



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Campus Universitário Darcy Ribeiro – Brasília/DF

AMANDA DE MENEZES REZENDE

**PERCEPÇÃO SENSORIAL DE DOR DO TRABALHO DE PARTO EM NULÍPARAS:
UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Brasília-DF

2020

AMANDA DE MENEZES REZENDE

**PERCEPÇÃO SENSORIAL DE DOR DO TRABALHO DE PARTO EM NULÍPARAS:
UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem, da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Professora Doutora Simone Roque
Mazoni

Brasília-DF

2020

AMANDA DE MENEZES REZENDE

**PERCEPÇÃO SENSORIAL DE DOR DO TRABALHO DE PARTO EM NULÍPARAS:
UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem, da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Professora Doutora Simone Roque Mazoni

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Simone Roque Manzoni – Presidente

Profa. Dra. Lara Mabelle Milfont Boeckmann – Membro titular

Profa. Dra. Rita de Cássia Melão de Moraes – Membro titular

Prof. Ms. Paulo Henrique Fernandes dos Santos – Membro Suplente

Brasília-DF

2020

Resumo

Objetivo: Identificar a percepção sensorial de dor do trabalho de parto em nulíparas, bem como mapear os fatores associados.

Metodologia: Conduziu-se uma revisão de escopo segundo o manual da Joanna Briggs Institute e Protocolo Checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews nas bases de dados PubMed, CINAHL, LILACS, Web of Science e literatura cinzenta, com etapas de seleção realizadas por revisores independentes e resolução de conflitos por um terceiro revisor e dois experts. Incluíram-se estudos em humanos e nulíparas, primíparas, secundíparas, múltiparas ou grandmúltiparas; conceitos de percepção de dor do trabalho de parto e nascimento descritos por mulheres que vivenciaram a dor no processo de parturição; relatos de participantes no contexto da fase de dilatação e expulsão, puerpério ou de experiências prévias de partos. Consideram-se como tipos de estudos os delineamentos observacionais.

Resultados: A partir da seleção dos resultados de pesquisa, 34 fontes de evidências foram incluídas para análise. A percepção de dor em nulíparas apresentou média que variou entre: 7,36 e 10,10 na fase latente, entre 5,29 e 15,98 na fase ativa do trabalho de parto, 16,13 na fase de transição e entre 7,24 e 11 na fase de expulsão. A média das múltiparas variou entre: 5,35 e 9,76 na fase latente, entre 6,17 e 12,29 na fase ativa, 13,87 na fase de transição e entre 5,35 e 13,53 na fase de expulsão. A paridade foi a variável preditora objeto encontrada no presente estudo como um fator que influencia à percepção sensorial de dor do trabalho de parto. Também foram apontados como fatores associados: influência da memória de dor, ansiedade, suporte (realizado pela equipe multiprofissional, acompanhante, companheiro, familiares ou pessoa de escolha da mulher, além disso a realização de aulas de preparação para o parto), confiança, sentimentos de solidão, segurança, conforto e controle com relação ao trabalho de parto expectativa e experiência do trabalho de parto, avaliação da experiência de trabalho de parto como positiva ou negativa, medo, escolaridade, idade materna, progressão do trabalho de parto, posição fetal, dilatação cervical, contrações uterinas, duração do trabalho de parto, dismenorreias e problemas menstruais, vias de parto e limiar a dor.

Conclusão: Os achados apontam evidência de maiores escores de dores entre nulíparas ou primíparas comparado às múltiparas ou grandmúltiparas e que a percepção sensorial do fenômeno doloroso pode influenciar-se por fatores tais como socioculturais, psicoemocionais, obstétricos e assistenciais.

Descritores: Dor do trabalho de parto, nuliparidade, multiparidade, primiparidade, paridade.

Introdução

A dor durante o trabalho de parto, é um fenômeno complexo e possui pelo menos quatro dimensões como a de estímulo sensorial envolvendo a percepção de intensidade, afetivo-motivacional e cognitivo-comportamental (1). A experiência anterior com o parto pode afetar os componentes da dor em partos subsequentes, alterando a nocicepção e por conseguinte, a percepção de dor, seja pelos próprios fatores anatômicos e/ou alterações fisiológicas ou até mesmo pelo medo, atitudes no parto e mecanismos de enfrentamento (2).

A dor do trabalho de parto se diferencia das dores agudas e crônicas no que envolve os aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais da mulher que os vivencia e a experiência do processo de gestação e nascimento pode influenciar de forma significativamente a percepção sensorial do fenômeno doloroso relacionado a este evento, incluindo a influência da paridade (3).

As nulíparas tendem a ter trabalhos de parto mais longos, bebês menores, partos vaginais com mais intervenções e instrumentalizações, podem; ainda; apresentar mais cesariana e receberem mais medicações para alívio de dor. Nulíparas também tendem a referir maior dor sensorial que múltíparas durante o trabalho de parto precoce e ativo. Dessa forma, a paridade representa um componente significativo da dor afetiva durante o trabalho de parto e nascimento (4).

O fenômeno da dor do parto resulta da pressão da contratilidade do útero, inerente ao processo fisiológico da parturição desencadeado pelos estímulos sensoriais gerados pela contração uterina, dada a ação da ocitocina (2). Os escores de intensidade da dor possuem grande relação com a amplitude da pressão uterina, alteração do tônus muscular uterino, juntamente com as contrações e sensação de pressão no períneo (3).

A intensidade e a frequência da dor se intensificam de acordo com a progressão do trabalho de parto (5). A dor em um primeiro momento do trabalho de parto entre vários fatores pela própria contração uterina, dilatação cervical, estiramento dos ligamentos e períneo durante o processo de nascimento (6). A média de intensidade de dor aumenta com a dilatação cervical em nulíparas e múltíparas e, segundo um estudo, a decida fetal está relacionada aos elevados escores de dor em nulíparas (7).

Há uma série de fatores que afetam a percepção da mulher, incluindo experiência anterior de dor do trabalho de parto, a capacidade das mulheres de tolerar a dor, condição mental e emocional em relação ao trabalho de parto, que juntos formam uma experiência distinta para cada mulher (8). Um estudo mostrou que as múltíparas possuem maior limiar de dor comparado

às nulíparas (9) e outro estudo aponta que o padrão de percepção de dor durante o trabalho de parto apresenta-se diferentemente quanto a paridade (10).

Embora se saiba que diversos aspectos possam influenciar na resposta de dor na parturiente durante o trabalho de parto, emergiu-se a questão: Qual a percepção sensorial de dor do trabalho de parto em nulíparas? Esse questionamento embute compreender o conceito-chave da percepção sensorial associada à paridade e os fatores que influenciam nesse processo.

Apesar de as pesquisas relacionadas à dor atualmente predominarem na enfermagem e medicina baseada em evidência no que diz respeito à avaliação de eficácia de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto, superando avanços na ciência que clarificam a fisiologia da dor e sua modulação de forma geral, compreende-se que a dor associada ao trabalho de parto está representada por características que, por seus aspectos multidimensionais, ainda necessitam ser explorados. Para tanto, diante dos fatores psicoemocionais, mecânicos, hormonais e de estímulos que envolvem a mulher nesse processo, aliado a abrangência de variações metodológicas de estudos, que buscam compreender a percepção dolorosa e fatores associados à paridade, elegeu-se a Revisão de Escopo.

Sendo assim, esta revisão tem por objetivo identificar a percepção sensorial de dor do trabalho de parto em nulíparas, bem como mapear os fatores a elas associados.

Método

Delineamento do estudo

A revisão de escopo foi conduzida segundo o manual da Joanna Briggs Institute (11) e Protocolo estruturado conforme o checklist Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (12). A revisão de escopo investiga os principais conceitos, fornece um mapa das evidências disponíveis e identifica lacunas na base de conhecimento quando outras questões mais específicas sobre o assunto não são claras (13).

Estratégia de busca

As buscas foram realizadas no dia 16 de setembro de 2020 nas bases de dados: PubMed, CINAHL, LILACS, Web of Science e literatura cinzenta, Google Scholar. A estratégia de busca foi composta pelos descritores controlados (MeSH – Medical Subject Headings, DeCS – Descritores em Ciências da Saúde e CINAHL Subject Headings) e não controlados com os termos “parity” e “labor pain” considerando suas variações conforme o Apêndice 1.

