

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

Trabalho de Graduação

**Fatores associados à experiência e dor durante o trabalho de parto e parto vaginal
de mulheres brasileiras: estudo transversal**

Graduanda Alice Moralez de Figueiredo

Dra. Jordana Barbosa da Silva

Profa. Dra. Patricia Driusso

São Carlos

2023

RESUMO

Introdução: A dor do parto vaginal pode ser um importante fator que contribui para a redução dos índices de parto vaginal no mundo. **Objetivo:** Analisar os fatores associados à sensação dolorosa e a experiência da dor de mulheres brasileiras durante o trabalho de parto e parto vaginal. **Métodos:** Estudo transversal, que incluiu mulheres até três meses pós-parto. A coleta de dados foi realizada online utilizando “Google Forms”, por meio de dois questionários semiestruturados que incluíram perguntas sobre características sociodemográficas, presença de comorbidades e histórico obstétrico das participantes, além de avaliar condições referentes ao último trabalho de parto e parto. As mulheres preencheram a Escala Numérica de Dor (END) para avaliar a intensidade da dor no momento do trabalho de parto e parto. Ademais, o Questionário de Experiência do Parto (CEQ-Br), foi utilizado para avaliar condições relacionadas a felicidade, sensação de segurança e controle da situação da mulher, confiança na equipe e a presença de memórias positivas ou negativas do parto. O método de Delphi modificado foi utilizado na formulação dos questionários semiestruturados com perguntas baseadas em conhecimentos previamente descritos na literatura acerca de fatores associados a dor durante o trabalho de parto e parto vaginal. **Análise de dados:** Os dados foram analisados por meio do software SPSS utilizando a análise de regressão linear múltipla (método *enter*), com intervalo de confiança de 95%, e o teste de qui-quadrado de Pearson para verificar os desfechos experiência com o parto e dor. **Resultados:** Acompanhamento fisioterapêutico no período gestacional, fazer o uso do dilatador vaginal (Epi-no), a mulher estar em hospital/maternidade pública, receber massagem relaxante e ter a assistência da doula são fatores preditores positivos à experiência de parto das mulheres, enquanto a presença de intercorrência, o uso de ocitocina e a falta de assistência durante o trabalho de parto e parto são preditores negativos à experiência de parto das mulheres. Há uma relação entre dor leve durante o trabalho de parto, e dor leve e severa, e a mulher estar em hospital/maternidade pública. **Conclusão:** Há fatores preditores positivos e negativos para o parto vaginal em mulheres brasileiras.

Palavras-chave: trabalho de parto; parto vaginal; dor do parto; dor; saúde da mulher.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	6
2.1. Local e Participantes.....	6
2.2. Questionário semiestruturado sobre dados sociodemográficos e características ginecológicas e obstétricas.....	7
2.3. Questionário de avaliação de fatores relacionados a dor do trabalho de parto e parto vaginal.....	7
2.4. Questionário de Experiência do Parto (CEQ-Br).....	8
2.5. Escala numérica de dor (END).....	9
2.6. Forma de Análise dos Resultados.....	9
3. RESULTADOS.....	11
4. DISCUSSÃO.....	24
5. CONCLUSÃO.....	31
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
7. APÊNDICES.....	38
8. ANEXOS.....	43

1. INTRODUÇÃO

O parto vaginal é caracterizado pela passagem do bebê pelo canal vaginal durante o nascimento¹. Apesar do parto vaginal mostrar-se mais seguro para a mulher e para o recém-nascido²⁻³, as taxas de cesárea vêm crescendo no mundo todo⁴, inclusive no Brasil⁵. Atualmente, a taxa de cesárea no país é de 55%⁶, número que excede as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual considera ideal a taxa de cesárea entre 10-15%⁷⁻⁸.

Diversos fatores podem interferir na redução dos índices de parto vaginal e aumento da taxa de cesarianas⁹, sendo eles o medo do parto vaginal¹⁰, estresse durante a gestação, falta de suporte social, depressão e ansiedade¹¹. Dentre esses fatores, destaca-se o fator dor, presente no momento do trabalho de parto e durante o parto vaginal¹². A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial¹³, e é considerada uma experiência individual e única¹⁴⁻¹⁵. A percepção da parturiente em relação a sensação dolorosa pode ser influenciada por fatores diversos¹⁶ relacionados ao ambiente e a questões psicológicas, como medo e/ou ansiedade¹⁷.

Algumas mulheres toleram a dor do parto e não necessitam de qualquer intervenção, enquanto outras requerem métodos farmacológicos (ex. analgesia peridural¹⁸⁻¹⁹) e não-farmacológicos (ex. a acupuntura²⁰, a ioga²¹⁻²², a realização de exercícios físicos durante a gestação²³, a hidroterapia²⁴, técnicas de massagem²⁵, uso de neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS)²⁶ e até mesmo hipnose²⁷) para auxiliar no alívio da dor²⁸. Entretanto, para que a assistência adequada seja prestada à parturiente, é necessário reconhecer quais fatores podem estar relacionados à experiência da dor, de forma a incentivar práticas que possam realizar o manejo destes fatores mesmo durante a gestação.

Um estudo brasileiro prévio de abordagem qualitativa¹⁷ investigou a experiência

de dor relacionada ao parto e os fatores relacionados a esta experiência em mulheres brasileiras residentes do estado de São Paulo. Os autores concluíram que as mulheres que relatavam experiências positivas associadas a dor do parto solicitavam por mínimo suporte, demonstravam autocontrole emocional e expressavam que a dor era gerenciável. Por outro lado, as mulheres com experiências negativas associadas ao parto consideravam a dor como uma ameaça e punição e a associavam com emoções desagradáveis.

Ademais, há outros fatores associados a uma experiência positiva durante o parto como o suporte contínuo durante o parto²⁹, sensação de segurança³⁰ e protagonismo da mulher na tomada de decisões³¹. Em contrapartida, fatores como atitudes negativas em relação ao parto e baixa sensação de segurança podem induzir uma experiência negativa relacionada à dor³²⁻³³. Entretanto, ainda são controversos alguns resultados relacionados a análise da influência de alguns fatores sobre a experiência da dor. Enquanto alguns autores reportam uma associação positiva entre o uso de analgesia para o controle da dor e a experiência positiva de parto das mulheres³⁴, outros estudos relatam o uso de analgesia como um fator que contribui negativamente para essa experiência³⁵.

Há escassez de estudos que buscaram analisar a associação entre as variáveis relacionadas à sensação dolorosa e à experiência de dor durante o trabalho de parto e parto. Este tipo de estudo está relacionado com a análise de fatores preditores, associados às características que podem prever um resultado de interesse em resposta a uma intervenção específica³⁶. Um estudo realizado na Islândia com 726 mulheres concluiu que os fatores preditores a uma experiência de dor positiva durante o parto foram a atitude positiva em relação ao parto, suporte de profissionais de saúde, uso de analgesia epidural e níveis menos intensos de dor durante o trabalho de parto³⁴.

De forma similar, os resultados de um estudo realizado com 111 mulheres italianas concluíram que os fatores preditores a experiência do parto foram a duração da

fase expulsiva, o uso de analgesia epidural e o medo do parto³⁵. Já os fatores preditores da experiência do parto de mulheres iranianas foram o nível educacional dos companheiros das parturientes, assistência à saúde durante a gestação, presença de um acompanhante durante o parto, uso de anestesia, condições perineais, sentir-se motivada e incomodada com a gravidez e a satisfação com o ambiente do parto³⁰. Entretanto, não foram encontrados estudos brasileiros que buscaram avaliar a associação e presença de fatores preditores a sensação de dor e a experiência em relação ao parto em mulheres brasileiras.

Considerando que a experiência do parto é um fenômeno influenciado por fatores culturais e sociais³⁷⁻³⁸, a análise de fatores preditores relacionados à experiência e dor durante o trabalho de parto e parto vaginal de mulheres brasileiras pode contribuir para a elaboração de novas diretrizes relacionadas à prática clínica de profissionais de saúde que prestam assistência a gestantes e parturientes, uma vez que algumas ações e características associadas positiva ou negativamente a experiência da dor poderiam ser avaliadas e modificadas previamente, por meio da educação em saúde.

Portanto, o objetivo deste estudo é analisar os fatores associados à sensação dolorosa e a experiência de parto de mulheres brasileiras durante o trabalho de parto e parto vaginal.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descrito de acordo com as recomendações do STROBE, desenvolvido no Laboratório de Pesquisa em Saúde da Mulher, do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (CAAE: 48779121.4.0000.5504) (Anexo 1).

A coleta de dados foi realizada a partir do preenchimento de dois questionários semiestruturados, uma escala e um questionário validado disponibilizados no Google Forms e descritos a seguir. O método de Delphi³⁹ modificado foi utilizado na formulação dos questionários semiestruturados, a fim de determinar a importância e prioridade das questões. Eles foram construídos a partir perguntas baseadas em conhecimentos previamente descritos na literatura acerca de fatores associados a dor durante o trabalho de parto e parto vaginal. Os questionários foram enviados para 10 profissionais fisioterapeutas especializados em Saúde da Mulher e para 10 mulheres leigas para efetuar sua validação, de forma a adequar a linguagem e clareza do instrumento. As sugestões dos profissionais e das mulheres leigas foram discutidas e as alterações necessárias foram realizadas.

2.1. Local e Participantes

A divulgação do projeto e coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a novembro de 2022, nas redes sociais e plataformas de interação online (Instagram, Facebook, WhatsApp e outras) do Laboratório de Pesquisa em Saúde da Mulher, visando atingir mulheres de todos os estados brasileiros.

