

A DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO: O EFEITO DA DEAMBULAÇÃO

Fabiana Villela Mamede¹

Ana Maria de Almeida¹

Luiz de Souza²

Marli Villela Mamede³

O trabalho teve como objetivo verificar a presença de correlação entre a distância deambulada e os níveis de dor durante a fase ativa do trabalho de parto. Metodologia: estudo analítico de intervenção do tipo quase experimental. Fizeram parte do estudo 80 parturiente primíparas, em trabalho de parto espontâneo, com idade gestacional de 37 a 42 semanas, no início da fase ativa do trabalho de parto. Análise dos dados: Coeficiente de Correlação de Spearman. Resultados: as participantes percorreram uma distância média de 1624 metros, 63,09% da fase ativa do trabalho de parto e em um tempo médio de 5 horas. Quanto aos escores de dor, verificou-se que a pontuação dos mesmos aumentou à medida que a dilatação cervical avançava. Foi encontrada uma correlação positiva apenas aos 5 cm de dilatação, ou seja, quanto maior os trajetos percorridos maiores foram os escores de dor pontuados pelas parturientes.

DESCRITORES: parto; dor; deambulação

PAIN DURING THE LABOR ACTIVE PHASE: THE EFFECT OF WALKING

This study aimed to verify whether the distance walked is correlated with women's pain level throughout the active phase of labor. Methodology: We realized an analytic, quasi-experimental intervention study. Study participants were 80 primiparous parturient women, who were admitted during spontaneous labor, with 37-42 weeks, at the start of the active phase. Data analysis: Spearman's correlation test. Results: the parturient women walked an average distance of 1,624 meters, 63.09% of the active phase of labor and during an average time of five hours. Pain scores increase along with the advance in cervical dilatation. However, we only found a significant positive correlation when 5cm of dilatation had been reached, that is, the more distance the participants walked, the higher the pain scores they reached.

DESCRIPTORS: parturition; pain; walking

EL DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO: EL EFECTO DE DEAMBULACIÓN

La finalidad de este trabajo fue la de verificar la presencia de correlación entre la distancia deambulada y el nivel del dolor de la parturiente durante toda la fase activa del trabajo de parto. Metodología: estudio analítico de intervención del tipo casi experimental. Participaron del estudio 80 parturientes primíparas, admitidas en trabajo de parto espontáneo, con 37-42 semanas, en el inicio de la fase activa. Análisis de los datos: test de Correlación de Spearman. Resultados: las participantes transcurrieron una distancia media de 1624 metros, 63,09% de la fase activa del trabajo de parto y en un tiempo promedio de 5 horas. Se verificó que la puntuación de los escores de dolor aumenta a medida que la dilatación cervical avanza. Sin embargo, se encontró una correlación positiva significativa sólo a los 5 cm. de dilatación, o sea, cuanto mayor los trayectos transcurridos, mayores fueron los escores de dolor alcanzados por las parturientes.

DESCRIPTORES: parto; dolor; caminata

¹ Professor Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil, e-mail: famamede@eerp.usp.br; ² Professor Doutor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Brasil; ³ Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil

INTRODUÇÃO

A dor do parto é uma experiência humana tão antiga quanto a própria existência do homem. Ainda hoje, constitui-se numa realidade inerente ao parto e, apesar de evitável, continua sendo vivenciada com grande frequência pelas mulheres que engravidam e dão à luz.

Alguns autores reforçam que a dor vivenciada pela mulher durante o processo de parturição é uma experiência subjetiva onde se pode identificar comportamentos diferentes em relação a esta, que variam segundo a cultura e a época⁽¹⁻⁴⁾.

A dor resulta, ainda, em uma resposta psíquica e reflete nas ações físicas. A dor que a mulher sente durante o trabalho de parto e parto é única para cada mulher e é influenciada por vários fatores. Estes fatores incluem cultura, ansiedade e medo, experiência anterior de parto, preparação para o parto e suporte oferecido durante este processo⁽⁵⁾.