Para identificar a questão de pesquisa e estratégia de busca, adotou-se o acrônimo PCC (P: Participantes, C: Conceito e C: Contexto) (11). Como critérios de inclusão, foram considerados como participantes do estudo: estudos em humanos e nulíparas, primíparas, secundíparas, múltiparas ou grandmúltiparas, conceitos da percepção de dores do trabalho de parto e nascimento descritos por mulheres que vivenciaram a dor do trabalho de parto e nascimento, relatos de participantes no contexto da fase de dilatação e expulsão, puerpério ou de experiências prévias de partos. Consideram-se como tipos de estudos os delineamentos observacionais.

Considerou-se como não experiência prévia de parto paridades classificadas em estudos como “nulíparas” e também mulheres que no momento da pesquisa foram classificadas como “primíparas” para a gestação atual, sendo assim, também não apresentando vivência de parto anterior.

Mulheres podem ser classificadas quanto a paridade em: nulíparas, quando refere-se à mulheres que nunca tiveram a experiência do trabalho de parto, primíparas são mulheres que experienciaram o parto pela primeira vez, secundíparas vivenciaram dois partos, múltiparas deram à luz mais de duas vezes e grandmúltiparas são as mulheres com no mínimo 5 partos anteriores (14).

Para melhor delimitação do conceito-chave foram excluídos: estudos realizados em células e animais ou em humanos que avaliam as intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto/parto, estudos que não abordem dor no trabalho de parto/nascimento como assunto de pesquisa, tipos de estudos, tais como ensaios clínicos, revisões, relatos de casos e opiniões de editores, tipos de publicações como anais de congressos, editoriais, entrevistas e reportagens não publicadas em revistas científicas e também os estudos publicados na íntegra sem possibilidade de acesso completo, apesar de entrar em contato com os autores.

Identificação e seleção dos estudos

Os resultados foram armazenados no Endnote Web® e exportados à ferramenta Rayyan® onde foram excluídos os resultados duplicados e posteriormente realizada a seleção de títulos e resumos.

Dois revisores participaram das fases de seleção: identificação, rastreamento e elegibilidade dos resultados de pesquisa, compondo as fases de seleção de títulos/resumos e seleção de textos completos de forma independente (AMR e MCM). Ao final de cada etapa, as

discordâncias foram resolvidas por consenso e discussão do terceiro revisor (SRM) com a decisão final dos experts (MTCC e LMMB).

O formulário de extração dos dados dos estudos lidos na íntegra continha itens de buscas para a obtenção das seguintes informações: autor, ano de publicação, país de origem, objetivos do estudo, tipo de publicação, população, critérios de inclusão/exclusão, instrumento utilizado para a mensuração da dor, fatores associados com a percepção da dor do trabalho de parto e, resultados.

Extração de dados e análise dos estudos incluídos

As extrações de dados dos estudos incluídos foram realizadas por dois revisores independentes (AMR e MCM) e revisada em dupla checagem por um terceiro revisor (SRM).

A síntese dos resultados foi feita de forma quantitativa para a análise dos dados das etapas metodológicas de seleção dos estudos e de caracterização dos dados. Consideraram-se para a caracterização dos estudos, variáveis do tipo autor, ano de publicação, país de origem, tipo de estudo, objetivos, população/amostra, critérios de inclusão/exclusão, instrumento utilizado para a mensuração da dor, fatores associados à percepção da dor do trabalho de parto e resultados. O conceito-chave da percepção sensorial de dor do trabalho de parto em nulíparas foi categorizado em três domínios para a síntese do objeto de estudo, sendo o primeiro, relacionado à Caracterização amostral, obstétrica, de abordagens e medidas de avaliação da dor dos estudos incluídos, o segundo à Percepção sensorial de dor do trabalho de parto em nulíparas e o terceiro aos Fatores associados à percepção sensorial de dor e paridade, assim compondo a síntese do conhecimento do objeto em questão.

Resultados

Seleção das fontes de evidência

Encontraram-se 3535 resultados de pesquisa por meio de buscas nas bases de dados: CINAHL, LILACS, PubMed e Web of Science. A partir da busca na PubMed foram encontrados 2109 artigos, na CINAHL 147 artigos, na LILACS 301 artigos e na Web of Science 978 artigos. Além dos artigos incluídos pelas bases de dados, foram incluídos 2 artigos da literatura cinzenta (Google Scholar). Foram excluídos 1094 artigos duplicados, totalizando 2443 artigos únicos. Setenta estudos foram elegidos para leitura na íntegra. A amostra final foi composta por 34 artigos, entre o período de 1975 e 2020.

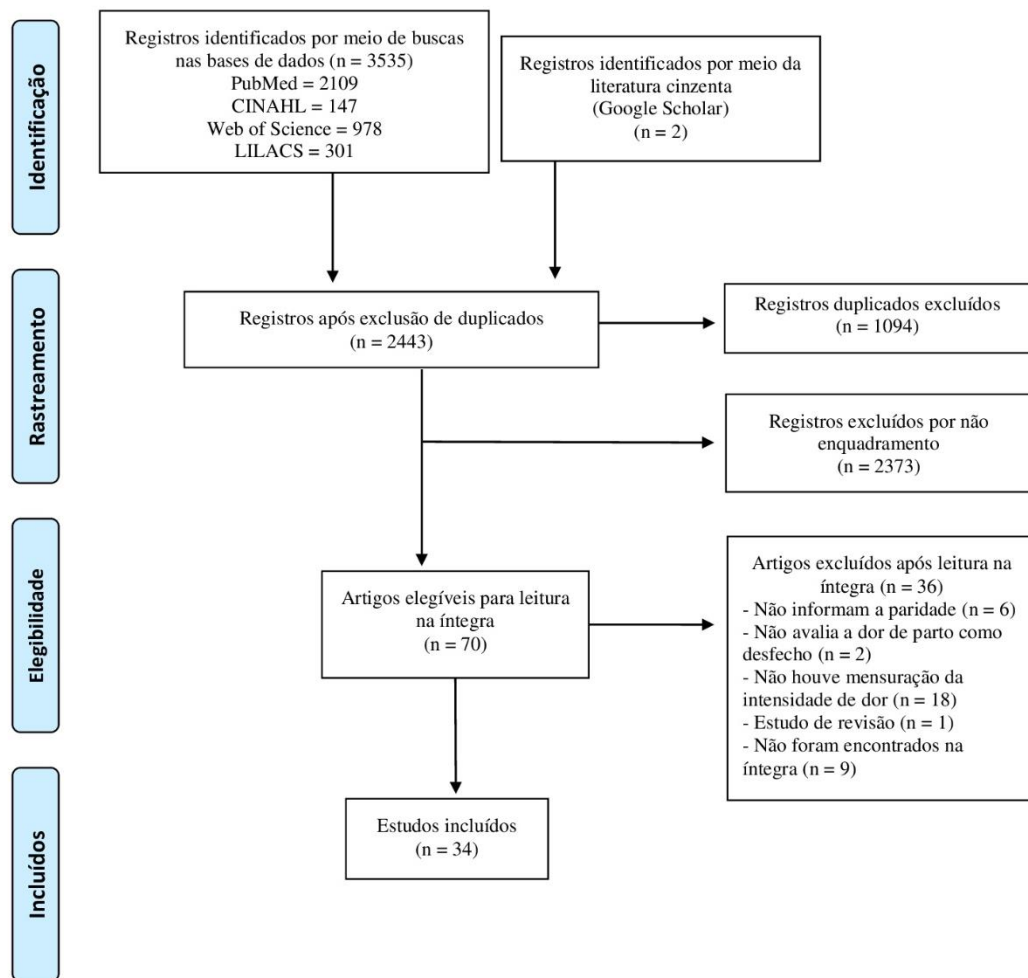


Figura 1- Fluxograma PRISMA do processo de busca na literatura.

Características das fontes de evidência

Os estudos incluídos variaram entre o período de 1975 e 2020 constituindo uma média de 8,25 (DP: 3,30403...) publicações por década. As pesquisas publicadas concentram-se nos continentes europeu, africano, americano e asiático, composto por publicações da Suécia, Inglaterra, Itália e Finlândia (Total: 41,2%), Nigéria (Total: 14,7%), Estados Unidos, Canadá (Total: 35,3%) e Jordânia, China e Israel (Total: 8,7%), respectivamente (Tabela 1).

Todos os estudos são observacionais e segundo a descrição dos autores apontam para delineamentos descritivos (50%), seguido de 20,6% prospectivo, 11,8% longitudinal, 8,8% transversal e 8,8% retrospectivo. Dentre os estudos selecionados, apenas um foi proveniente da área epidemiológica, 13 da enfermagem, 18 da medicina e 2 da psicologia (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos estudos incluídos.