Foram incluídas no estudo mulheres com até três meses pós-parto vaginal, residentes nos estados brasileiros e capazes de ler e escrever. Foram excluídas mulheres que realizaram cesárea. O estudo foi realizado de forma online, por meio da plataforma de formulários do Google (Google Forms).

Para participar da pesquisa, as mulheres deveriam ler e preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e clicar na opção “ACEITO”. Em seguida, uma via do TCLE assinado pelo pesquisador responsável era enviada à participante por e-mail. Assim como os demais instrumentos utilizados nesta pesquisa, o TCLE estava disponível online.

2.2. Questionário semiestruturado sobre dados sociodemográficos e características ginecológicas e obstétricas

No intuito de realizar a caracterização das participantes do estudo, as mulheres preencheram um questionário online semiestruturado (Apêndice 1) que inclui 30 perguntas a respeito da região na qual as participantes moram, renda familiar, etnia, grau de escolaridade, idade, peso e altura, estado civil, número de partos vaginais/cesáreas anteriores, número de abortos prévios, idade da mulher quando realizou o primeiro e o último parto, presença de comorbidades (hipertensão, diabetes, obesidade e outras), realização de preparações físicas prévias ao parto (ex.: atendimentos fisioterapêuticos, aulas de Pilates e/ou hidroginástica ou outras), preparo psicológico e emocional a partir de acompanhamento psicológico e/ou grupos de apoio, rodas de conversa ou outras; e preparação da musculatura do assoalho pélvico para o parto.

2.3. Questionário de avaliação de fatores relacionados a dor do trabalho de parto e parto vaginal

O segundo questionário semiestruturado disponibilizado para as participantes do estudo (Apêndice 1) inclui 17 perguntas optativas a respeito do momento do trabalho de parto e do parto vaginal. As perguntas avaliam características como indução do trabalho de parto, local que a mulher passou maior parte do tempo durante o trabalho de parto, intercorrências durante o trabalho de parto e parto, uso de analgesia/anestesia ou métodos não farmacológicos para o alívio de dores, duração do trabalho de parto, presença de profissionais da saúde durante o trabalho de parto e parto, posicionamento durante o parto,

ocorrência de lacerações perineais e instrumentalização no parto.

2.4. Questionário de Experiência do Parto (CEQ-Br)

O questionário de experiência do parto (*Childbirth Experience Questionnaire - CEQ*), (Anexo 2) traduzido e validado para o português brasileiro⁴⁰, foi utilizado para avaliar a experiência relacionada ao parto. O instrumento possui quatro domínios (a capacidade pessoal da mulher, o suporte profissional, a sensação de segurança e a participação da mulher no parto) e contém 22 perguntas, sendo 19 de múltipla escolha e 3 utilizando a escala análoga visual (EVA), a qual mensura o nível de dor percebida pela mulher⁴¹.

As participantes do estudo preencheram o CEQ-Br de forma a avaliar características como sentimento de felicidade durante o trabalho de parto e parto, sensação de segurança e de controle da situação, sensação de medo, confiança na equipe, sensação de capacidade e a presença de memórias positivas ou negativas do parto.

A pontuação do CEQ-Br para as perguntas optativas se dá por meio dos valores 4 para “concordo totalmente”, 3 para “concordo na maioria”, 2 para “discordo na maioria” e 1 para “discordo totalmente”. Entretanto, para as questões com enunciados de palavras negativas, a pontuação se inverte. Ademais, para as perguntas que utilizam a EVA, as pontuações são convertidas da seguinte forma: 0-40 = 1, 41-60 = 2, 61-80 = 3 e 81-100 = 4. Para o cálculo da pontuação final do questionário, é feita a soma dos itens em cada domínio e a divisão pela quantidade total de itens. A pontuação final varia de 1 a 4, na qual as classificações mais elevadas refletem experiências de parto mais positivas e as pontuações mais baixas refletem experiências mais negativas⁴⁰⁻⁴¹.

O CEQ-Br apresentou alta consistência interna, substancial reprodutibilidade e uma boa margem de erro em todos os domínios durante a adaptação e validação para o português brasileiro, o que demonstra que o questionário é um instrumento válido e reprodutível a ser utilizado para avaliar a experiência de parto de puérperas brasileiras⁴⁰.

2.5. Escala numérica de dor (END)

A escala numérica de dor (END) foi utilizada para avaliar a intensidade da dor durante o trabalho de parto e parto vaginal. As participantes do estudo preencheram a END de forma a mensurarem a dor durante o trabalho de parto e, em seguida, preencheram a escala referindo-se à dor do parto vaginal. Este instrumento varia de 0-10 (zero a dez), sendo zero sem dor e dez a dor máxima. A escala é facilmente administrada e simples de pontuar. Sua confiabilidade teste-reteste é considerada moderada a alta, variando de 0,67 a 0,96⁴².

Para classificação da intensidade da dor do parto, foi considerada como dor leve a pontuação de 1 a 3, dor moderada de 4 a 7 e dor grave qualquer pontuação maior ou igual a 8⁴³⁻⁴⁴.

2.6. Forma de Análise dos Resultados

Os domínios do questionário de experiência do parto (capacidade própria, suporte profissional, segurança e participação), ou seja as variáveis dependentes, foram utilizados para investigar a associação com os fatores do período gestacional relacionados à preparo emocional (nenhum preparo emocional, acompanhamento psicológico, roda de conversa e grupo de apoio), preparo físico (nenhum preparo físico, pilates, fisioterapia convencional e hidroterapia), preparo do assoalho pélvico (nenhum preparo do assoalho pélvico, relaxamento, massagem e Epi-no) durante o período gestacional, fatores relativos ao trabalho de parto (trabalho de parto espontâneo, local do trabalho de parto, presença de intercorrência e uso de ocitocina), uso de recursos não farmacológicos para alívio da dor (água, massagem, mudança de posturas, acupuntura, cromoterapia, aromaterapia, musicoterapia, TENS ou nenhum) e assistência de profissionais da saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e doula), as quais são as variáveis independentes. Além disso, os domínios do questionário de experiência do parto e a escala numérica de dor também foram associados aos fatores

relacionados ao trabalho de parto e os recursos não farmacológicos utilizados para alívio da dor. Os dados são apresentados como média, desvio padrão (DP), frequências (%), coeficientes beta e intervalo de confiança de 95%. Foi realizada uma análise de regressão linear múltipla (método *enter*) com modelo construído a partir de variáveis independentes, respeitando os critérios de ausência de multicolinearidade e homocedasticidade. O valor de Durbin-Watson foi utilizado para verificar a independência dos resíduos. Além disso, foi realizada análise dos resíduos, teste de Mahalanobis e teste de Cook para verificação de outliers.

Para a análise de regressão linear múltipla, o beta é considerado como aquele que demonstra qual a capacidade da variável independente prever a variável dependente. Neste caso, as variáveis independentes são as preparações para o parto e os fatores relacionados ao trabalho de parto e parto, enquanto as dependentes são os domínios do questionário. O beta positivo significa que a relação entre as variáveis é positiva, ou seja, há uma melhora na variável dependente em decorrência da variável independente. Enquanto isso, o beta negativo significa que essa relação entre as variáveis é negativa, ou seja, há uma piora na variável dependente em decorrência da variável independente. Além disso, o R^2 demonstra a força de predição das variáveis independentes dentro do modelo, em relação às variáveis dependentes.

Por fim, foi realizado o teste do qui-quadrado de Pearson foi utilizado para analisar a relação entre dor leve, moderada ou severa durante o trabalho de parto e parto, e as variáveis de trabalho de parto espontâneo, local em que a mulher está durante o trabalho de parto e parto, presença de intercorrências e uso de ocitocina.

Para todas as análises foi considerado o valor de $p < 0,05$, e elas foram realizadas no software SPSS versão 23.0 (IBM, Armonk, NY).

3. RESULTADOS

Setecentas e quarenta e sete participantes potencialmente elegíveis foram recrutadas, entretanto, 360 mulheres foram excluídas pois realizaram cirurgia cesárea e/ou apresentavam histórico de parto há mais de 3 meses. Portanto, 387 participantes foram incluídas no estudo.

A Tabela 1 apresenta as características das participantes incluídas na presente pesquisa. A maioria residia na região Sudeste, era de cor branca, com nível de escolaridade maior de 11 anos (ensino superior ou pós-graduação), casada, com índice de massa corporal (IMC) médio de 25,4, representando sobrepeso, e idade média de 26,1 anos.

Tabela 1. Descrição das características das participantes.

Características das participantes		n	%
Estado de residência atual	Sudeste	218	56,3
	Sul	72	18,6
	Centro-Oeste	26	6,7
	Norte	13	3,4
	Nordeste	57	14,7
	Não especificado	1	0,3
Etnia	Branca	202	52,2
	Parda	142	36,7
	Amarela	8	2,1
	Preta	30	7,8
	Não sei/não queria responder	5	1,3
Nível de escolaridade	Até 8 anos	15	3,9
	De 9-11 anos	170	43,9
	Mais de 11 anos	201	51,9
	Não sei/não queria responder	1	0,3
Estado civil	Casada	160	41,3
	Solteira	104	26,9
	União estável	115	29,7
	Separada	4	1,0
	Não sei/Não queria responder	4	1,0
Índice de massa corporal	Mínimo		0,0
	Máximo		51,9

	Média (Desvio Padrão)	25,4 (5,1)
Idade	Mínimo	16
	Máximo	44
	Média (Desvio Padrão)	26,1 (6,1)

A Tabela 2 apresenta os dados relacionados as gestações prévias e último parto das participantes da pesquisa. A maioria das participantes era primigestas, com idade média da primeira gestação de 23,4 anos. Além disso, a média de tempo pós-parto das participantes foi de 1,8 meses e com peso médio do bebê de 3,2kg.

Tabela 2. Descrição dos dados gestações prévias e último parto.