Nas décadas de 30 a 60, muitos profissionais que assistiam parturientes acreditavam que a dor tinha uma função biológica importante e que não deveria ser aliviada. Por outro lado, levava-se em consideração os efeitos indesejáveis dos métodos farmacológicos disponíveis na época. Nas décadas seguintes, especialmente durante os anos 80, várias pesquisas foram realizadas, concluindo que, apesar de a dor ter uma função biológica importante, precisa ser aliviada, pois a persistência de dor intensa está associada ao estresse e tem efeitos prejudiciais para a mãe, para o feto e para o recém-nascido⁽⁶⁾.

Atualmente, com a ampliação do conhecimento sobre os mecanismos fisiológicos que geram a dor durante o parto, diversos pesquisadores têm aconselhado a utilização de métodos que permitam vencer esse desafio⁽⁷⁾.

Métodos, tanto farmacológicos como não farmacológicos, encontram-se disponíveis atualmente e sabemos que os não farmacológicos envolvem menos riscos quando utilizados neste processo. Embora a eficácia de algumas opções não tenha ainda sido comprovada, existem evidências confiáveis de segurança e efetividade de várias técnicas que podem ser utilizadas durante o trabalho de parto, aumentando o conforto da parturiente.

A deambulação durante o trabalho de parto é uma técnica utilizada com o propósito, além de outros, aliviar a dor sentida durante este período, embora nenhum autor explica como se dá esta influência⁽⁸⁻¹¹⁾.

Frente a estas observações, a proposta deste trabalho é identificar, em termos objetivos, se o trajeto deambulado pela parturiente durante o trabalho de parto tem relação com o grau da sensação dolorosa durante este processo.

OBJETIVO

Analisar os efeitos da deambulação nos níveis de dor durante a fase ativa do trabalho de parto

MATERIAL E MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo analítico de intervenção, tipo quase-experimental em que cada sujeito foi controle dele mesmo.

Local de estudo

O estudo foi realizado no Centro de Parto Normal (CPN) do Amparo Maternal que é uma maternidade filantrópica, situada na região sul da cidade de São Paulo - Brasil. A instituição é credenciada pelo Ministério da Saúde e presta assistência a gestantes e parturientes de toda a cidade de São Paulo, com uma média 1.100 partos mensais. A assistência ao parto normal é feita preferencialmente por enfermeiras obstétricas e/ou obstetizes.

População do estudo

A amostra constituiu-se de 75 primigestas que foram internadas de segundas a sextas feiras no período diurno dos meses de julho e agosto de 2004 no CPN do Amparo Maternal, com idade gestacional de 37 a 42 semanas, gestação única e tópica, ausência de intercorrência gestacional, feto vivo em apresentação cefálica de vértice com boas condições de vitalidade. A inclusão foi feita no início da fase ativa do trabalho de parto tendo como indicadores duas ou mais contrações de intensidade média a cada dez minutos, dilatação cervical de quatro a cinco centímetros e presença de líquido amniótico claro constatado na amnioscopia. Foram excluídas parturientes que apresentaram intercorrências clínicas ou obstétricas no decorrer do trabalho de parto.

A proposta do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. A inclusão das parturientes no estudo respeitou os preceitos éticos da Pesquisa com Seres Humanos e todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimentos metodológicos

Foram utilizados, para a coleta de dados, os seguintes instrumentos:

Podômetro: é um contador digital, para medir a distância percorrida, contendo dois pares de eletrodos, que registra a velocidade média deambulada, o número de passos e a distância percorrida em metros. Este instrumento foi acoplado a um propé usado pela parturiente.

Escala Visual Numérica (EVN): escala graduada de 0 a 10 na qual a parturiente registra a percepção da dor, sendo zero a ausência de dor e dez a pior dor imaginável.

Formulário de registro de dados: composto por dados demográficos, registro dos valores da dilatação cervical, distância percorrida, resultados obstétricos e neonatais, computados a partir do registro de prontuários e do podômetro.