Características dos estudos (N=34)	Quantidade (%)
Ano de publicação	
1975-1985	04 (11,8%)
1986-1996	09 (26,5%)
1997-2007	12 (35,3%)
2008-2018	08 (23,5%)
2019-2020	01 (2,9%)
País de origem	
Suécia	09 (26,5%)
EUA	09 (26,5%)
Nigéria	05 (14,7%)
Canadá	03 (8,8%)
Inglaterra	02 (5,9%)
Jordânia	01 (2,9%)
China	01 (2,9%)
Itália	01 (2,9%)
Israel	01 (2,9%)
Finlândia	02 (5,9%)
Delineamento do estudo	
Estudo Longitudinal	04 (11,8%)
Estudo Descritivo	17 (50%)
Estudo Transversal	03 (8,8%)
Estudo Prospectivo	07 (20,6%)
Estudo Retrospectivo	03 (8,8%)

Caracterização amostral, obstétrica, de abordagens e medidas de avaliação da dor dos estudos incluídos

Na revisão, um total de 13.536 participantes foi estudado, englobando os fatores psicoemocionais, fisiológicos e assistenciais que se associam à percepção de dor durante o trabalho de parto e envolvem a paridade. Os estudos observaram mulheres com idades que

variaram entre 14 e 48 anos e nesta revisão não foram aprofundados os aspectos socioeconômicos, socioculturais, instrucionais e cognitivos da população em questão (Tabela 2).

No que se refere aos aspectos supracitados, foram encontrados nos estudos critérios de inclusão, tais como, considerar para as pesquisas idades que variaram de 12 a 42 anos (10,15–18), compreender fluentemente a língua (10,15,19–24), ser capaz de ler ou escrever (22), pertencer a diferentes etnias (25), ser casada (26), entre outros (Tabela 2).

Como critérios de pré-natal, foram apontados desde requisitos de recrutamento como, ser acompanhada desde a primeira consulta pré-natal (27) e apresentar pré-natal sem complicações (15), até conhecimento prévio de parto por meio de aulas preparatórias como requisitos mínimos (7) (Tabela 2).

O recrutamento de gestantes variou entre 16 e 42 semanas (mais 6 dias), a exemplo dos estudos citados (5,10,20,21,23,28–30). Outros estudos citaram a gestação a termo como um requisito mínimo (4,19,31,32). Gestação de feto único foi apresentado como um critério por nove estudos (4,15,19,21,29,31–34) e apresentação cefálica em dois estudos (29,32). Gestações não complicadas também foram exigências de seleção identificadas em sete estudos (4,10,17,21,29,32–34) (Tabela 2).

No que tange ao período clínico do parto, vários estudos elencaram como critérios de elegibilidade a fase ativa e espontânea de trabalho de parto (7,22,29,32,33). Dois estudos citaram exigência de fase latente para a inclusão (15,35). Quanto às contrações uterinas, os critérios foram citados como o de contrações regulares por três estudos (29,32,36) e a dilatação cervical variou entre 2 e 6 centímetros de diâmetro em alguns estudos (22,29,32,35,36). O parto vaginal espontâneo a termo foi citado como um requisito por dois estudos (37,38), sendo uma pesquisa com critério de vértice (38). A possibilidade de ambos os tipos de parto e ruptura espontânea das membranas foram identificadas como inclusão em dois estudos isolados, respectivamente (18,29) (Tabela 2).

Como critérios de elegibilidade relacionados à assistência por meio de recursos farmacológicos e não farmacológicos que agem sobre a percepção de dor durante o trabalho de parto, estudos isolados delimitaram para amostragem características como o não uso de analgésicos duas horas antes da mensuração de dor (10), participantes não submetidas à analgesia (7) e de pelo menos duas avaliações prévias de dor desde a admissão (35) (Tabela 2).

Já no que se refere a caracterização obstétrica de paridade, uma variável preditora da presente revisão e que pode influenciar na variável resposta de percepção de dor de parturientes, durante o trabalho de parto, foram encontrados 14,7% estudos envolvendo exclusivamente

nulíparas (20,29,39) ou primíparas para a gestação atual como não vivência prévia de parto (15,35) (Tabela 2).

Em vinte e três (67,6%) estudos, pesquisadores observaram a população de nulíparas ou primíparas e multíparas (4,5,7,9,16–19,21–28,30,31,33,34,36,37,40); 14,7% estudos avaliaram as nulíparas ou primíparas, multíparas e grandmultíparas (32,38,41–43). Um estudo incluiu as secundíparas na classificação de paridade (10) (Tabela 2).

Os instrumentos para avaliação das parturientes estudadas, utilizados especificamente para a medida de dor, foram as escalas: Escala Analógica Visual (EAV) (5,7,9,10,16,18,20,28–30,32,34,35) e Escala de Classificação Numérica (ECN) (0 – 10) (15,17,25,35,41–43). Também foram utilizados a Gaston-Johanson Pain – O Meter (POM) (5,16,30) e os índices: Índice de Classificação de Dor (Escala de 3 pontos: leve/moderada/intensa), Índice de Classificação de Dor (Somativo 0 -78) (19) e o teste pressor a frio (9,34) (Tabela 2).

Com referência ao clássico Questionário McGill, aponta-se também o uso na versão reduzida SF MPQ por três dos oito estudos citados (4,5,7,10,18,19,31,36), bem como o uso do Questionário de Dor do Trabalho de Parto de ANGLE (A-LPQ) (22) (Tabela 2).

Todos os estudos incluídos foram com abordagem quantitativa, também abrangendo a obtenção de dados em forma de perguntas formuladas, estruturadas e aplicadas por meio de questionários ou entrevistas (24,26,27,29,33,37,39–41) ou obtidas por autorrelato, recursos estes, isolados ou complementares que possibilitaram os achados da variável resposta (Tabela 2).

Percepção sensorial de dor do trabalho de parto em nulíparas

Estudos envolvendo exclusivamente nulíparas ou primíparas na gestação atual apontam médias de escores de dores que variam entre 4,13 e 6,8, em uma classificação numérica de 0 a 10 (15,29). Na fase latente, um estudo mostrou que o escore máximo de dor no trabalho de parto, no primeiro parto foi de 6 e no segundo foi de 5 pontos (35). Um estudo prospectivo longitudinal demonstrou associação entre a experiência negativa do parto e o escore de dor na escala analógica visual, apontando que 43% das mulheres escolheram pontuações mais altas (9 e 10) dois dias após o parto, 51% três meses após o parto e 47% após nove meses (20).

Na percepção sensorial das participantes de um estudo em que classificou a dor em três diferentes pontos, nota-se que 35% relataram dor insuportável, 37% dor intensa e 28% dor moderada. Segundo os autores, nulíparas que se negaram a informar às suas mães acerca de suas gestações descreveram partos mais dolorosos e os partos mais dolorosos apresentavam

uma conotação negativa à gravidez, bem como, ansiedade e contato relativamente tardio com a clínica pré-natal (39).

Três estudos que pesquisaram nulíparas, primíparas e multíparas como subgrupos identificaram médias de escores de dores em nulíparas ou primíparas e em sua média geral não sofreram variações estaticamente significantes, apontando médias que variaram entre 6,73 e 8,94 nas primíparas e entre 6,24 e 8,7 nas multíparas, a exemplo dos estudos citados (17,23,25).

No entanto, estudos que analisaram a paridade em diferentes estágios encontraram em nulíparas e primíparas médias que variaram entre: 7,36 e 10,10 na fase latente (4,16,30), entre 5,29 e 15,98 na fase ativa do trabalho de parto (4,7,16,30); 16,13 na fase de transição (4) e entre 7,24 e 11 na fase de expulsão, também denominada como tardia ou terceiro período ou período expulsivo do parto. Com relação às multíparas, a média de escores por fases variou entre 5,35 e 9,76 na fase latente (4,7,16,30) entre 6,17 e 12,29 na fase ativa do trabalho de parto (4,7,16,30); 13,87 na fase de transição (4) e entre 5,35 e 13,53 na fase de expulsão (4,7,16,30).

Um estudo descritivo encontrou associação entre paridade e escores de dores nas fases latente e ativa do trabalho de parto (31). Em um outro estudo, primíparas classificaram a real dor do parto como pior que a dor esperada, sendo a expectativa de dor e dor real maiores comparadas às multíparas no primeiro e terceiro estágio do trabalho de parto (28). Um estudo mostrou que a dor do trabalho de parto foi associada à dor sensorial entre as primíparas na fase III do trabalho de parto e na fase I entre as multíparas (5).