Dados Parto		n	%
Número de gestações	1	247	56,3
	2	91	18,6
	3	28	6,7
	4	15	3,4
	5	6	1,6
Idade primeira gestação	Mínimo		14
	Máximo		40
	Média (Desvio Padrão)	23,4 (6,0)	
Tempo pós-parto (meses)	Mínimo		0,0
	Máximo		3,0
	Média (Desvio Padrão)	1,8 (0,9)	
Massa corporal bebê (kg)	Mínimo		1,0
	Máximo		4,7
	Média (Desvio Padrão)	3,2 (0,4)	

A Tabela 3 apresenta as características sobre as preparações físicas, emocionais e da musculatura do assoalho pélvico (MAP) das participantes para o trabalho de parto e parto e as características do trabalho de parto e parto. A maioria das participantes não realizou nenhuma preparação emocional, física ou da MAP para o trabalho de parto e parto. Ademais, a maioria delas teve um trabalho de parto espontâneo e estava em

hospital/maternidade pública durante o trabalho de parto e o parto. Além disso, a maioria das participantes não teve nenhuma intercorrência e não utilizou ocitocina durante o trabalho de parto. Em relação ao alívio da dor, a maioria das participantes utilizou água como método não farmacológico para alívio de dor, e não utilizou anestesia. Por fim, a maioria delas estava acompanhada de enfermeiro durante o trabalho de parto e parto.

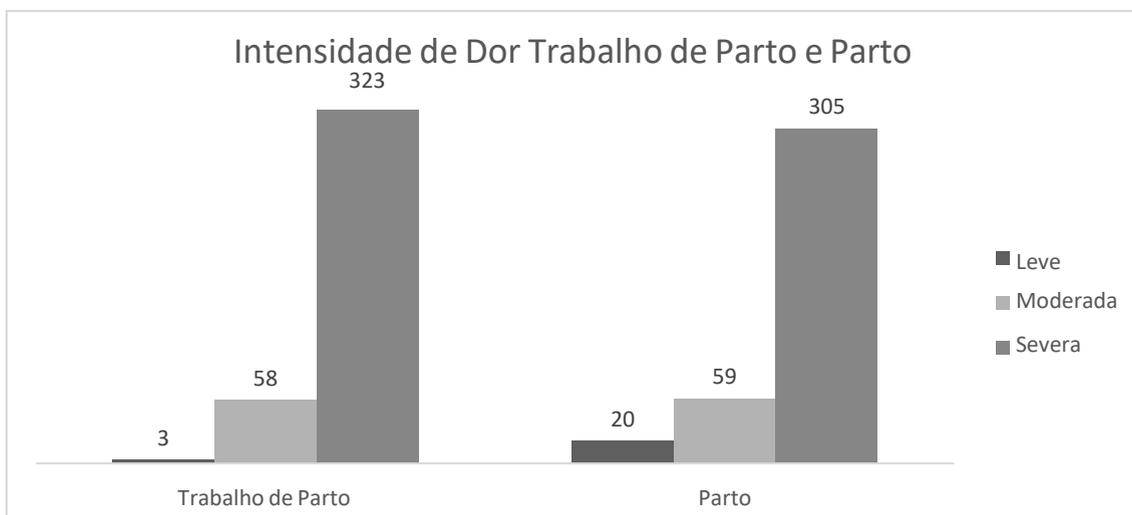
Tabela 3. Preparações e características Trabalho de Parto e Parto.

Preparações e características Trabalho de Parto e Parto		n	%
Preparação emocional	Rodas de conversa	34	8,8
	Grupos de apoio	41	10,6
	Outra	77	19,9
	Nenhuma	229	59,2
Preparação física	Fisioterapia	71	18,3
	Hidroterapia	9	2,3
	Pilates	61	15,8
	Outra	72	18,6
	Nenhuma	214	56,3
Preparação da Musculatura do Assoalho Pélvico	Relaxamento	74	19,1
	Massagem	66	17,1
	Dilatador vaginal (Epi-no)	36	9,3
	Outra	43	11,1
	Nenhuma	240	62,0
Trabalho de Parto Espontâneo	Sim	299	77,3
	Não	77	19,9
	Não soube informar	4	1,0
Local Trabalho de Parto	Em hospital/maternidade pública	187	48,3
	Em hospital/maternidade privada	74	19,1
	Em casa	114	29,5
	Em casa de parto	3	0,8
	Outro	2	0,5
Local Parto	Em hospital/maternidade pública	243	62,8
	Em hospital/maternidade privada	125	32,3
	Em casa	8	2,1
	Em casa de parto	3	0,8
	Outro	1	0,3

Intercorrência	Sim	33	8,5
	Não	336	86,8
	Não soube informar	11	2,8
Uso de Ocitocina	Sim, no início TP	49	12,7
	Sim, no momento de parir	92	23,8
	Não	223	57,6
	Não soube informar	16	4,1
Método não farmacológico para alívio de dor	Água	246	63,6
	Massagem	151	39,0
	Mudança de posturas	182	47,0
	Acupuntura	5	1,3
	Cromoterapia	11	2,8
	Aromaterapia	40	10,3
	Musicoterapia	38	9,8
	TENS	7	1,8
	Outro	29	7,5
	Nenhum	76	19,6
	Uso de anestesia	Sim	72
Não		302	78,0
Não soube informar		6	1,6
Acompanhamento de profissional de saúde	Médico	274	70,8
	Enfermeiro	309	79,8
	Técnico de Enfermagem	163	42,1
	Fisioterapeuta	21	5,4
	Doula	87	22,5
	Outro	12	3,1
	Nenhum	14	3,6

A Imagem 1 apresenta o gráfico de descrição dos dados de intensidade de dor do trabalho de parto e parto. A maioria das participantes relata ter sentido uma dor severa tanto durante o trabalho de parto e no momento do parto.

Imagem 1. Gráfico de descrição dos dados de intensidade de dor do trabalho de parto e parto.



A Tabela 4 apresenta as pontuações das participantes em cada domínio do questionário CEQ-Br (capacidade própria, suporte profissional, segurança e participação). O domínio com pontuação mais alta foi o de participação, enquanto aquele com pontuação mais baixa foi o domínio segurança.

Tabela 4. Pontuações domínios CEQ-Br.

Capacidade Própria	Mínimo	0,9
	Máximo	3,9
	Média (Desvio Padrão)	2,6 (0,6)
Suporte Profissional	Mínimo	0,9
	Máximo	3,3
	Média (Desvio Padrão)	3,3 (0,9)
Segurança	Mínimo	0,8
	Máximo	3,3
	Média (Desvio Padrão)	2,6 (0,6)
Participação	Mínimo	1,0
	Máximo	4,0
	Média (Desvio Padrão)	2,9 (1,1)

A Tabela 5 apresenta os resultados de regressão linear múltipla utilizada para verificar se os fatores de preparo físico (fisioterapia, hidroterapia, Pilates ou nenhum

preparo), são capazes de prever melhores resultados dos domínios de experiência do parto (capacidade própria, suporte profissional, segurança e participação). Tanto para o domínio suporte profissional [$F(4;375) = 6,65, p < 0,001; R^2 = 0,66$], quanto para o domínio segurança [$F(4;375) = 7,58, p < 0,001; R^2 = 0,75$], o modelo apresentou resultado estatisticamente significativo, no qual realização de acompanhamento fisioterapêutico no período gestacional foi previsora no modelo. No domínio suporte profissional ($\beta=0,19, t=3,19; p<0,01$), existe uma chance de 0,19 de que ter feito acompanhamento fisioterapêutico no período gestacional melhora esse domínio, e no domínio segurança ($\beta=0,15, t=2,50; p<0,01$), existe uma chance de 0,15 de que fazer ter o acompanhamento fisioterapêutico durante o período gestacional melhora esse domínio. Os demais domínios não apresentaram resultados significativos.

Tabela 5. Associação entre os domínios do questionário de experiência do parto e fatores relacionados à preparação física.

Questionário experiência parto	Preparação física	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Durbin- Watson
		B	Erro Padrão	Beta				Limite inferior	Limite superior	
Suporte Profissional	(Constante)	3,36	0,09			35,86	0,00	3,17	3,54	2,03
	Fisioterapia	0,39	0,12	0,19		3,19	0,00	0,15	0,62	
	Hidroterapia	0,18	0,26	0,03		0,67	0,50	-0,34	0,70	
	Pilates	0,21	0,12	0,10		1,69	0,09	-0,03	0,45	
	Nenhuma	-0,04	0,11	-0,03		-0,39	0,70	-0,25	0,17	
Segurança	(Constante)	2,63	0,07			37,03	0,00	2,49	2,77	2,11
	Fisioterapia	0,23	0,09	0,15		2,50	0,01	0,05	0,41	
	Hidroterapia	0,16	0,20	0,04		0,79	0,43	-0,24	0,55	
	Pilates	0,08	0,09	0,05		0,89	0,37	-0,10	0,27	
	Nenhuma	-0,15	0,08	-0,13		-1,87	0,06	-0,31	0,01	

A Tabela 6 apresenta os resultados de regressão linear múltipla utilizada para verificar se o preparo do assoalho pélvico (relaxamento, massagem perineal, dilatador vaginal [Epi-no] e nenhum preparo), é capaz de prever melhores resultados dos

domínios de experiência do parto (capacidade própria, suporte profissional, segurança e participação). Para o domínio segurança, o modelo apresentou resultado estatisticamente significativo [$F(4;375) = 7,30, p < 0,001; R^2 = 0,72$], no qual o uso do dilatador vaginal (Epi-no) ($\beta=0,12, t=2,16; p=0,03$), foi previsor no modelo. Neste caso, há 0,12 de chance de que utilizar o dilatador vaginal (Epi-no) melhora o domínio segurança. Os demais domínios não apresentaram resultados significativos.