A partir da aquiescência da parturiente em participar do trabalho foi aplicada a Escala de dor (EVN) e iniciado o estímulo à deambulação, ocasião em que o propé com o podômetro eram colados na parturiente e permaneciam durante toda a fase ativa do trabalho de parto. Em seguida a parturiente era estimulada a iniciar a deambulação. Os escores de dor bem como o trajeto deambulado foram tomados e registrados a cada hora até o final da fase ativa do trabalho de parto. Os dados referentes à avaliação da dilatação cervico-uterina e uso de fármacos foram registrados conforme evolução do trabalho de parto e procedimentos realizados pela equipe de profissionais da instituição.

Variáveis de estudo

Deambulação durante toda a fase ativa do trabalho de parto;

Intensidade da dor - avaliada por meio da Escala Visual Numérica de Dor - EVN.

Análise estatística

Foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman para avaliar a relação entre a deambulação

e o escore de dor das parturientes e a Regressão Linear para analisar a relação de tempo de trabalho de parto e a distância percorrida pelas parturientes.

RESULTADOS

Setenta e cinco primigestas em trabalho de parto espontâneo participaram do estudo, sendo 23 (30,7%) brancas e 52 (69,3%) não brancas. A idade variou de 15 a 35 anos, com uma média de $21,5 \pm 4,7$ anos, sendo que 42% eram adolescentes. Entre as parturientes predominou uma baixa escolaridade com mais da metade delas tendo menos de oito anos de educação formal. A maioria era casada ou vivia em união estável e não exercia nenhuma ocupação remunerada.

O tempo de evolução da fase ativa do trabalho de parto variou de 3 a 14 horas, com uma média de $7,66 \pm 2,41$ horas, conforme se observa na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o intervalo de tempo da evolução da fase ativa do trabalho de parto - TEFA (horas), durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo, Brasil

TEFA (horas)	Frequência	%
<6	21	28
6 -9	32	42,7
9 -12	18	24
12 -14	4	5,3
Total	75	100

Quanto às intervenções que as parturientes foram submetidas durante o trabalho de parto e parto, 72,0% fizeram uso de ocitócito; 84,0% foram submetidas a amniotomia artificial; 64,0% realizaram episiotomia conforme se observa na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o uso de ocitócito, tipo de rompimento da bolsa amniótica, tipos de parto, ocorrência de laceração, ocorrência de episiotomia, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo, Brasil

Resultados obstétricos	Frequência	%
Uso de ocitócito	54	72
Amniotomia espontânea	17	22,7
Amniotomia artificial	63	84
Parto cesárea	1	1,3
Parto normal	74	98,7
Períneo íntegro	12	16
Laceração de 1º grau de períneo	12	16
Episiotomia	48	64
Laceração + episiotomia	2	2,7

O peso ao nascer dos recém nascidos variou de 2.500 a 4.050 gramas, com uma média de $3.252 \pm 385,7$ gramas.

Quanto aos resultados perinatais 96,0% dos recém nascidos obtiveram, no primeiro minuto, pontuação maior ou igual a sete na escala de Apgar. Por outro lado, no quinto minuto, 98,7% dos recém nascidos obtiveram valor maior ou igual a sete, o que segundo parâmetro de avaliação representa boas condições de vitalidade.

DEAMBULAÇÃO DURANTE A FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO

A distância total percorrida pelas parturientes durante toda a fase ativa do trabalho de parto variou de 101 a 3736 metros, com uma média de 1625 ± 837 metros.

O percurso realizado foi maior na primeira hora da fase ativa do trabalho de parto, com uma média de 558 ± 306 metros, decrescendo com o passar das horas. Durante as três primeiras horas do trabalho de parto praticamente todas as parturientes deambularam, sendo que após esta hora ocorreram 3 nascimentos, tendo então diminuição do número amostral. E após as 9 horas do início da fase ativa 100% das parturientes que ainda estavam na fase ativa não mais quiseram deambular.