Estudos que envolviam nulíparas ou primíparas, multíparas, incluindo as grandmultíparas como subgrupos, também encontraram maiores escores de dores entre as nulíparas ou primíparas quando comparado às multíparas e grandmultíparas, isto é, quanto maior a paridade, menor a percepção sensorial de dor (38,41–43). Os escores variaram entre 7,5 e 8,63 nas nulíparas ou primíparas, entre 5,53 e 8,46 nas multíparas e entre 5,75 e 6,3 nas grandmultíparas (41,42). Um estudo revelou que no segundo estágio do trabalho de parto, as multíparas e grandmultíparas expressaram escores de dor significativamente maiores, 27% das multíparas e 22% das grandmultíparas vindo a relatar suas dores como insuportáveis (43).

A memória de dor foi tema de dois estudos que também observaram as paridades, um estudo descreveu a paridade como um perfil das participantes (27) e outro como uma possível variável preditora (24). Após um ano do parto, as participantes relataram menos dor e a redução foi mais óbvia em multíparas do que em primíparas, logo, as primíparas pareceram lembrar melhor da dor comparado às multíparas (24).

Estudos que buscam associações entre paridade e fatores que interferem na percepção sensorial de dor no trabalho de parto são comuns nessa temática, a percepção sensorial de dor

na nulípara pode estar fortemente atrelada ao medo ou à ansiedade, a exemplo dos estudos citados (21,22,34).

Tabela 2 – Tabela de extração de dados para a revisão de escopo.

Característica do estudo		Características da população			Principais achados		
Nome, ano, país	Objetivos	Delineamento do estudo	População	Crítérios de inclusão/exclusão	Mensuração da dor	Fatores associados	Resultados
U. Waldenstrom; E. Schytt. 2008. Suécia.	Investigar a memória da dor do parto aos 2 meses, 1 ano e 5 anos após o parto e sua associação com o uso de analgesia peridural e avaliação geral do parto.	Estudo longitudinal.	1383 mulheres, sendo 47% de primíparas e 53% de multíparas.	As mulheres que não possuíam habilidade suficiente na língua sueca para preencher o questionário foram excluídas. Cesarianas eletivas foram excluídas.	Perguntas formuladas de forma idêntica aos 2 meses, 1 ano e 5 anos.	Memória de dor, tempo após o parto e avaliação da experiência de trabalho de parto como positiva ou negativa.	Mulheres que avaliaram o parto como uma experiência positiva quando questionadas 2 meses após o parto relataram pontuações mais baixas de dor, e mulheres com experiências negativas relataram pontuações mais altas. Logo, mulheres com experiência geral positiva de parto esqueceram a intensidade da dor do parto ao longo do tempo.
Barbara Sittner <i>et al.</i> , 1998. Estados Unidos.	Descrever sistematicamente as diferentes dimensões da dor das adolescentes durante a progressão do trabalho de parto.	Estudo descritivo.	33 adolescentes, sendo 24 primíparas e 9 multíparas adolescentes.	Todas as adolescentes entre 12 e 19 anos que deram entrada no Hospital do meio-oeste dos Estados Unidos e que estavam em trabalho de parto.	Gaston-Johansson Pain-O-Meter (POM); e POM-VAS (Gaston-Johansson Pain-O-Meter + escala análoga visual).	Progressão do trabalho de parto, duração do trabalho de parto, ansiedade, aula de educação para o parto, acompanhante e suporte.	As primíparas experienciaram o menor nível da dor durante a fase I e o maior nível durante a fase II. A média do score de dor das multíparas aumentou com a progressão do trabalho de parto. As primíparas experienciaram maior desconforto que as multíparas durante a fase I e a fase II, mas não na fase III.
Sylvia T. Brown, Doris Campbell, Ann Kurtz. 1989. Estados Unidos.	Investigar as características de dor em um grupo de mulheres durante o trabalho de parto, usando uma variedade de índices e diferenças comparadas em em dois estágios de dilatação cervical.	Estudo descritivo.	78 mulheres, 25% primíparas, 38,5% secundíparas e 35,9% multíparas.	Mulheres com 12 anos ou mais; que falam e entendem o Inglês; estar orientada em tempo e espaço; 36 semanas ou mais de gestação; sem complicações obstétricas; não receber medicação para dor 2 horas antes da mensuração da dor.	Escala análoga visual; parte 2 e parte 4 do questionário de dor McGill; Índice Comportamental da Dor.	Idade, paridade, aula de preparação para o parto, companhia e suporte.	Os scores do questionário de dor McGill foram maiores em mulheres jovens, com menos de 20 anos, primíparas, solteiras, que estavam sozinhas e sem suporte. Os do questionário de dor McGill foram maiores na mensuração em mulheres que não tiveram aulas de parto. As primíparas relataram scores de dor maiores do que as multíparas.
N. K. Lowe. 1991. Estados Unidos.	Explorar o impacto de 5 preditores psicológicos e 7 preditores fisiológicos na dor afetiva e sensorial durante a fase latente, fase	Estudo descritivo.	65 nulíparas entre 18 e 38 anos e 100 multíparas.	Mulheres com feto único, gestação a termo (38 a 42 semanas).	Questionário de dor McGill (versão reduzida SF-MPQ); Questionário de autoavaliação do	Confiança, dilatação cervical, dor menstrual, posição fetal, medo, paridade,	As dores sensorial e afetiva tiveram relação com a confiança, dilatação cervical, contrações, dor menstrual, posição fetal, preocupação com o resultado do trabalho de parto e duração do trabalho de parto.

ativa, fase transicional e segundo estágio do trabalho de parto.

trabalho de parto; duração do instrumento similar a trabalho de parto, escala da atual medo e intensidade de dor do questionário McGill; e contrações. registros médicos.

O. Olayemi <i>et al.</i> , 2005. Nigéria.	Avaliar os fatores que são associados com a percepção da dor no trabalho de parto e tentar identificar as mulheres que mais se beneficiam com a analgesia no trabalho de parto.	Estudo transversal.	1000 parturientes, 396 nulíparas, 171 primíparas, 423 múltiparas	Mulheres que não consentiram em participar ou tiveram cesariana foram excluídas.	Questionário estruturado, 48 horas após o parto; A Escala Numérica em Caixa foi usada para mensurar a percepção da dor.	Idade, paridade e escolaridade.	A diferença do escore de dor quanto a paridade foi significativa. O início do trabalho de parto, o modo de parto, o agendamento e a escolaridade tiveram relação com o score de dor. O início do trabalho de parto teve relação negativa com a indução do parto, sendo mais doloroso que o parto espontâneo. Quanto maior a idade, a paridade e a idade gestacional menor o score de dor.
N. K. Lowe. 2016. Estados Unidos.	Explorar as diferenças sensoriais e afetivas da dor relatada durante o primeiro e o segundo estágio do trabalho de parto em mulheres nulíparas comparado com as múltiparas.	Estudo descritivo.	165 mulheres, 65 nulíparas e 100 múltiparas.	Gestação a termo (entre 38 e 42 semanas), com uma gestação normal e feto único.	Questionário de dor McGill (versão reduzida SF-MPQ).	Duração do trabalho de parto e paridade.	As nulíparas têm trabalho de parto mais longo e bebês menores que as múltiparas. As nulíparas relataram dor sensorial maior do que as múltiparas durante o trabalho de parto ativo e precoce, e significativamente menos dor sensorial no segundo estágio do trabalho de parto. A paridade foi um componente significativo da dor afetiva durante o trabalho de parto ativo e transicional com as nulíparas relatando maior dor afetiva.
Gerd Fridh & Fannie Gaston-Johansson. 1990. Suécia.	Determinar se a gestante possui expectativas reais da experiência do trabalho de parto, se há relação positiva entre a dor esperada e a real dor experienciada no trabalho de parto pelas mães e se as parteiras que estão na assistência avaliam a dor do trabalho do parto tão intensa quanto as pacientes.	Estudo prospectivo.	50 primíparas e 88 múltiparas.	Gestantes entre 32-35 semanas que estavam fazendo ultrassom de rotina no Hospital Molndal, na Suécia.	Escala Análoga Visual; e as parteiras classificaram a dor das pacientes em uma escala de 3 pontos (1 = leve, 2 = moderada e 3 = severa).	Diferença entre expectativa e experiência, suporte, sentimento de controle, solidão e suporte.	As primíparas classificaram a real dor do parto como pior do que o esperado e mais desconfortável nos 3 estágios do trabalho de parto, por outro lado, as múltiparas avaliaram a dor do trabalho de parto como menos severa que o esperado no estágio 1. Para as primíparas houve diferença significativa entre a dor esperada e a real dor nos estágios 1 e 3, assim como uma diferença entre o desconforto esperado e a dor sentida no estágio 3. As primíparas esperavam menos dor e menos desconforto do que elas realmente experienciaram nos 3 estágios. Para as múltiparas houve diferença significativa entre a

dor e desconforto esperados e a real dor nos estágios 2 e 3.