Tabela 6. Associação entre os domínios do questionário de experiência do parto e fatores relacionados ao preparo do assoalho pélvico.

Questionário de experiência do parto	Preparo do assoalho pélvico	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Durbin-Watson
		B	Erro Padrão	Beta				Limite inferior	Limite superior	
Segurança	(Constante)	2,61	0,09			30,32	0,00	2,44	2,77	2,11
	Relaxamento	0,05	0,10	0,04		0,55	0,58	-0,14	0,25	
	Massagem perineal	0,16	0,10	0,10		1,57	0,12	-0,04	0,36	
	Dilatador vaginal (Epi-no)	0,25	0,12	0,12		2,16	0,03	0,02	0,48	
	Nenhum	-0,11	0,09	-0,09		-1,14	0,25	-0,29	0,08	

A Tabela 7 apresenta os resultados de regressão linear múltipla que foi utilizada para verificar se os fatores relativos ao trabalho de parto (presença de trabalho de parto espontâneo, local do trabalho de parto, presença de intercorrência, uso de ocitocina) são capazes de prever melhores resultados dos domínios de experiência do parto. Sobre o domínio capacidade própria, o modelo apresentou resultado estatisticamente significativo [$F(4;375) = 24,65, p < 0,001; R^2 = 0,21$], no qual o local ($\beta=0,20, t=4,12; p<0,01$), a presença de intercorrência ($\beta=-0,21, t=-4,41; p<0,01$) e o uso de ocitocina ($\beta=-0,22, t=-4,58; p<0,01$) foram previsoras no modelo. Neste caso, existe uma chance de 0,20 de que o local do trabalho de parto melhora o domínio capacidade própria; enquanto para a

presença de intercorrência, no qual o beta é negativo, há uma chance de 0,21 de que a presença de intercorrência piora o domínio de capacidade própria. Nesse mesmo sentido, o uso de ocitocina, por ter o beta negativo, representa que existe uma chance de 0,22 de que o uso de ocitocina piora o domínio capacidade própria.

Além disso, no domínio suporte profissional, o modelo apresentou resultado estatisticamente significativo [$F(4;375) = 18,80, p < 0,001; R^2 = 0,12$], no qual o local ($\beta=0,27, t=5,28; p<0,01$) e a presença de intercorrência ($\beta=-0,13, t=-2,58; p<0,01$) foram previsoras no modelo. O local de trabalho de parto representa que há uma chance de 0,27 de melhora no domínio suporte profissional, enquanto a presença de intercorrência, por ter o beta negativo, representa que há uma chance de 0,13 de piora no domínio suporte profissional.

Por fim, no domínio segurança, o modelo apresentou resultado estatisticamente significativo [$F(4;375) = 21,01, p < 0,001; R^2 = 0,18$], no qual o local ($\beta=0,23, t=4,81; p<0,01$), a presença de intercorrência ($\beta=-0,15, t=-3,21; p<0,01$) e o uso de ocitocina ($\beta=-0,19, t=-3,83; p<0,01$) foram previsoras no modelo. Neste caso, existe uma chance de 0,23 de que o local do trabalho de parto melhora o domínio segurança; enquanto para a presença de intercorrência, no qual o beta é negativo, há uma chance de 0,15 de piora no domínio segurança. Em relação ao uso de ocitocina, como o beta é negativo, existe uma chance de 0,19 de que o uso de ocitocina piora o domínio segurança. O domínio participação não apresentou resultado significativo.

Tabela 7. Associação entre os domínios do questionário de experiência do parto e fatores relacionados ao trabalho de parto.

Questionário de experiência do parto	Trabalho de parto	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Durbin- Watson
		B	Erro Padrão	Beta				Limite inferior	Limite superior	
Capacidade Própria	(Constante)	2,39	0,08			29,88	0,00	2,23	2,55	2,02
	Espontâneo	0,12	0,06	0,09		1,86	0,06	-0,01	0,25	
	Local	0,12	0,03	0,20		4,12	0,00	0,06	0,18	
	Intercorrência	-0,27	0,06	-0,21		-4,41	0,00	-0,39	-0,15	
	Uso de Ocitocina	-0,12	0,03	-0,23		-4,58	0,00	-0,17	-0,07	
Suporte Profissional	(Constante)	3,02	0,12			24,95	0,00	2,78	3,25	1,97
	Espontâneo	0,09	0,10	0,05		0,97	0,33	-0,10	0,29	
	Local	0,23	0,04	0,27		5,28	0,00	0,14	0,32	
	Intercorrência	-0,24	0,09	-0,13		-2,59	0,01	-0,42	-0,06	
	Uso de Ocitocina	-0,05	0,04	-0,06		-1,24	0,21	-0,12	0,03	
Segurança	(Constante)	2,33	0,09			26,23	0,00	2,15	2,50	2,06
	Espontâneo	0,13	0,07	0,09		1,88	0,06	-0,01	0,27	
	Local	0,15	0,03	0,23		4,81	0,00	0,09	0,22	
	Intercorrência	-0,22	0,07	-0,15		-3,22	0,00	-0,35	-0,08	
	Uso de Ocitocina	-0,11	0,03	-0,19		-3,83	0,00	-0,16	-0,05	

A Tabela 8 apresenta os resultados de regressão linear múltipla que foi utilizada para verificar se os fatores relativos a recursos não farmacológicos para alívio de dor durante o trabalho de parto (água, massagem relaxante, postura, acupuntura, cromoterapia, aromaterapia, musicoterapia, TENS e nenhum recurso) são capazes de prever melhores resultados dos domínios de experiência do parto. Sobre o domínio segurança, o modelo apresentou resultado estatisticamente significativo [$F(9;370) = 2,82$, $p < 0,001$; $R^2 = 0,63$], no qual a massagem ($\beta=0,14$, $t=2,34$; $p=0,02$) foi previsora no modelo. Assim, existe uma chance de 0,14 de que a massagem melhora o domínio segurança. Os demais domínios não apresentaram resultados significativos.

Tabela 8. Associação entre os domínios do questionário de experiência do parto e fatores relacionados à recursos não farmacológicos para alívio da dor.

Questionário de experiência do parto	Alívio da dor no trabalho de Parto	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Durbin-Watson
		B	Erro Padrão	Beta				Limite inferior	Limite superior	
Segurança	(Constante)	2,54	0,09			27,65	0,00	2,36	2,72	2,06
	Água	-0,01	0,09	-0,01		-0,17	0,87	-0,18	0,15	
	Massagem relaxante	0,17	0,07	0,14		2,34	0,02	0,03	0,31	
	Postura	0,03	0,07	0,03		0,42	0,67	-0,11	0,18	
	Acupuntura	0,35	0,27	0,07		1,29	0,20	-0,18	0,88	
	Cromoterapia	0,10	0,19	0,03		0,51	0,61	-0,28	0,47	
	Aromaterapia	0,05	0,11	0,03		0,46	0,64	-0,17	0,27	
	Musicoterapia	0,04	0,11	0,02		0,35	0,72	-0,18	0,26	
	TENS	0,34	0,23	0,08		1,48	0,14	-0,11	0,79	
Nenhuma	-0,19	0,11	-0,13		-1,69	0,09	-0,41	0,03		
Participação	(Constante)	2,68	0,17			15,60	0,00	2,35	3,02	2,09
	Água	0,22	0,16	0,09		1,35	0,18	-0,10	0,53	
	Massagem	-0,09	0,14	-0,04		-0,65	0,51	-0,36	0,18	
	Postura	0,25	0,14	0,11		1,81	0,07	-0,02	0,52	
	Acupuntura	-0,26	0,50	-0,03		-0,51	0,61	-1,25	0,73	
	Cromoterapia	-0,09	0,36	-0,01		-0,24	0,81	-0,79	0,62	

Aromaterapia	0,26	0,21	0,07	1,23	0,22	-0,15	0,67
Musicaterapia	0,12	0,21	0,03	0,55	0,58	-0,30	0,53
TENS	0,13	0,43	0,02	0,30	0,76	-0,71	0,97
Nenhuma	0,00	0,21	0,00	0,00	1,00	-0,42	0,42

A Tabela 9 apresenta os resultados de regressão linear múltipla que foi utilizada para verificar se a assistência de profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e doula) é capaz de prever melhores resultados dos domínios de experiência do parto. Sobre o domínio capacidade própria, o modelo apresentou resultado estatisticamente significativo [$F(6;373) = 4,02, p < 0,001; R^2 = 0,61$], no qual a assistência da doula ($\beta=0,17, t=3,31; p=0,001$) e a falta de assistência ($\beta=-0,16, t=-2,77; p=0,006$) foram previsoras no modelo. Neste caso, há uma chance de 0,17 de que a assistência da doula melhora o domínio capacidade própria, enquanto a falta de assistência, por ter o beta negativo, representa que existe uma chance de 0,16 de piora no domínio de capacidade própria. Além disso, no domínio suporte profissional, o modelo apresentou resultado estatisticamente significativo [$F(6;373) = 12,47, p < 0,001; R^2 = 0,17$], no qual a assistência da doula ($\beta=0,20, t=4,03; p=0,001$) e a falta de assistência ($\beta=-0,34, t=-6,27; p=0,001$) foram previsoras no modelo. A assistência da doula representa que há 0,20 de chance de melhora no domínio suporte profissional. Por outro lado, existe uma chance de 0,34 de que a falta de assistência piora o domínio suporte profissional, uma vez que o beta é negativo.