A média calculada da interrupção da deambulação pelas parturientes foi de $5:00 \pm 1:45$ horas, ou seja 63,1% do tempo da fase ativa do trabalho de parto, e apresentaram uma dilatação cervical média de $8,4 \pm 1,3$ cm de dilatação.

Ao associarmos o trajeto percorrido a cada hora da fase ativa do trabalho de parto com a deambulação, verificamos que houve diferença significativa nas três primeiras horas desta fase, ou seja, as parturientes que deambularam uma distância maior, durante as três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, tiveram uma redução na duração do trabalho de parto. Entretanto, a partir da quarta hora tal associação não se fez mais presente.

Procedendo à estimativa da redução da fase ativa do trabalho de parto nas três primeiras horas, verificamos que na primeira hora a cada 100 metros deambulado a duração da fase ativa do trabalho de

parto teve uma redução de cerca de 22 minutos. Na segunda hora a redução na duração desta fase foi de 10 minutos a cada 100 metros deambulado. Na terceira hora a redução desta fase foi de 6 minutos por cada 100 metros deambulado.

Ao analisarmos os valores dos escores de dor, pontuados pelas parturientes ao longo da fase ativa do trabalho de parto, observamos que a pontuação máxima dos escores de dor (valor 10) foi dada por todas as 75 parturientes, quando atingiram o final da fase ativa do trabalho de parto.

Observando os escores pontuados pelas parturientes que tiveram registradas as dilatações cervicais aos 5 cm, 6 cm, 7 cm e 8 cm verificamos uma grande variabilidade de pontuação de escores, conforme Tabela 3. E quando observado a variabilidade de pontuação de escore de dor com a distância percorrida aos 5cm, 6cm, 7cm e 8cm de dilatação verificamos que aos 5 cm de dilatação a média deambulada foi de 993,7 metros e a o escore médio de dor pontuado por estas parturientes foi de 6,7. Aos 6 cm de dilatação observamos uma média deambulada de 1347,3 metros, escore médio de dor de 7,4. Aos 7 e 8 cm de dilatação observamos uma média deambulada de 1471,8 e 1441,4 metros, escore médio de 8,2 e 8,7 respectivamente. Verificamos que, à medida que a dilatação avança, os escores médios de dor também aumentam.

Tabela 3 - Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o escore de dor e a distância percorrida(metros) aos 5, 6, 7 e 8 cm de dilatação cervical, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo, Brasil

	< 900 metros			901-1800 metros			1801 ou mais metros		
	N	mediana	média	N	mediana	média	N	mediana	média
5cm	16	5	5,9	9	6	6,2	3	8	8
6cm	11	8	7,6	13	7	7,1	11	8	7,5
7cm	9	8	8,2	17	8	8,4	9	8	8
8cm	8	9,5	9	12	8,5	8,5	14	9	8,6

No entanto, observando a pontuação dos escores de dor aos 5, 6, 7 e 8 cm de dilatação, de acordo com o trajeto deambulado na dilatação correspondente, verificamos uma correlação significativa apenas aos 5 cm de dilatação. Ou seja, as mulheres que mais deambularam aos 5 cm de dilatação pontuaram um valor mais alto no escore de dor. A Tabela 4 apresenta os coeficientes de Correlação de Spearman entre estas duas variáveis.

Tabela 4 - Valores da Correlação de Spearman dos escores de dor, segundo a dilatação cervical e a distância percorrida das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal. 2004. São Paulo, Brasil.

Dilatação cervical (cm)	R	p	Número de parturientes
5	0,49*	0,01	28
6	0,01	0,93	35
7	0,03	0,87	35
8	-0,09	0,63	34

* Correlação positiva significativa com nível 0,05.