<p>Kerri Durnell Schuiling, Carolyn Sampsel & Kathryn Kolcaba. 2010. Estados Unidos.</p>	<p>Explorar a existência do conforto durante o trabalho de parto em uma amostra saudável de mulheres primíparas experienciando um trabalho de parto e nascimento normais.</p>	<p>Estudo descritivo.</p>	<p>64 primíparas entre 18 e 40 anos.</p>	<p>Mulheres com 18 anos ou mais; ser capaz de falar e entender o Inglês ou ter intérprete; primíparas; antecipando um parto vaginal; estar na fase latente do trabalho de parto; feto único; pré-natal sem complicações.</p>	<p>Questionário de Conforto no Nascimento (avaliar nível de conforto durante o trabalho de parto); Escala de Avaliação Numérica da Dor.</p>	<p>Dilatação cervical.</p>	<p>Os escores de conforto no parto em T1 (1-5 cm de dilatação cervical) foi classificada entre 33-67 e em T2 (6-10 cm de dilatação cervical) com classificação entre 32-69. Os scores de dor em T1 obtiveram média de 4,78 (classificação de 0 a 10) e os scores de dor em T2 obtiveram média de 4,13.</p>
<p>Gerd Fridh, Telle Kopare; Fannie Gaston-Johansson & Kristine Turner Norvell. 1988. Suécia.</p>	<p>Determinar se fatores anteriores, sentimentos e expectativas do trabalho de parto influenciam na intensidade de dor durante o trabalho de parto e nascimento e se as primíparas diferem das multíparas em relação a esses fatores.</p>	<p>Estudo prospectivo.</p>	<p>138 mulheres. 50 primíparas entre 17-32 anos e 88 multíparas entre 23-41 anos.</p>	<p>Gestantes entre 32-35 semanas que estavam fazendo ultrassom de rotina em um Hospital na Suécia. Mulheres que tiveram o parto em outro hospital, ou apresentaram complicações e tiveram cesariana foram excluídas do estudo.</p>	<p>Escala Análoga Visual (0-100); Pain-0-meter; Questionário de Dor McGill.</p>	<p>Paridade, idade, medo, solidão, suporte, ansiedade e problemas menstruais.</p>	<p>Mulheres com menos filhos tiveram dor mais intensa do que as tinham mais filhos. A idade das mães foi relacionada negativamente com a dor afetiva na fase I e III, sendo que as mais jovens experienciaram mais dor que as mais velhas. A dor menstrual foi relacionada com a dor sensorial na fase III para as primíparas e na fase I para as multíparas.</p>
<p>Christina Larsson <i>et al.</i>, 2010. Suécia.</p>	<p>Avaliar o impacto da personalidade, fatores sociodemográficos e obstétricos na experiência do nascimento em mães saudáveis de primeira viagem. E comparar uma Escala Análoga Visual e Questionário B da Expectativa/Experiência de Parto de Wijma como instrumentos de avaliação da experiência de parto.</p>	<p>Estudo prospectivo.</p>	<p>541 mulheres, 247 com cesárea marcada e 294 planejando o parto vaginal.</p>	<p>Mães saudáveis de primeira viagem que falam sueco, com uma gravidez normal entre 37-39 semanas de gestação.</p>	<p>Escala Karolinska de Personalidade; Questionário de Expectativa do Parto Wijma; Escala Análoga Visual; Questionários sobre complicações no pós-parto, vida sexual e amamentação.</p>	<p>Modo de parto, confiança, preocupação e tempo pós-parto.</p>	<p>Mulheres com parto vaginal: menos de 10% tiveram score entre 1-3; mais de 30% tiveram score entre 4-7; mais de 60% tiveram score entre 8-10. Mulheres com parto vaginal instrumentado: mais de 10% tiveram score entre 1-3; um pouco mais de 40% tiveram score entre 4-7; mais de 40% tiveram score entre 8-10.</p>
<p>Siw Alehagen; Klaas Wijma & Barbro</p>	<p>Comparar as experiências de medo do parto de primíparas e multíparas durante o estágio inicial do</p>	<p>Estudo descritivo.</p>	<p>35 primíparas entre 19-37 anos e 39 multíparas</p>	<p>Feto único, sem complicações médicas ou obstétricas, entre 36-42 semanas de gestação, falar sueco, em trabalho de</p>	<p>Escala de Medo do Parto.</p>	<p>Medo.</p>	<p>Primíparas apresentaram maiores scores na Escala de Medo do Parto que as multíparas durante o início do trabalho de parto ativo.</p>

Wijma. 2001. trabalho de parto ativo (3-5 cm de dilatação cervical) e estudar se o medo do parto, mensurado durante o início do trabalho de parto ativo, era preditor da quantidade de alívio de dor recebido durante o restante do trabalho de parto (5 cm até o parto), a duração do restante do trabalho de parto e a ocorrência de parto vaginal instrumental e cesariana de emergência.

Suécia. entre 22-41 anos. parto com contrações regulares, dilatação cervical entre 3-5 cm e não receber alívio da dor. Mulheres que tiveram cesárea de emergência foram excluídas.

Primíparas tiveram trabalho de parto mais duradouro.

Josephine M. Green & Helen A. Baston. 2003. Inglaterra.	Revisar as interrelações entre diferentes conceitos de controle em estudos originais, considerando como se relacionam com os resultados psicológicos e apresentar análises que exploram os correlatos intraparto e pré-parto de sentimento de controle.	Estudo longitudinal.	1146 mulheres, sendo 494 primíparas.	Mulheres com parto marcado no período entre abril e maio de 2000 foram elegíveis. Mulheres que tiveram cesárea foram excluídas.	Questionários: ANQ1 (dados demográficos antes do parto); ANQ2 (preferências e expectativas para o parto); Questionário sobre controle durante as contrações; PNQ (eventos durante o trabalho de parto); Questionário sobre resultados psicológicos).	Sentimento de controle, preocupação, modo de parto, duração do trabalho de parto, acompanhante, sensação de conforto e paridade.	As múltiparas se sentiam mais no controle que as primíparas. Das primíparas, 15% relataram dor leve e 15,5% das múltiparas; 52,8% das primíparas relataram dor moderada e 53,3% das múltiparas; 32,2% das primíparas relataram dor severa e 31,2% das múltiparas.
Ann L. Clark. 1975. Estados Unidos.	Investigar se as expectativas de parto e nascimento afetam a sua experiência.	Estudo descritivo.	24 gestantes, sendo 13 primíparas e 11 múltiparas.	Parto vaginal de bebês a termo.	Entrevista durante o último mês de gestação e primeiro dia após o parto.	Paridade, duração do trabalho de parto, suporte, aula de preparação para o parto, sentimento de controle e medo.	Das 5 primíparas com experiência do trabalho de parto positiva, 4 tiveram aulas de parto e 1 não. Das 8 primíparas com experiência do trabalho de parto negativa, 3 tiveram aulas de parto e 5 não. Das 9 múltiparas com experiência do trabalho de parto positiva, 4 tiveram aulas de parto e 5 não. Das 2 múltiparas com experiência do trabalho de parto negativa, todas não tiveram aula de parto. As múltiparas que relataram uma experiência de parto positiva, também relataram um trabalho de parto mais curto e menos dor.