Por fim, sobre o domínio segurança, o modelo apresentou resultado estatisticamente significativo [$F(6;373) = 6,90, p < 0,001; R^2 = 0,10$], no qual a assistência da doula ($\beta=0,18, t=3,68; p=0,001$) e a falta de assistência ($\beta=-0,24, t=-4,25; p=0,001$) foram previsoras no modelo. Nesse sentido, existe uma chance de 0,18 de que a assistência da doula melhora o domínio segurança, enquanto há uma chance de 0,24 de

que a falta de assistência piora esse domínio, visto que o beta é negativo. O domínio participação não apresentou resultado significativo.

Tabela 9. Associação entre os domínios do questionário de experiência do parto e assistência de profissionais de saúde.

Questionário de experiência do parto	Profissionais da saúde	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Durbin-Watson
		B	Erro Padrão				Limite inferior	Limite superior	
Capacidade Própria	(Constante)	2,640	,087		30,401	,000	2,469	2,811	1,99
	Médico	-,017	,067	-,014	-,256	,798	-,149	,115	
	Enfermeiro	-,078	,080	-,055	-,974	,330	-,236	,080	
	Técnico de enfermagem	-,049	,060	-,044	-,818	,414	-,166	,068	
	Fisioterapeuta	-,045	,123	-,019	-,366	,714	-,287	,197	
	Doula	,227	,069	,173	3,308	,001	,092	,362	
	Não	-,467	,168	-,159	-2,773	,006	-,799	-,136	
Suporte profissional	(Constante)	3,542	,117		30,200	,000	3,312	3,773	2,02
	Médico	,120	,091	,068	1,324	,186	-,058	,299	
	Enfermeiro	-,251	,109	-,124	-2,315	,021	-,465	-,038	
	Técnico de enfermagem	-,007	,081	-,004	-,083	,934	-,165	,152	
	Fisioterapeuta	-,184	,166	-,053	-1,111	,267	-,511	,142	
	Doula	,374	,093	,198	4,027	,000	,191	,556	
	Não	-1,428	,228	-,340	-6,275	,000	-1,875	-,980	
Segurança	(Constante)	2,683	,093		28,911	,000	2,500	2,865	2,08
	Médico	,007	,072	,005	,095	,924	-,134	,148	
	Enfermeiro	-,108	,086	-,070	-1,260	,208	-,277	,061	
	Técnico de enfermagem	-,071	,064	-,058	-1,118	,264	-,196	,054	
	Fisioterapeuta	-,036	,131	-,014	-,273	,785	-,294	,222	
	Doula	,270	,073	,188	3,676	,000	,125	,414	
	Não	-,766	,180	-,239	-4,253	,000	-1,120	-,412	

Adicionalmente, foi realizada uma regressão linear múltipla para verificar se os fatores relativos ao trabalho de parto e os fatores relativos aos recursos não farmacológicos para alívio de dor durante o trabalho de parto são capazes de prever o

relato de dor por meio da escala numérica, no entanto, o resultado dessa análise não foi estatisticamente significativa.

A Tabela 10 apresenta os resultados do teste de qui-quadrado de Pearson que foi utilizado para verificar se as intensidades de dores do trabalho de parto são independentes das variáveis de trabalho de parto espontâneo, local de trabalho de parto e parto, intercorrência e uso de ocitocina. Foi encontrado um resultado significativo em relação a presença de dor leve e o local de trabalho de parto e parto, uma vez que valor de $p < 0,05$.

Tabela 10. Intensidade da dor Trabalho de Parto.

	Trabalho de parto Espontâneo	Local Trabalho de Parto/Parto	Intercorrência	Uso de Ocitocina
Dor leve	0,494	0,046	0,329	0,333
Dor moderada	0,959	0,164	0,914	0,092
Dor severa	0,584	0,641	0,336	0,477

A Tabela 11 apresenta os resultados do teste de qui-quadrado de Pearson que foi utilizado para verificar se as intensidades de dores do parto são independentes das variáveis de trabalho de parto espontâneo, local de trabalho de parto e parto, intercorrência e uso de ocitocina. Foi encontrado um resultado significativo em relação a presença de dor leve e dor severa em relação ao local de trabalho de parto e parto, uma vez que valor de $p < 0,05$.

Tabela 11. Intensidade da dor Parto.

	Trabalho de parto Espontâneo	Local Trabalho de Parto/Parto	Intercorrência	Uso de Ocitocina
Dor leve	0,494	0,046	0,329	0,333
Dor moderada	0,838	0,089	0,967	0,384
Dor severa	0,720	0,050	0,558	0,171

4. DISCUSSÃO

Este estudo é um pioneiro na população brasileira, no qual o objetivo foi avaliar a associação e presença de fatores preditores a sensação de dor e a experiência em relação ao trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras. Os achados deste estudo apontam que fatores preditores positivos à experiência de parto foram realizar fisioterapia no período gestacional, utilizar o dilatador vaginal (Epi-no) como técnica de preparo da MAP, receber massagem durante o trabalho de parto, o local em que a mulher está durante o trabalho de parto e parto e ter assistência de um profissional durante o trabalho de parto. Ademais, também foram encontrados fatores preditores negativos à experiência de parto, como, por exemplo, a falta de assistência durante o trabalho de parto, uso de ocitocina e intercorrências durante o trabalho de parto.

Os resultados deste estudo demonstram que ter o acompanhamento fisioterapêutico durante o período gestacional pode resultar em uma maior sensação de segurança da mulher, além de um maior suporte profissional. Pode-se associar esses achados a uma provável criação de vínculo entre o profissional e a mulher durante os meses de gestação até o momento do parto, além da mulher ter uma maior consciência

corporal e conhecimento das mudanças que irão ocorrer com o seu corpo durante o trabalho de parto e parto, o que reflete na maior sensação de segurança da mulher durante seu trabalho de parto e parto. Além disso, sabe-se que o profissional da fisioterapia tem como um de seus objetivos promover e manter a saúde integral da mulher durante a gestação, por meio de estratégias de prevenção e tratamento de possíveis complicações que possam surgir desde a gravidez até o pós-parto⁴⁵. Ademais, o fisioterapeuta pode auxiliar as mulheres a melhorar a consciência funcional do assoalho pélvico, coordenar as contrações musculares e melhorar o funcionamento no geral do assoalho pélvico⁴⁶.

Estudos anteriores⁴⁷⁻⁴⁸ relatam que o acompanhamento fisioterapêutico durante a gestação é de extrema importância, uma vez que é possível diminuir a presença de disfunções do assoalho pélvico, como a incontinência urinária. Isso é relevante uma vez que durante a gestação pode haver um aumento nas chances da mulher de desenvolver algumas disfunções da MAP⁴⁸, sendo o fisioterapeuta o profissional responsável por auxiliar a mulher nesse momento e reduzir as chances de que ela tenha essas disfunções.

Apesar da inconsistência de achados sobre os benefícios do uso do dilatador vaginal (Epi-no) para mulheres durante a gestação para a prevenção de lacerações perineais⁴⁹⁻⁵⁰, estudos anteriores⁵¹ investigaram a utilização do dilatador vaginal (Epi-no) comparando com as taxas de episiotomia e lacerações perineais, duração dos estágios de trabalho de parto e uso de analgesia durante o parto. Além de outros fatores, foi encontrada uma redução significativa na duração do segundo estágio de trabalho de parto e uma diminuição na necessidade de uso de analgesia, fatores que podem estar relacionados com os achados neste estudo, no qual utilizar o dilatador vaginal (Epi-no) trouxe uma melhor sensação de segurança das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Sabe-se que a utilização do dilatador vaginal (Epi-no) na gestação tem como principal função ensinar a mulher como realizar a força de expulsão durante o momento do parto⁵².

Além disso, estudos anteriores⁵³⁻⁵⁵ relatam a importância da mulher se sentir segura no ambiente que está durante o momento do trabalho de parto e parto. De acordo com os achados neste estudo, o local que a mulher está durante seu trabalho de parto e parto influencia na sua sensação de segurança, capacidade própria e suporte profissional, afetando positivamente sua experiência no parto.

Muitas mulheres podem apresentar intercorrências durante o momento de trabalho de parto e parto⁵⁶⁻⁵⁷, como, por exemplo, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hemorragia, lacerações, parto prematuro, baixo peso de nascimento, entre outros⁵⁷. No estudo de Rattasumpun, P.⁵⁸, foi encontrado que mulheres que tiveram intercorrências durante o parto, sentiram uma mudança na experiência de parto – a experiência de parto, a qual as mulheres sentiam que deveria ser alegre, se tornou um evento de complicação médica após terem a intercorrência, o que afetou o seu bem-estar e de sua família. Adicionado a isso, as mulheres relataram que se sentiam preocupadas com o bebê durante esse momento. Esses fatos vão de encontro com os achados neste estudo, uma vez que a presença de intercorrências aparenta diminuir a sensação de segurança, de capacidade própria e de suporte profissional da mulher, afetando negativamente na sua experiência com o trabalho de parto e parto.

Ainda, neste estudo foi encontrado que o uso de ocitocina demonstra trazer menor sensação de segurança e de capacidade própria, fatores que estão associados negativamente à experiência de parto das mulheres. De forma similar, estudos anteriores⁵⁹⁻⁶⁰ encontraram que o uso de ocitocina reduz a satisfação da mulher com o seu parto. No estudo de Selin L.⁶¹, os resultados mostram que mulheres que receberam baixas doses de ocitocina e altas doses de ocitocina não tiveram diferenças significativas quando a experiência de parto no geral, de acordo com os quatro domínios do questionário CEQ, sendo eles capacidade própria, segurança, suporte e participação. Desse modo, isso pode demonstrar que apesar de o uso de ocitocina piorar a experiência de parto das mulheres,

as diferenças de doses não interferem entre si na experiência da mulher.

