando presenças em maiores proporções na fase ativa final. No que se refere aos escores de intensidade de dor, foi encontrado que a nota de dor atribuída pela parturiente aumenta à medida que progride a dilatação cervical⁽²⁵⁾.

A sensação de pressão no períneo, relatada por vontade de evacuar, foi uma característica encontrada em 59,5% das participantes, ao final da fase ativa, não se observando o mesmo na fase ativa inicial ($p < 0,0001$). Essa característica mostrou-se peculiar ao período de transição da fase ativa para a expulsão, corroborando a literatura⁽¹⁻⁴⁾.

Embora haja variações metodológicas quanto à amostragem e detalhes que diferenciam o desenho de estudo, a pesquisa mostrou grande variação na intensidade de dor pelos escores de 0 a 10, durante as contrações com a evolução do trabalho de parto⁽²⁶⁾. A correlação linear positiva entre os escores de intensidade de dor e amplitude de pressão intrauterina na fase ativa inicial, mostrou que a nota de dor aumenta à medida que aumentam as contrações, essas evidenciadas pela amplitude de pressão intrauterina em mmHg. Portanto, a referência verbal de intensidade de dor, por escores de 0 a 10, mostrou ser uma variável passível de mensurar o fenômeno da dor em situação do parto para a ocorrência de contrações.

As limitações do estudo reportam-se ao fato de se ter observado apenas parturientes na fase ativa inicial,

em que a dilatação da cérvix e apagamento cervical são parciais, e na fase ativa final, momento considerado o início da fase de transição, que termina com a dilatação completa. Também não foram analisadas as características definidoras *alteração da função urinária* e *alteração da função neuroendócrina*, identificadas na análise de conceito; justifica-se a exclusão pela inviabilidade, no ambiente clínico, de aplicação dos métodos de medidas disponíveis, no tempo de internação observado.

Conclusão

Na validação clínica do diagnóstico dor de parto, ora proposto, verificou-se que houve diferenças de frequência de algumas variáveis, ao se considerar as fases ativa inicial e ativa final do trabalho de parto.

Os achados confirmam a presença dos indicadores clínicos ou 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. Evidenciou-se correlação entre a referência verbal e evidência observada de contração uterina que apontou para associações do aumento do escore de intensidade de dor à medida que aumenta a pressão intrauterina em mmHg. Os descritores de dor, segundo o Inventário McGill, concentraram-se nas subclasses sensitiva e afetiva de dor, especificando, na sua maioria, o descritor sensitivo "cólica", que aponta a evidência de contração uterina como uma característica definidora do diagnóstico.

Os métodos utilizados foram satisfatórios para o alcance dos objetivos. Entende-se que o diagnóstico dor de parto encontra-se em condições de ser submetido à consideração da NANDA-International, Inc. O percurso metodológico reforçou a compreensão das autoras de 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. Contudo, recomenda-se a validação clínica do diagnóstico nos demais períodos do trabalho de parto, como a fase de latência ou de expulsão.

Referências

1. Mazoni SR, Carvalho EC. Dor de parto: considerações históricas e conceituais. Rev Dor. 2008;9(1):1176-82.
2. Lowe KN. The nature of labor pain. Am J Obstet Gynecol. 2002;186 Suppl 5:16-24.
3. Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Valentini E, Garassini A, Farcomeni A. Multidimensional evaluation of pain during early and late labor: a comparison of

- nulliparous and multiparous women. *Int J Obstetric Anesthesia* 2010;19:167-70.
4. Dias MD. A mulher e o parto: respostas frente à dor [dissertação de mestrado]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 1996. 85 p.
 5. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):438-45.
 - 6-Fernandes ML, Andrade FCJ. Analgesia de parto: bases anatômicas e fisiológicas. *Rev Med Minas Gerais*. 2009;19 Supl 3:3-6.
 7. Almeida NAM, Soares LJ, Sodré RLR, Medeiros M. A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. *Rev Eletr Enferm*. 2008;10(4):1114-23. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a24.htm>
 8. Robertson A. El dolor en el parto. *ObStare Primavera* [periódico na Internet]. 2004 [acesso 20 dez 2011]; 12:32-9. Disponível em: <http://www.obstare.com/varios/revistas/El%20Dolor%20en%20el%20Parto.pdf>.
 9. Herdman, T.H. (Ed.) (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2012-2014*. San Francisco: Wiley; 2012. p. 478.
 10. Conselho Internacional de Enfermeiros. *Classifica o Internacional para a prática de Enfermagem Versão 2.0*. São Paulo: Algor; 2011.
 11. Mazoni SR. *Elabora o e valida o do diagnóstico de enfermagem dor de parto* [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2012. 238 p.
 12. Silva PO, Gorini MIPC. Valida o das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem: fadiga no paciente oncológico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]; 2012; [acesso 12 ago 2011]; 20(3):[7 telas]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
 13. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart and Lung*. 1987;16(6):625-9.
 14. Hoskins LM. Clinical Validation, Methodologies for Nursing Diagnoses Research. In: Carrol Johnson RM, editors. *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Eighth Conference*; 1989. Philadelphia: Lippincott; 1989. p. 126-31.
 15. Greenhill, JP, Friedman EA. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1976.
 16. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor [Internet]. São Paulo: SBED/IASP; 2007 [acesso 9 set 2012]. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/s_campanhas_mulher.asp
 17. Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975;1(3):277-99.
 18. Pimenta CA, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adapta o para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(3):473-83.
 19. McCaffery M, Pasero C. *Pain: clinical manual*. 2nd ed. St Louis: Mosby; 1999. 795 p.
 20. Haines DE. *Princípios de neurociência*. 2 ed. Madri: Elsevier Churchill Livingstone; 2003.
 21. Montenegro CA, Rezende J Filho. *Rezende: obstetrícia fundamental*. 12  ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. 724 p.
 22. Zugaib M. *Zugaib obstetrícia*. 2 . ed. Barueri: Manole, 2012. p. 324-38.
 23. Macedo PO. *Significando a dor no parto: expressão feminina da vivência do parto vaginal* [disserta o de mestrado na Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007 [acesso 20 mai 2012]. 91p. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=89363
 24. Corli O, Grossi E, Roma G, Batagliarin G. Correlation between Subjective Labour Pain and Uterine Contractions: a Clinical Study. *Pain*. 1986;26:53-60.
 25. Mamede FV, Almeida AM, Souza L, Mamede MV. A dor durante o trabalho de parto: efeito da deambula o. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2007 [acesso 20 maio 2012;15(6):1157-62. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_15.pdf
 26. Conell-Prince J, Evans J, Hong D, Shafer S, Flood P. The development and validation of a dynamic model to account for the progress of labor in the assessment of pain. *Anesth Anal*. 2008;106(5):1509-15.

Recebido: 21.6.2012

Aceito: 2.10.2012

Como citar este artigo:

Mazoni SR, Carvalho EC de, Santos CB dos. Valida o clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: _____];21(Spec):[09 telas]. Disponível em: _____

URL

dia | ano
mês abreviado com ponto