DISCUSSÃO

A dor/desconforto que a mulher sente durante o trabalho de parto tem duas origens, a dor visceral e a dor perineal. A primeira, é resultante do primeiro estágio do parto onde acontece a dilatação cervical causada pela contração uterina. Normalmente, no período de dilatação a mulher sente dor somente duante as contrações. Esta dor é transmitida pelo seguimento espinhal nervoso T11-T12 e pelos nervos torácicos acessórios inferiores e simpático lombar superior, sendo que estes nervos têm origem no corpo uterino e na cérvix. Então a dor se localiza na porção inferior do abdomen e irradia para a área lombar das costas e para as coxas, aumentando sua intensidade com o aumento das contrações uterinas⁽⁵⁾.

A dor do trabalho de parto foi pontuada pelas participantes deste estudo como tendo uma intensidade média progressiva que acompanha a progressão da dilatação cervical. A influência combinada do avanço da dilatação cervical e da frequência e intensidade aumentadas das contrações uterinas é uma explanação lógica para a dor intensa que muitas mulheres experienciam, durante o final do primeiro período de parto⁽¹²⁾. Fato observado em nosso estudo, especialmente quando verificamos que todas as mulheres pontuaram a maior intensidade de dor aos 9 e 10 cm de dilatação cervical.

Entretanto, tais correlações e valores médios, não necessariamente refletem a experiência da mulher individualmente ao longo de todo o trabalho de parto. Quando os escores de dor da mulher individualmente são traçados ao longo do trabalho de parto, uma ampla variedade de padrões alta e baixa de escores emerge, o que parece ser independente tanto da dilatação como da paridade⁽¹²⁾. Outros autores esclarecem ainda, que a dor resulta em uma resposta psíquica a qual reflete nas ações físicas da parturiente^(5,12).

Essas considerações nos fazem sentido, ao analisarmos nossos achados, especialmente quando observamos uma grande variabilidade de pontuações de escores entre as parturientes até atingirem 8 cm de dilatação, como também entre algumas que iniciaram o trabalho de parto com valores altos aos escores de dor e à medida que o mesmo avançava os níveis de escore regrediam.

Tais observações vêm nos reforçar que a experiência da dor do parto é altamente individual, de variados estímulos recebidos e interpretados unicamente através de circunstâncias emocionais, motivacionais, cognitivas, sociais e culturais de cada mulher⁽¹³⁾.

Uma revisão sistemática feita sobre dor e satisfação das mulheres com a experiência do parto e nascimento traz importantes conclusões ao revelar que a quantidade de suporte recebido pelos profissionais, a qualidade de seu relacionamento com os profissionais (boa comunicação, informação, sentimentos que expressam confortos), o seu envolvimento na tomada de decisão e sua expectativa pessoal em relação à própria experiência do parto são os fatores mais importantes na definição pelas mulheres de satisfação com o parto. Conclui ainda a autora que outros fatores parecem ser considerados menos importantes, entre eles estão a idade, estado socioeconômico, etnicidade, preparação para o parto, ambiente físico do parto, deambulação no trabalho de parto, intervenções médicas, continuidade do cuidado e a própria dor de parto⁽¹⁴⁾.

O fato de termos encontrado uma correlação positiva entre quantidade deambulada até 5 cm de dilatação e escores de dor de trabalho de parto (quanto maior a deambulação maior foi a pontuação para os escores de dor) pode estar relacionado ao fato de nossas participantes serem nulíparas. Alguns autores esclarecem que o padrão de dor, durante o trabalho de parto e parto parece ser diferente de acordo com a paridade. Complementam dizendo que consistentes achados indicam que, durante o início da primeira fase do trabalho de parto, as mulheres nulíparas experimentaram, em média, maior dor do que as múltíparas. Explicam ainda que, quando o trabalho de parto progride, estas diferenças são menos evidentes, exceto durante a fase pélvica do trabalho de parto (desaceleração e segundo estágio do parto) nas mulheres múltíparas⁽¹²⁻¹⁴⁾. Diferenças fisiológicas no progresso da parturição entre nulíparas e múltíparas fornecem uma explanação para estas diferenças observadas em padrões de dor. Por causa da maioria dos estímulos, durante a fase de dilatação (primeira

fase) do trabalho de parto, ser atribuída à cérvix e ao segmento inferior do útero, uma explicação lógica é que as características das estruturas mais flexíveis das mulheres que já deram à luz previamente, podem realmente transmitir menos estímulos⁽¹²⁾.