De forma similar aos achados neste estudo, estudos anteriores^{29,62} demonstram que a massagem é um fator que parece estar relacionado com melhores experiências de parto das mulheres. O estudo de Taheri M.²⁹, identificou a eficácia de intervenções sobre a percepção das mulheres em relação a sua experiência de parto. Foram identificadas quatro categorias principais de estratégias para melhorar a experiência do parto: suporte das mulheres durante o parto, relaxamento e alívio de dor durante o parto, cuidados intrapartos com mínimas intervenções, e preparação para o parto e prontidão para complicações - algumas das quais tiveram um resultado positivo, enquanto outras não. Desse modo, a massagem relaxante parece ser uma técnica de relaxamento que pode ser recomendada clinicamente para melhorar a experiência de parto dessas mulheres, entretanto, há uma dúvida se a experiência de parto mais positiva está relacionada principalmente a técnica da massagem, ou a uma consequência do suporte social envolvido na massagem.

Ademais, estudos anteriores^{30,34,63,64} corroboram com os achados de que a assistência da doula durante o trabalho de parto e parto demonstra estar relacionada positivamente com a sensação de capacidade própria e segurança da mulher, enquanto a falta de assistência durante o trabalho de parto e parto demonstra estar relacionada de forma negativa. No estudo de Van der Gucht, N.³⁰, as mulheres participantes descreveram que o suporte de profissionais de saúde durante todo o momento de trabalho de parto e parto trouxe uma influência considerável na capacidade de enfrentamento delas durante o momento do parto. Se oposto a isso, quando não houve o suporte contínuo desses profissionais durante o trabalho de parto e parto, as mulheres tiveram um prejuízo na capacidade de lidar com o parto. O estudo de Liu, Y.⁶⁵, concluiu que o aconselhamento pré-natal, a presença de doula e a presença de familiares no momento do parto foram positivamente relacionados com a satisfação das mulheres com o parto. Além disso,

estudos anteriores⁶⁶ descobriram que a companhia durante o trabalho de parto e parto, fator que está entre uma das funções da profissão da doula, pode melhorar a experiência de parto das mulheres.

Como a literatura demonstra⁶⁷, a presença da doula no momento do parto diminui as chances da mulher passar por um parto cesariano não indicado – isto poderia explicar a mulher se sentir mais segura em frente as decisões que poderão ser tomadas em relação à via de parto e vontades que a mulher tenha serem respeitadas estando acompanhada da doula durante todo o momento de trabalho de parto e parto e, conseqüentemente, poderia explicar a diminuição na segurança da mulher que teve falta de assistência de profissionais da saúde durante seu trabalho de parto e parto. Entretanto, sabe-se que outros profissionais possuem funções importantes durante o trabalho de parto. Há evidências que a presença do enfermeiro na equipe de assistência a parturiente tem um impacto positivo, inclusive uma redução na taxa de cesariana dessas mulheres, além de alcançar melhores resultados de parto⁶⁸⁻⁶⁹. Os profissionais da fisioterapia, por sua vez, são capacitados, entre outros fatores, para auxiliar no alívio da dor do parto por meio de métodos não-farmacológicos de alívio de dores⁷⁰⁻⁷¹.

Entretanto, de acordo com os resultados do nosso estudo, poucas mulheres foram acompanhadas por profissionais enfermeiros//fisioterapeutas durante o trabalho de parto e parto, fato que demonstra que ainda existe uma subsistência às mulheres quando se trata da atuação destes profissionais. Além disso, o baixo índice destas práticas pode ter interferido na análise estatística do presente estudo.

Em relação ao fator dor, o estudo não demonstrou ter uma diferença estatística significativa. Isto pode ter ocorrido por conta do mecanismo do parto vaginal, no qual há a presença de dor devido as alterações fisiológicas do parto (ex., dilatação cervical do colo do útero, contrações uterinas, distensão do segmento inferior do útero, do assoalho pélvico, vagina e períneo)⁷²⁻⁷³. Ademais, na análise não foram considerados fatores para

auxiliar no alívio da dor, fator que pode ter interferido nos resultados encontrados. Além disso, a forma como foi escrita a pergunta pode influenciar a resposta das participantes. Desse modo, o ideal era seguir as recomendações da IASP¹³, na qual define a melhor forma de perguntar como “Em uma escala de 0 a 10, correspondendo o 0 a ausência de dor e o 10 a pior dor imaginável, qual foi seu nível de dor...?”, fator que pode ter influenciado uma resposta com viés a estas perguntas.

Este estudo apresenta alguns pontos fortes, como por exemplo o número amostral, que contou com 387 participantes, número que pode ser considerado alto em comparação com estudos anteriores sobre a temática^{17,31,33,35,38}. Além disso, mulheres de diferentes regiões do Brasil foram incluídas. Considerando que o Brasil é um país vasto, populações de diferentes localidades podem apresentar diferentes percepções em relação ao parto. Dessa forma, retificamos a validade externa dos dados da nossa pesquisa. Outro fator é o tempo de pós-parto considerado neste estudo – incluímos apenas participantes que estavam até os três meses pós-parto, uma vez que tentamos evitar viés de memória das participantes.

Por outro lado, este estudo também apresenta algumas limitações. O fato de não haver um contato pessoalmente com a mulher e realizar a coleta de dados de forma online pode levar a uma discordância de relatos entre as respostas, pelo fato das participantes não entenderem inteiramente as perguntas, ou pela vontade das mulheres em não relatarem alguns fatos que possam ter acontecido no momento do trabalho de parto e parto. Entretanto, para minimizar estas limitações, nós realizamos um estudo piloto com profissionais da saúde e pessoas leigas, com o questionário utilizado na coleta de dados, com o intuito de simplificar as perguntas e respostas do instrumento, e mantê-lo o mais compreensível possível. Ademais, não foi realizado o cálculo amostral do estudo, sendo esta uma limitação. Por fim, o tempo de pós-parto em que a mulher respondeu ao questionário pode ter influência na sua resposta e alterar sua percepção em relação ao

parto. Neste estudo, incluímos apenas participantes em até 3 meses de pós-parto, portanto, futuros estudos podem analisar as diferenças de percepções entre os meses após o parto, a fim de descobrirem se há uma diferença nessas percepções ao longo do tempo ou não, além de analisarem os fatores de auxílio no alívio da dor e sua relação com a intensidade de dor sentida pela mulher durante o trabalho de parto e parto.

Tendo em vista que a experiência do parto sofre influência de fatores culturais e sociais³⁷⁻³⁸, além de que o parto vaginal é considerado mais seguro para as mulheres e para os bebês²⁻³ e que as taxas de cesárea no Brasil⁵ estão acima daquelas recomendadas pela OMS⁷⁻⁸, este estudo contribui para a elaboração de novas diretrizes relacionadas à prática clínica de profissionais de saúde que prestam assistência a gestantes e parturientes brasileiras, uma vez que as características encontradas neste estudo, associadas de forma positiva ou negativa a experiência da dor e do parto, podem ser avaliadas e modificadas por meio da educação em saúde, trazendo, assim, uma experiência de parto mais positiva às mulheres brasileiras e um possível aumento no número de partos vaginais no país.

De forma resumida, os achados deste estudo estão apresentados na Imagem 2.

Imagem 2. Resumo dos achados no estudo.

Segurança	Suporte Profissional	Capacidade Própria
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento fisioterapêutico (+) • Uso de dilatador vaginal (Epi-no) (+) • Hospital/Maternidade Pública (+) • Massagem (+) • Assistência da doula (+) • Presença de intercorrência (-) • Uso de ocitocina (-) • Falta de assistência (-) 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento fisioterapêutico (+) • Hospital/Maternidade Pública(+) • Presença de intercorrência (-) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital/Maternidade Pública(+) • Assistência da doula (+) • Presença de intercorrência (-) • Uso de ocitocina (-) • Falta de assistência (-)

5. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo mostram que fazer fisioterapia no período gestacional, fazer o uso do dilatador vaginal (Epi-no), o local em que a mulher está durante o trabalho de parto e parto, receber massagem durante o trabalho de parto e ter a assistência da doula durante o momento de trabalho de parto e parto são fatores preditores positivos à experiência de parto das mulheres. Se opondo a isso, a presença de intercorrência, o uso de ocitocina e a falta de assistência durante o trabalho de parto e parto são preditores negativos à experiência de parto das mulheres. Ademais, há uma relação entre a presença de dor leve durante o trabalho de parto e o local em que a mulher estava durante, da mesma forma que há uma relação entre a presença de dor leve e severa do parto e o local em que a mulher estava durante o momento do parto.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Care in Normal Birth: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group. **Birth**, v. 24, n. 2, p. 121–123, 1997.
2. DENEUX-THARAUX, C. et al. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. **Obstetrics and Gynecology**, v. 108, n. 3, p. 541–548, 2006.
3. QUINLAN, J. D.; MURPHY, N. J. Cesarean delivery: Counseling issues and complication management. **American Family Physician**, v. 91, n. 3, p. 178–184, 2015.
4. REISZ, S.; JACOBVITZ, D.; GEORGE, C. Birth and Motherhood: Childbirth Experience and Mothers. **Infant Mental Health Journal**, v. 36, n. 2, p. 167–178, 2015.
5. LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. SUPPL1, p. 17–32, 2014.
6. DINIZ, J.A.P.M. A assustadora taxa de cesáreas no Brasil. **Boletim PEBMED**, 2021.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436-437, 1985.
8. VELHO, M. B. EATRI.; DOS SANTOS, E. K. OTZIA. A.; COLLAÇO, V. S. Natural childbirth and cesarean section: social representations of women who experienced them. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 282–289, 2014.
9. CHUNTHARAPAT, S.; PETPICHETCHIAN, W.; HATTHAKIT, U. Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 14, n. 2, p. 105–115, 2008.
10. NILSSON, C. et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1–15, 2018.
11. DENCKER, A. et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. **Women and Birth**, v. 32, n. 2, p. 99–111, 2019.
12. FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. **Análise Psicológica**, v. 20, n. 2, p. 203–217, 2012.
13. RAJA, S. N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976–1982, 2020.
14. NILSEN, E.; SABATINO, H.; DE MORAESLOPES, M. H. B. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 45, n. 3, p. 557–565, 2011.
15. JUNGE, C. et al. Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A