Anna Dencker <i>et al.</i> , 2010. Suécia.	Identificar preditores de fase latente da duração do parto ativo, controlando os fatores preditivos em mulheres nulíparas saudáveis com uma gravidez normal e início espontâneo de trabalho de parto a termo.	Estudo prospectivo.	2072 mulheres nulíparas.	Nulíparas, com feto único, apresentação cefálica, gravidez sem complicações, início espontâneo do trabalho de parto ativo com contrações regulares e dilatação cervical não menor que 4 cm, com idade gestacional entre 37 e 41, mulheres com ruptura espontânea das membranas. Mulheres foram excluídas quando posição fetal não cefálica, ruptura das membranas no pré-parto e sérias doenças maternas.	Escala Análoga Visual. Escala de Sensação de Segurança. Escala do Nível de Expectativa Positiva. Duração e intervalo das contrações e a dilatação cervical foram mensuradas na admissão.	Dilatação cervical, sensação de segurança, contração, duração do parto e posição fetal.	A média do score de dor foi de 6,8, do score de sensação de segurança foi de 9 e o score de expectativas positivas do parto foi de 7,6.
Lubna Abushaikha & Arwa Oweis. 2005. Jordânia.	Explorar experiências de trabalho de parto entre mulheres da Jordânia na tentativa de desenvolver novos conhecimentos sobre a saúde reprodutiva e parto.	Estudo descritivo.	100 parturientes, 50 primíparas e 50 multíparas.	Parturientes de baixo risco, parto vaginal e com 18 anos ou mais.	Registros médicos, relato da paciente, Escala Numérica de Intensidade da Dor, Questionário de Dor do Trabalho de Parto.	Idade, paridade, duração do trabalho de parto e medo.	81 mulheres, sendo 43 primíparas e 38 multíparas relataram score de dor maior ou igual a 8. As primíparas tiveram média de score de 8,94, enquanto as multíparas tiveram média de 8,7.
G. Capogna <i>et al.</i> , 2010. Itália.	Avaliar se a qualidade e intensidade dos descritores cognitivos da dor do trabalho de parto podem ser influenciados pela paridade e estágio do trabalho de parto, usando uma versão reduzida do Questionário de Dor McGill (SF-MPQ).	Estudo Descritivo.	167 mulheres, sendo 121 nulíparas e 46 multíparas.	Mulheres que estavam em trabalho de parto ativo espontâneo e não receberam analgesia responderam o questionário durante o trabalho de parto ativo. Mulheres diagnosticadas anteriormente com desmenorrea foram excluídas.	Versão reduzida do Questionário de Dor McGill (SF-MPQ), Escala Análoga Visual e Intensidade de dor presente.	Progressão do trabalho de parto, paridade, dilatação cervical e posição fetal.	A média da intensidade de dor aumentou com o aumento da dilatação cervical em nulíparas e multíparas. A baixa posição fetal foi relacionada com altos scores em nulíparas. A média dos scores de dor em nulíparas na fase inicial foi de 7,6 e na fase tardia de 8, seguindo a Escala Análoga Visual. A média dos scores de dor em multíparas na fase inicial foi de 7,2 e na fase tardia de 8,2, seguindo a Escala Análoga Visual. Seguindo a Intensidade de Dor Presente, a média dos scores de dor na fase inicial para primíparas foi de 4,4 e na fase tardia foi de 4,8 e a média dos scores de dor na fase inicial para multíparas foi de 4,1 e na fase tardia foi de 4,7.
H. E. Onah <i>et al.</i> , 2007. Nigéria.	Avaliar a percepção entre as parturientes na Nigéria.	Estudo transversal.	181 pacientes.	Mulheres que tiveram cesárea foram excluídas do estudo, assim como as que não consentiram em participar.	Caixa de Escala Numérica; modo de parto; se a paciente teve	Modo de parto, acompanhante, escolaridade e paridade.	As primíparas perceberam maior escore de dor = 7,5 comparado com as multíparas = 6,6 e as grandmultíparas = 6,3. Parturientes com parto

					companhia durante o trabalho de parto; se a companhia ajudou a aliviar a dor.		induzido tiveram maior score que as com parto espontâneo.
Nancy K. Lowe. 1987. Estados Unidos.	Avaliar a intensidade de dor nos diferentes estágios do trabalho de parto em primíparas e multíparas.	Estudo descritivo.	17 primíparas e 33 multíparas.	Gestação termo e feto único, todas as mulheres eram falantes da língua inglesa.	Questionário McGill, e índice de Classificação da Dor.	Dilatação cervical, duração do parto e paridade	Score de dor em primíparas: fase inicial = 16-46; fase ativa = 9-53; fase transicional = 15-42; segundo estágio = 9-51. Score de dor em multíparas: fase inicial = 3-32; fase ativa = 8-46; fase transicional = 7-64; segundo estágio = 11-68.
O. Kuti & A. F. Faponle. 2006. Nigéria.	Investigar a percepção da dor do trabalho de parto pelas mulheres que são predominantemente Yorubas.	Estudo descritivo.	281 gestantes Yorubas, 80 primíparas e 201 multíparas.	Trabalho de parto espontâneo, com feto único e sem complicações no trabalho de parto e nascimento entre janeiro de 2003 e dezembro de 2003. Mulheres com gestação múltipla, complicações médicas da gestação, cesárea anteriormente, com complicações durante o trabalho de parto como a demora e angústia fetal foram excluídas do estudo.	Questionário após duas horas do parto para avaliar a severidade da dor do trabalho de parto (leve, moderada ou severa), desejo por analgesia, método escolhido de analgesia e informações adicionais demográficas.	Idade e paridade.	Das 80 primíparas, 30 com escore dor entre leve a moderada e 50 escore de dor severa. Das 201 multíparas, 59 com escore dor entre leve a moderada e 142 escore de dor severa.
Dawn Dannenbring, Michael J. Stevens, Alvin E. House. 1997. Estados Unidos.	Examinar fatores que poderiam estar relacionados com as experiências comuns de parto.	Estudo descritivo.	70 parturientes, 52 primíparas e 18 multíparas.	Mulheres entre 18 e 42 anos, que foram informadas pelos seus obstetras sobre um possível parto normal e nascido vivo, mulheres que tiveram parto vaginal ou cesárea foram incluídas.	Versão reduzida do Questionário de Dor McGill; Escala de Intensidade da Dor Atual; Escala Análoga Visual; Questionário de Satisfação Materna; Questões abertas sobre preditores demográficos, médicos e psicológicos; Escala de Estresse Perinatal; Pesquisa	Idade, escolaridade, paridade e duração do trabalho de parto.	Para as primíparas, foram preditores da dor: dor sensorial, dor afetiva, indução do parto, preditores psicológicos após o parto, livre-medicação, depressão. Para as multíparas, foram preditores da dor: dor sensorial, preditores ambientais, aborrecimentos, preditores médicos, duração do trabalho de parto, satisfação.

de Experiências da
Vida Recentes.

Fannie Gaston-Johansson, Gerd Fridh & Kristine Turner-Norvell. 1988. Suécia.	Descrever sistematicamente as dimensões da dor durante a progressão do trabalho de parto em primíparas e múltiparas.	Estudo descritivo.	138 mulheres, 50 primíparas e 88 múltiparas.	Suecas entre 32-34 semanas e estava realizando ultrassom de rotina.	Instrumento de Mensuração da Dor; Pain-0-meter de Johansson; Escala Análoga Visual.	Paridade, duração do trabalho de parto	A média da duração do trabalho de parto das primíparas foi de 11,18 horas e a média das múltiparas foi de 7,07 horas. No grupo das primíparas, a intensidade de dor sensorial foi maior no estágio 1, diminuiu no estágio 2 e aumentou no estágio 3, enquanto a dor afetiva também diminuiu no estágio 2 e aumentou no estágio 3. No grupo de múltiparas, o maior valor de dor sensorial foi no estágio 2, que aumentou do estágio 1, enquanto o menor valor foi no estágio 3. A dor afetiva das múltiparas aumento com a progressão do trabalho de parto.
Terhi Saisto <i>et al.</i> , 2001. Finlândia.	Investigar se as mulheres com medo do parto têm a tolerância à dor reduzida comparada com as mulheres que não têm medo do parto.	Estudo prospectivo.	40 mulheres, 20 do grupo caso e 20 do grupo controle, sendo que em cada um dos grupos haviam 10 nulíparas e 10 múltiparas.	Todas com gestação de feto único e sem complicações. Mulheres fumantes, que engravidaram de novo, não conseguiram realizar o teste e que usavam algum tipo de medicação foram excluídas do estudo.	Versão revisada do questionário específico de medo do parto; Inventário de depressão de Beck; Teste Pressor a Frio; Escala Análoga Visual.	Medo, tolerância da dor e paridade.	Durante a gestação, pacientes com medo do trabalho de parto toleraram o teste pressor a frio por menos tempo e sentiram mais dor do que as mulheres que não sentiam medo do trabalho de parto. Todas as mulheres experienciaram o teste pressor a frio como mais doloroso após o parto, do que durante a gravidez.
Ronald Melzack <i>et al.</i> , 1984. Canadá.	Determinar a relação entre as variáveis físicas, como a frequência das contrações, o peso da mulher e a intensidade da dor percebida. Investigar a distribuição espacial da dor e as modificações pela anestesia epidural.	Estudo descritivo.	240 mulheres.	Dilatação cervical de pelo menos 2 e 3 cm e intervalo das contrações de 5 minutos ou menos.	Questionário de Dor McGill e Índice de Classificação da Dor.	Contrações, dilatação cervical, aula de preparação para o parto, dor menstrual e duração do trabalho de parto.	As primíparas tiveram níveis de dor mais alto que as múltiparas e as mulheres que tiveram aulas de preparo do parto tiveram níveis mais baixos de dor do que as que não tiveram. As mulheres que apresentaram dificuldades menstruais tiveram o aumento da dor do trabalho de parto. A idade foi relacionada negativamente com a dor, ou seja, mulheres mais velhas sentiam menos dor que as mais jovens. A duração do trabalho de parto foi maior em primíparas do que em múltiparas.
Pamela Angle <i>et al.</i> , 2017. Canadá.	Avaliar a confiabilidade de teste-reteste da ferramenta. Avaliar a consistência interna da ferramenta e	Estudo retrospectivo.	104 mulheres, sendo 64 nulíparas,	Fluentes na língua Inglesa, capazes de ler e escrever, com dilatação cervical menor ou igual a 6 cm com contrações	Questionário de dor do trabalho de parto de Angle (A-LPQ).	Paridade, modo de parto, contração, medo e ansiedade.	A subescala de medo e ansiedade sugeriram que o medo e a ansiedade contribuem bastante para a experiência de dor do parto quando pouca ou nenhuma dor física estava presente, mas