Quando o trabalho de parto progride dentro da fase pélvica do parto (desaceleração com descida e expulsão fetal), estas mesmas características podem conduzir a uma percepção aumentada de dor como resultado da velocidade e rapidez com que o feto freqüentemente desce através da pelve materna⁽¹²⁾.

A esta explicação acrescentamos que, para entender os motivos da correlação entre percepção de maior sensação dolorosa entre aquelas estudadas por nós que mais deambularam, até os 5 cm de dilatação cervical, acreditamos que a posição vertical assumida pelas parturientes estudadas veio favorecer a maior intensidade das contrações uterinas como também o ajuste mais rápido da cabeça fetal na bacia materna, o que provavelmente aumentaria a percepção da sensação dolorosa.

Outra explicação se dá pelo fato da mulher parar de deambular por estar sentindo muita dor, ou seja aquela mulher que se tem um escore de dor mais alto, deambula-se menos por sentir desconfortada para tal.

No entanto, permanece a indagação sobre os reais motivos que levaram as parturientes que mais deambularam por volta dos 5 cm de dilatação a registrar

uma maior intensidade de dor. Diante destas observações, sugere-se que estudos mais aprofundados sejam feitos para confirmar essas conclusões.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo nos permitiram concluir que:

Todas as parturientes que fizeram parte deste estudo deambularam;

As participantes percorreram uma distância média de 1.624 metros, representando 63,09 % da fase ativa do trabalho de parto e em um tempo médio de 5 horas;

A quantidade deambulada durante as três primeiras horas da fase ativa está associada ao encurtamento do trabalho de parto, sendo que a cada 100 metros percorridos ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda hora e 6 minutos na terceira hora;

Quanto aos escores de dor, verificou-se que a pontuação dos mesmos aumenta à medida que a dilatação cervical avança;

Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre a deambulação e o escore de dor apenas aos 5 cm de dilatação, ou seja, quanto maiores os trajetos percorridos maiores foram os escores de dor pontuados pelas parturientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 2a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
2. Gualda DMR. Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1993.
3. Lowe NK. The pain and discomfort of labor and birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996; 25(01):82-92.
4. Gurgel AH, Cruz NL, Fernandes AFC, Silava RM. Fenômeno da dor no trabalho de parto: depoimentos de parturientes. *Rev Baiana Enfermagem*. 1997; 10(1/2): 95-105.
5. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem materna. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
6. Ochiai AM. O banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2000.
7. Sabatino H, Dunn PM, Caldeyro-Barcia R. Parto humanizado: formas alternativas. 2a. ed. Campinas: Ed Unicamp; 2000.

8. Mendez-Bauer C, Arroyo J, Garcia Ramos C, Menéndez A, Lavilla M, Izquierdo F, Villa Elízaga I. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *J Perinat Med* 1975; 3:89-99.
9. Sabatino H. Vertical position of the mother during labor. *RBM-GO*. 1997; 8(2):51-64.
10. Albers L. The relationship of ambulation in labor to operative delivery. *J. Nurse Midwifery* 1997; 42(1):4-8.
11. Bloom SL, Mcintire DD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. *N Engl J Med* 1998; 339(2):76-9.
12. Lowe NK. The nature and management of labor pain: Peer-Reviewed papers from an evidence-based symposium. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002; 186(5): S16-24.
13. Caton D, Coory MP, Frigoletto FD, Hopkins DP, Lieberman E, Mayberry L et al. The nature and management of labor pain: executive summary. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5): S1-S15.
14. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* 2003, Issue 3.