- population-based, longitudinal study. **Birth**, v. 45, n. 4, p. 469–477, 2018.
16. FIRMINO, K.C. et al. Percepção da mulher frente à dor do parto. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 1, p. 87-101, 2020.
 17. HENRIQUE, A. J. et al. Understanding childbirth pain in Brazilian women: A qualitative descriptive study. **Women and Birth**, n. 2019, 2020.
 18. NANJI, J. A.; CARVALHO, B. Pain management during labor and vaginal birth. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 67, n. xxxx, p. 100–112, 2020.
 19. KOYYALAMUDI, V. et al. New Labor Pain Treatment Options. **Current Pain and Headache Reports**, v. 20, n. 2, p. 1–9, 2016.
 20. SMITH, C. A. et al. Acupuncture or acupressure for pain management during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2020, n. 2, 2020.
 21. CHUNTHARAPAT, S.; PETPICHETCHIAN, W.; HATTHAKIT, U. Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 14, n. 2, p. 105–115, 2008.
 22. BABBAR, S.; PARKS-SAVAGE, A. C.; CHAUHAN, S. P. Yoga during pregnancy: A review. **American Journal of Perinatology**, v. 29, n. 6, p. 459–464, 2012.
 23. MAKVANDI, S. et al. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 41, n. 11, p. 1679–1686, 2015.
 24. CLUETT, E. R.; BURNS, E. Immersion in water in labour and birth. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 5, p. 364, 2013.
 25. SMITH, C. A. et al. Manual healing methods including massage and reflexology for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, 2011.
 26. PAL, S. et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in sickle cell disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2020, n. 3, 2020.
 27. MADDEN, K. et al. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2016, n. 5, 2016.
 28. JONES, L. et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2011.
 29. TAHERI, M. et al. Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, p. 1–13, 2018.

30. VAN DER GUCHT, N.; LEWIS, K. Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. **Midwifery**, v. 31, n. 3, p. 349–358, 2015.
31. KLOMP, T. et al. What do midwives need to know about approaches of women towards labour pain management? A qualitative interview study into expectations of management of labour pain for pregnant women receiving midwife-led care in the Netherlands. **Midwifery**, v. 30, n. 4, p. 432–438, 2014.
32. KARLSDOTTIR, S. I. et al. Pregnant women's expectations about pain intensity during childbirth and their attitudes towards pain management: Findings from an Icelandic national study. **Sexual and Reproductive Healthcare**, v. 6, n. 4, p. 211–218, 2015.
33. BEIGI, S. M. et al. The relationship between attitude toward labor pain and length of the first, second, and third stages in primigravida women. **Journal of Education and Health Promotion**, 2019.
34. KARLSDOTTIR, S. I. et al. Predictors of women's positive childbirth pain experience: Findings from an Icelandic national study. **Women and Birth**, v. 31, n. 3, p. e178–e184, 2018.
35. FENAROLI, V. et al. The childbirth experience: obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 419, 2019.
36. RUBERG, S.J.; SHEN, L. Personalized Medicine: Four Perspectives of Tailored Medicine. **Statistics in Biopharmaceutical Research**, v. 7, p. 214-229, 2015.
37. LEWALLEN, L.P. The importance of culture in childbearing. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 40, p. 4-8, 2011.
38. KAPHLE, S.; HANCOCK, H; NEWMAN, L.A. Childbirth traditions and cultural perceptions of safety in Nepal: critical spaces to ensure the survival of mothers and newborns in remote mountain villages. **Midwifery**, v. 29, n. 10, p. 1173-81, 2013.
39. MCPHERSON, S.; REESE, C.; WENDLER, M. C. Methodology update: Delphi studies. **Nursing Research**, v. 67, n. 5, p. 404–410, 2018.
40. DA SILVA VIEIRA, R. C. M. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Brazilian Portuguese version of the childbirth experience questionnaire. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, p. 1–8, 2020.
41. DENCKER, A. et al. Childbirth experience questionnaire (CEQ): Development and evaluation of a multidimensional instrument. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 10, n.

1, p. 81, 2010.

42. KAHL, C.; CLELAND, J. A. Visual analogue scale, numeric pain rating scale and the McGill pain Questionnaire: an overview of psychometric properties. **Physical Therapy Reviews**, v. 10, n. 2, p. 123–128, 2005.

43. COLLINS, S.L.; MOORE, R.A.; MCQUAY, H.J. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? **Pain**, v. 72, n. 1-2, p. 95-97, 1997.

44. BOONSTRA, A.M. et al. Cut-Off Points for Mild, Moderate, and Severe Pain on the Numeric Rating Scale for Pain in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Variability and Influence of Sex and Catastrophizing. **Frontiers in Psychology**, v. 7, 2016.

45. KEIL, M. J. et al. Physiotherapy in obstetrics through the eyes of pregnant women: a qualitative study. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, n. Fisioter. mov., 2022 35(spe), 2022.

46. LAWSON, S.; SACKS, A. Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 63, n. 4, p. 410–417, 2018.

47. HARVEY, M. A. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction. **Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC**, v. 25, n. 6, p. 487–498, 2003.

48. BOZKURT, M.; YUMRU, A. E.; ŞAHİN, L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 53, n. 4, p. 452–458, 2014.

49. SCHREINER, L. et al. Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 143, n. 1, p. 10–18, 2018.

50. KOVACS, G. T.; HEATH, P.; HEATHER, C. First Australian trial of the birth-training device Epi-No: A highly significant increased chance of an intact perineum. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 44, n. 4, p. 347–348, 2004.

51. HILLEBRENNER, J. et al. First clinical experiences with the new birth trainer Epi-no® in primiparous women | Erste klinische erfahrungen bei erstgebärenden mit einem neuartigen geburtstrainer Epi-no®. **Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie**, v. 205, n. 1, p. 1–8, 2001.

52. RUCKHÄBERLE, E. et al. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO® for the prevention of perineal trauma: Original Article. **Australian and**

- New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 49, n. 5, p. 478–483, 2009.
53. STENGLIN, M.; FOUREUR, M. Designing out the Fear Cascade to increase the likelihood of normal birth. **Midwifery**, v. 29, n. 8, p. 819–825, 2013.
54. DUNN, P. Childbirth: Home or hospital? **British Journal of Midwifery**, v. 12, n. 6, p. 380–385, 2004.
55. FOUREUR, M. et al. The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: Developing a hypothetical model. **Midwifery**, v. 26, n. 5, p. 520–525, 2010.
56. DANIEL, I.; BERG, C. J.; JOHNSON, C.; ATRASJ, H. Magnitude of maternal morbidity during labor and delivery: United States. **American Journal of Public Health**, v. 93, p. 631–634, 2003.
57. GUENDELMAN, S. et al. Obstetric complications during labor and delivery: Assessing ethnic differences in California. **Women's Health Issues**, v. 16, n. 4, p. 189–197, 2006.
58. RATTASUMPUN, P.; RAINES, D. A. Prapa Rattasumpun, MSc, RN, and Deborah A. Raines, PhD, RN 302. v. 33, n. 5, 2008.
59. BLANC-PETITJEAN, P. et al. Methods of induction of labor and women's experience: a population-based cohort study with mediation analyses. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 21, n. 1, p. 621, 2021.
60. HENDERSON, J.; REDSHAW, M. Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 92, n.10, p. 1159-1167, 2013.
61. SELIN, L. et al. Dosage of oxytocin for augmentation of labor and women's childbirth experiences: A randomized controlled trial. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 100, n. 5, p. 971–978, 2021.
62. KIMBER, L. et al. Massage or music for pain relief in labour: A pilot randomised placebo controlled trial. **European Journal of Pain**, v. 12, n. 8, p. 961–969, 2008.
63. GIBBINS, J.; THOMSON, A. M. Women's expectations and experiences of childbirth. **Midwifery**, v. 17, n. 4, p. 302–313, 2001.
64. KARLSDOTTIR, S. I.; HALLDORSDDOTTIR, S.; LUNDGREN, I. The third paradigm in labour pain preparation and management: The childbearing woman's paradigm. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 28, n. 2, p. 315–327, 2014.
65. LIU, Y. et al. Women's experience and satisfaction with midwife-led maternity care: a cross-sectional survey in China. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, n. 1, p. 1–10, 2021.

66. BOHREN, M. A.; BERGER, B. O.; MUNTHE-KAAS, H.; TUNÇALP, Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. **Cochrane Database Syst Rev.** v. 3, n. 3, CD012449, 2019.
67. KOZHIMANNIL, K. B. et al. Potential benefits of increased access to doula support during childbirth. **Am J Manag Care.** v. 20, n. 8, p. 340-352, 2014.
68. GAMA, S. G. N. DA et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive Health,** v. 13, n. Suppl 1, 2016.
69. PAGE, K.; EARLY, A.; BREMAN, R. Improving Nurse Self-Efficacy and Increasing Continuous Labor Support With the Promoting Comfort in Labor Safety Bundle. **JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing,** v. 50, n. 3, p. 316–327, 2021.
70. KEIL, M. J. et al. Physiotherapy in obstetrics through the eyes of pregnant women: a qualitative study. **Fisioterapia em Movimento,** v. 35, n. Fisioter. mov., 2022 35(spe), 2022.
71. GALLO, R. B.; SANTANA, L.S.; MARCOLIN, A. C.; DUARTE, G.; QUINTANA, S.M. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. **J Physiother,** v. 64, n. 1, p. 33-40, 2018.
72. FERNANDES, M. L.; ANDRADE, F. C. J. DE. Analgesia de parto: bases anatômicas e fisiológicas. **Revista Médica de Minas Gerais,** v. 19, n. 3, p. 3–6, 2009.
73. LIAO, J. B.; BUHIMSCHI, C. S.; NORWITZ, E. R. Normal labor: Mechanism and duration. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America,** v. 32, n. 2, p. 145–164, 2005.