sensibilidade à mudança e capacidade de resposta com base na Escala de Impressão Global de Mudança do Paciente. Descrever o significado da pontuação com base em outras ferramentas.

uterinas em intervalos maiores ou iguais a 3 minutos, mulheres de diferentes paridades, com trabalho de parto espontâneo ou induzido. Foram excluídas mulheres com menos de 18 anos, com comprometimento cognitivo, preocupação significativa com bem estar materno ou fetal, morte fetal durante a gestação, ou com utilização de qualquer método de alívio da dor.

diminuiu à medida que a gravidade da dor física aumentou. O medo e ansiedade foi mais presente nas nulíparas, as quais apresentam maiores escores no instrumento e na subescala de enormidade da dor quando comparada as múltiparas. As nulíparas percebem níveis similares de dor física como mais severa que as múltiparas.

P. Ranta, P. Jouppila & R. Jouppila. 1996. Finlândia.	Investigar as diferenças nas experiências de dor e requisitos para o controle da dor em parturientes com diferentes experiências de parto.	Estudo descritivo.	70 primíparas, 70 múltiparas e 70 grandmúltiparas (mulheres com no mínimo 5 partos anteriores).	Mulheres com no mínimo 5 partos anteriores (casos), mulheres com nenhum parto anterior (controle) e com 2 a 5 partos anteriores (controle).	Escala numérica de intensidade da dor (0 a 10).	Paridade, aula de preparação para o parto, suporte e diferença entre expectativa e experiência.	Dilatação cervical entre 0-3 cm: a média do escore para grandmúltiparas = 3; múltiparas = 4 e primíparas = 6. Dilatação cervical entre 4-6 cm: a média do score para todas as parturientes foi de 6-7, sendo uma dor severa ou pior. Dilatação cervical entre 7-10 cm: a média do score das grandmúltiparas foi maior do que o score das primíparas e múltiparas.
E. Sheiner, E. K. Sheiner & I. Shoham-Vardi. 1998. Israel.	Investigar se fatores sociodemográficos e obstétricos contribuem para a severidade da dor do trabalho de parto.	Estudo prospectivo.	447 mulheres, 165 primíparas, 282 múltiparas.	Mulheres de baixo risco, em trabalho de parto ativo, com 4-5 cm de dilatação e contrações regulares. Parturientes a termo (38-42 semanas), feto único, posição cefálica.	Escala Análoga Visual.	Idade, paridade, acompanhante, escolaridade, aula de preparação para o parto e modo de parto.	Com o aumento da paridade e da idade materna, os níveis de dor diminuem.
Oladapo Olayemi <i>et al.</i> , 2009. Nigéria.	Avaliar o efeito da etnia na percepção da dor pelas parturientes no trabalho de parto no Hospital Universitário de Ibadan.	Estudo descritivo.	584 mulheres, 408 Yoruba, 68 Igbos, 46 Hausas e o restante eram Efiks e Ibiobios.	Parturientes da Nigéria de diferentes etnias entre 1 de novembro de 2006 e 30 de março de 2007.	Escala Numérica de mensuração da dor.	Suporte, idade, modo de parto, paridade, acompanhante e escolaridade.	Escore de dor para mulheres com: menos de 25 anos = 6,97; entre 25-29 anos = 6,58; entre 30-34 anos = 6,34; 35 ou mais = 6,93. Escore de dor para mulheres com: 0 partos = 7; 1 parto = 6,47; 2 partos ou mais = 6,24. Escore de dor para mulheres com nível educacional: nenhum = 4,56; primário = 7,94; secundário = 6,93; terciário = 6,48.

Kathleen L. Norr <i>et al.</i> , 1980. Estados Unidos.	Examinar os efeitos da paridade em 3 áreas: a experiência da gestação; o nascimento em si incluindo obstáculos obstétricos e fatores psicossociais; e interações com o bebê durante o período pós-parto imediato.	Estudo descritivo.	249 mulheres, sendo 118 primíparas e 131 multíparas.	Foram selecionadas mulheres casadas, foram evitadas mulheres que não eram casadas, tiveram cesárea ou que o bebê estava seriamente doente ou havia morrido.	Registros médicos e entrevista com as mulheres.	Paridade, duração do trabalho de parto, modo de parto e aula de preparação para o parto.	As primíparas demonstraram maiores preocupações que as multíparas. As multíparas se preocupam mais em como será o parto do que as primíparas, pois as primíparas estão preocupadas com muitas outras coisas, por exemplo, como será criar o filho. As multíparas têm trabalho de partos mais curtos, dilatação mais rápida, menos complicações, uso de menos analgesia e anestesia, menos perda de sangue, menos lacerações e mais partos espontâneos, além disso apresentam melhor score no Apgar.
Per Nettelbladt, Carl-Fredrik Fagerstrom & Nils Uddenberg, 1976. Suécia.	Estudar se os fatores psicológicos são importantes para a experiência de dor no parto.	Estudo longitudinal.	78 nulíparas entre 18-33 anos.	Mulheres que consentiram em participar do estudo, algumas mulheres não puderam participar por várias razões relacionadas com a experiência de parto.	Entrevistas semi-estruturadas e registros médicos.	Ansiedade, escolaridade e suporte.	Das 78 nulíparas, 35% relataram dor intolerável, 37% dor severa e 28% dor moderada.
S. Ayers & A. D. Pickering, 2005. Inglaterra.	Examinar a relação durante o trabalho de parto entre as expectativas do parto e os sintomas de ansiedade; examinar a relação entre as expectativas e a subsequente experiência do parto; examinar o efeito da paridade nas expectativas e experiência.	Estudo prospectivo.	252 mulheres, sendo 132 nulíparas e 120 multíparas.	Mulheres fluentes no Inglês e entre 16 e 36 semanas de gestação. Mulheres que agendaram cesárea, ou o bebê morreu durante o parto ou logo após o parto foram excluídas do estudo.	Versão modificada da Escala de Expectativa e Experiência do parto; Escala Análoga Visual; Escala de Ansiedade Traço-Estado; Questionário Demográfico.	Diferença entre expectativa e realidade, suporte e modo de parto.	A ansiedade na gravidez é relacionada com muitas expectativas, os sintomas de ansiedade são associados com a expectativa de emoções similares e expectativa de menos controle, menos suporte e ter menos confiança para enfrentar. Esperar emoções positivas no parto foi relacionada com experimentar emoções positivas, alto controle e eficácia da analgesia. As nulíparas esperaram e experienciaram mais emoções negativas, melhor controle da dor pela equipe, a analgesia mais efetiva e avaliaram o parto como mais traumático e desafiador.
Ulla Waldenstrom, 2003. Suécia.	Descrever a experiência de parto e o primeiro ano com um recém-nascido de amplas perspectivas. Comparar as experiências de dor do trabalho de parto e toda a experiência de	Estudo longitudinal.	2428 mulheres, sendo 1074 primíparas e 1354 multíparas.	Mulheres fluentes na língua sueca e que consentiram em participar. Mulheres que tiveram cesárea eletiva foram excluídas.	Questionários sociodemográfico e com dados obstétricos, sobre o cuidado no trabalho de parto e satisfação com os aspectos do cuidado.	Memória da dor do trabalho de parto e modo de parto.	Após 2 meses do parto, as multíparas tiveram maior média de dor do que as primíparas. Após 1 ano do parto, as mulheres relataram menos dor, sendo que a redução foi mais óbvia em multíparas que em primíparas, logo, as primíparas pareceram lembrar melhor da dor que as multíparas. A média de dor das primíparas aos 2 meses foi de 5,55 e das

parto aos 2 meses e 1 ano após o parto

multíparas foi de 5,66. A média de dor das primíparas após 1 ano foi de 5,37 e das múltiparas foi de 5,33.