7. APÊNDICES

Apêndice 1. Questionário semiestruturado utilizado na coleta de dados

Seção 1 - Dados sociodemográficos

As perguntas a seguir são sobre informações gerais relacionadas a você

- 1 - Em qual cidade/estado você reside atualmente?
- 2 - Qual sua idade?
- 3 - Qual sua etnia? () Branca () Preta () Pardo () Amarelo () Indígena () Não sei/não quero responder
- 4 - Por quantos anos você estudou? () Até 8 anos (Ensino fundamental completo ou incompleto) () De 9 a 11 anos (Ensino médio completo ou incompleto) () Mais de 11 anos (Ensino superior ou pós-graduação) () Não sei/não quero responder
- 5 - Renda familiar mensal: () Até R\$ 2.090,00 () R\$ 2.090,01 a R\$ 4.180,00 () R\$ 4.180,01 a R\$ 10.450,00 () R\$ 10.450,01 a R\$ 20.900,00 () R\$ 20.900,01 ou mais () Não sei/não quero responder
- 6 - Qual sua ocupação atual?
- 7 - Qual seu estado civil? () Solteira () Casada () União estável () Separada () Viúva () Não sei/não quero responder
- 8 - Qual seu peso (em kg)?
- 9 - Qual sua altura (em cm)?
- 10 - Você tem alguma comorbidade? () Sim () Não () Não sei/não quero responder
- 11 - Se sim, qual comorbidade você tem? (ex: diabetes, hipertensão, obesidade, etc)

Seção 2 – História Obstétrica

As perguntas a seguir são sobre sua história obstétrica

- 12 - Qual foi a via de parto da sua última gestação? () Parto via vaginal () Cirurgia Cesárea
- 13 - Quantas vezes você engravidou? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais

- 14 – Quantos anos você tinha na sua primeira gestação?
- 15 - Qual foi o intervalo entre suas gestações (em meses)?
- 16 – Quantas cirurgias cesáreas você já realizou? () Nenhum () 1 () 2 () 3 ()
4 () 5 ou mais
- 17 – Quantos partos vaginais que você já teve? () Nenhum () 1 () 2 () 3 ()
4 () 5 ou mais
- 18 - Você já teve algum aborto? () Sim () Não () Não sei/não quero responder
- 19 - Se sim, qual o número de abortos que você já teve? () Nenhum () 1 () 2 ()
3 () 4 () 5 ou mais

Em relação ao seu ÚLTIMO PARTO:

- 20 - Há quanto tempo você teve o seu último parto (em meses)?
- 21 - Com quantas semanas gestacionais o bebê nasceu?
- 22 - Qual foi o peso em que seu bebê nasceu? (em quilos; ex: 3.580 kg)?
- 23 – Quantos anos você tinha na sua última gestação?
- 24 – Você teve alguma complicação na sua última gestação? () Sim () Não () Não
sei/não quero responder
- 25 – Se sim, qual complicação você teve na sua última gestação? () Hipertensão ()
Diabetes () Pré-eclâmpsia () Sangramento durante o primeiro trimestre ()
Sangramento durante o segundo trimestre () Sangramento durante o terceiro
trimestre () Anormalidades de placenta () Infecção () Outra
- 26 - Você realizou pré-natal? () Sim () Não
- 27 – Se sim, quantas consultas pré-natais você realizou?
- 28 - Você fez alguma preparação emocional para o trabalho de parto ou parto? ()
Acompanhamento psicológico () Rodas de conversa () Grupos de apoio ()
Outro () Não fiz nenhuma preparação emocional para o trabalho de parto ou
parto

29 – Você fez alguma preparação física para o trabalho de parto ou parto? () Fisioterapia () Hidroginástica () Pilates () Outra () Não fiz nenhuma preparação física para o trabalho de parto ou parto

30 - Você realizou a preparação dos músculos do assoalho pélvico para o momento do parto? () Técnicas de relaxamento dos músculos () Massagem perineal () Epino () Outra () Não realizei a preparação dos músculos do assoalho pélvico para o momento do parto

Seção 3 - Trabalho de Parto

As perguntas a seguir são relacionadas ao trabalho de parto, ou seja, a partir do início das suas contrações ritmadas - a cada 3 a 5min aproximadamente - até o momento de parir, da sua última gestação

31 – O seu trabalho de parto foi espontâneo? () Sim () Não () Não sei/não quero responder

32 – Em qual o local que você passou a maior tempo no seu trabalho de parto? () Em hospital/maternidade pública () Em hospital/maternidade privada () Em casa () Em casa de parto () Outro

33 - Você teve alguma intercorrência durante o trabalho de parto ou parto? () Sim () Não () Não sei/não quero responder

34 - Se sim, qual intercorrência você teve durante o trabalho de parto ou parto?

35 – Você utilizou ocitocina (hormônio) durante o trabalho de parto? () Sim, no início do trabalho de parto () Sim, no momento de parir () Não () Não sei/não quero responder

36 - Quanto tempo durou o seu trabalho de parto, a partir do início das contrações ritmadas - a cada 3 a 5min aproximadamente - até o início do momento de parir (em horas)?

37 - Durante o seu trabalho de parto, você utilizou algum método não farmacológico para o alívio de dores? () Acupuntura () Mudança de posturas () Água (banheira, chuveiro ou compressa) () Massagem () TENS (“choquinho”) () Aromaterapia () Musicoterapia () Cromoterapia () Outro () Não utilizei nenhum método não farmacológico para o alívio de dores

38 - Durante o seu trabalho de parto, você utilizou a analgesia/anestesia? () Sim () Não () Não sei/não quero responder

39 - Durante o seu trabalho de parto e parto, você teve a assistência de quais profissionais da saúde? () Médico () Enfermeiro () Técnico de enfermagem () Fisioterapeuta () Doula () Outro () Não tive a assistência de nenhum profissional da saúde

40 - Em uma escala de 0 a 10, sendo 0 nenhuma dor e 10 a pior dor que você já sentiu na sua vida, como você classifica a dor que você sentiu durante o seu TRABALHO DE PARTO?

Escala Numérica

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

Seção 4 – Parto

As perguntas a seguir são relacionadas ao seu parto na sua última gestação

41 - Em qual local seu parto foi realizado? () Em hospital/maternidade pública () Em hospital/maternidade privada () Em casa () Em casa de parto () Outro

42 – Em qual posição você estava durante o parto? () Deitada () Sentada () Em pé () Em cócoras () De lado () Em quatro apoios () Outra

43 – Durante o parto, foi realizada episiotomia “pique” (corte na região entre a vagina e o ânus para aumentar o canal de parto) () Sim () Não () Não sei/ não quero responder

44 – Durante o parto, foi realizado o fórceps (instrumento utilizado para auxiliar na retirada do bebê durante o parto)? () Sim () Não () Não sei/ não quero responder

45 – Durante o parto, foi realizada a manobra de Kristeller (técnica que faz pressão na barriga durante o parto)? () Sim () Não () Não sei/ não quero responder

46 - Você teve laceração perineal durante o parto? (“rasgo”, “rompimento” sem intenção da pele e/ou outras estruturas entre a vagina e o ânus) durante o parto? () Sim () Não () Não sei/não quero responder

47 - Em uma escala de 0 a 10, sendo 0 nenhuma dor e 10 a pior dor que você já sentiu na sua vida, como você classifica a dor que você sentiu durante o PARTO?

Escala Numérica

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

8. ANEXOS

Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE/DEPARTAMENTO
DE FISIOTERAPIA

(Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Fatores Associados à Satisfação e Dor Durante o Trabalho de Parto e Parto Vaginal em Mulheres Brasileiras: estudo transversal” da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar.

O objetivo deste estudo é verificar os fatores associados à dor durante o trabalho de parto e parto vaginal em mulheres brasileiras. Você foi selecionada porque está em período pós-parto de até seis meses e por ser brasileira. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, e você não receberá nenhuma forma de remuneração para participar do projeto. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por um questionário online, contendo 69 questões, sobre seus dados pessoais, trabalho de parto e parto e questões relacionadas a ele. O tempo utilizado para você responder ao questionário será de aproximadamente 20 minutos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento deste questionário não oferece risco imediato a você, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, constrangimento, evocar sentimentos ou lembranças

desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder aos questionários. Ademais, há a possibilidade de intercorrências relacionadas ao ambiente virtual, tais como queda de rede e lentidão da internet. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá optar por não responder à alguma pergunta ou parar de responder ao questionário.

É muito importante que você compreenda as informações contidas neste documento e, se ocorrer alguma dúvida antes ou durante o preenchimento do questionário, você poderá contatar a pesquisadora responsável. Caso alguma pergunta específica do questionário despertar qualquer tipo de preocupação em você, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável e caso haja necessidade será encaminhado para um atendimento específico.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano comprovado resultante da sua participação na pesquisa.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre os fatores associados à dor durante o trabalho de parto e parto vaginal. Ao final do questionário, você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por email.

Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

ACEITO

Anexo 2. Questionário CEQ-Br

Questionário de Experiência do Parto CEQ / CEQ-Br

Querida mãe,

Comentários adicionais:

Obrigado pela sua contribuição!