Yongfang Deng <i>et al.</i> , 2020. China.	Comparar os scores de dor para mulheres que tiveram dois partos consecutivos, objetivou investigar as ideias: primíparas tem níveis mais baixos de dor que as nulíparas e o segundo parto é menos doloroso que o primeiro.	Estudo retrospectivo.	417 mulheres.	Pelo menos duas avaliações de dor desde a admissão, antes da dilatação cervical igual ou menor que 3 cm para o primeiro parto e igual ou menor a 2 cm para o segundo parto, sendo a fase latente do trabalho de parto. Critério de exclusão: duração do trabalho de parto menor que 3 horas para o primeiro parto e menos que 1 hora para o segundo, dilatação cervical na admissão maior que 3 cm para o primeiro parto ou maior que 2 cm no segundo parto, mulheres com morte pré-natal e/ou complicações graves na gravidez que necessitaram de cuidados clínicos excepcionais.	Escala de Classificação Numérica da Dor (0-10), Informação Demográfica e Registros Obstétricos	Paridade, escolaridade e duração do trabalho de parto.	O segundo parto durou uma média de 2,9 horas menos que o primeiro parto. O segundo parto teve maior peso ao nascer que o primeiro. O escore máximo de dor do trabalho de parto (score avaliado na fase latente) no primeiro parto foi de 6 e no segundo foi de 5.
Johnson A. Obuna & Odidika Ugochukwu J. Umeora. 2014. Nigéria.	Avaliar a percepção das mulheres Igbo sobre a dor do parto e os fatores avaliados que influenciam sua percepção de dor do parto e verificar o nível de utilização de analgesia obstétrica pelas parturientes.	Estudo transversal.	500 parturientes Igbo, 223 nulíparas, 98 múltiparas e 179 grandmúltiparas, entre 15 e 39 anos.	Mulheres que realizaram parto espontâneo durante o período do estudo foram incluídas. Foram excluídas do estudo: mulheres que tiveram parto cesáreo ou qualquer forma de parto instrumental, mulheres que não eram Igbo de nascimento, que se apresentaram no segundo estágio do trabalho de parto, que tiveram morte fetal intrauterina, administração de ocitocina ou misoprostol por qualquer razão ou recebeu	Escala Verbal de Classificação da Dor em 3 pontos.	Paridade, idade, acompanhante e escolaridade.	Aproximadamente 52% das parturientes descreveram a dor do trabalho de parto como severa, 40% como moderada, enquanto 8% como leve. Mais primíparas descreveram a dor como severa, assim como, 69,4% das mulheres entre 20 e 24 anos descreveram a dor como severa. As parturientes que não estavam acompanhadas tiveram menor percepção da dor durante o trabalho de parto, do que as que estavam acompanhadas. Das mulheres com 1 parto: 6 relataram dor leve, 27 dor moderada e 190 dor severa. Das mulheres com 2-4 partos: 15 relataram dor leve, 41 dor moderada e 42 dor severa. Das mulheres com mais de 5 partos: 50 relataram dor leve, 89 dor moderada e 40 dor severa.

analgésia epidural no início
do trabalho de parto.

Eleni G. Hapidou & Denys DeCatanzaro. 1992. Canadá.	Determinar os efeitos diferenciais de experiências dolorosas.	Estudo retrospectivo.	15 multíparas, 12 nulíparas com média de idade de 35 anos e 15 nulíparas com média de idade de 24 anos.	Foram excluídas: tabagistas, uso de contraceptivo oral, ciclos irregulares, ciclos mais longos ou mais curtos (26-30 dias), uso de tranquilizante, partos com analgesia e cesarianas.	Escala análoga visual, Questionário de experiência de dor cumulativa, dor induzida por frio pressor, escala retrospectiva de sintomas.	Dor menstrual, paridade, idade e tolerância da dor.	As mulheres multíparas aguentaram no teste pressor a frio mais de 15 segundos, as nulíparas com mais de 30 anos aguentaram mais de 10 segundos, enquanto as nulíparas com menos de 30 anos aguentaram menos de 10 segundos.
---	---	-----------------------	---	---	--	---	---

Sendo assim, a percepção de dor do trabalho de parto apresenta diversas variáveis preditoras que podem associar-se à paridade e influenciar a interpretação do processo doloroso no evento do nascimento.

Fatores associados à percepção sensorial de dor e paridade

Nos estudos, os principais fatores associados à percepção sensorial de dor e paridade foram destacados na Figura 2.

Dada a busca da paridade como uma variável preditora, objeto da presente revisão, este fator foi encontrado como o mais frequente no presente estudo e apontado como um fator evidente por escores de intensidade de dor referida demonstrou influenciar na percepção sensorial de dor do trabalho de parto de mulheres e com maior intensidade em nulíparas (4,5,7,9,10,17–19,22,25,26,30–35,38,41–43).

Ainda no que se refere aos fatores obstétricos, duração do trabalho de parto, que geralmente é maior em nulíparas que em múltiparas (4,16–19,26,29,31,35–37,40), modo de parto que pode ser induzido, instrumental, espontâneo ou cesariana (9,20,22,23,25,26,32,40,42), a posição fetal também influencia na dor principalmente na descida em nulíparas (7,29,31), bem como, históricos de dismenorreias e outros problemas menstruais (9,28,31,36) foram citados.

A progressão do trabalho de parto também foi relacionada com o aumento da percepção sensorial de dor (7,16,30,35,43), devido ao aumento da frequência, duração e intensidade das contrações (22,29,31,36), que está diretamente relacionada com a dilatação cervical (7,19,29,31,36).

Do ponto de vista assistencial, o fator suporte foi identificado nos estudos e inclui, presença de acompanhante (companheiro, familiares ou a pessoa de escolha da mulher), doula, ou, ainda, apoio assistencial da equipe multiprofissional (10,16,23,25,28,32,37,39,40,42,43), podendo a ausência de tais acarretar em sentimento de solidão, relacionando-se negativamente à dor (5,28). Além disso, os estudos mostraram que a aula de preparação para o parto influencia positivamente na diminuição do escore de dor (10,16,26,32,36,43), permitindo maior sensação de controle (16,23,28,37,40), sensação de conforto (40), confiança (20,31) e segurança (29).

Fatores psicoemocionais como ansiedade com relação ao trabalho de parto e durante a gestação foi citada por cinco estudos (16,22,23,28,39), enquanto o medo foi citado por quatro estudos (21,22,31,34).

A memória de dor foi citada como um fator influenciador para a classificação de intensidade, dependendo do tempo após o parto, sendo que as múltiparas tendem a se lembrar

menos da dor comparado às nulíparas no decorrer do tempo (20,24,27), esse fator pode estar associado à avaliação de dor pela mulher, variando entre uma experiência positiva ou negativa (20,24,27,37). Diferenças entre expectativas e experiências de dores também podem acarretar em aumento dos escores de intensidade de dores quando as parturientes possuem ideias irreais acerca do trabalho de parto e nascimento (23,28,43).

A escolaridade foi evidenciada nos estudos como um fator sociocultural que influencia significativamente na percepção de dor, uma vez que mulheres com maior nível de escolaridade relataram maior escore de dor (18,25,32,35,38,39,41,42), assim como as mulheres mais jovens, mostrando que a idade materna é um importante fator citado nos estudos (5,9,10,17,18,25,32,33,38,41).



Figura 2- Nuvem de palavras com os fatores associados à percepção sensorial da dor e paridade.

Os fatores obstétricos primariamente elencaram o rol de componentes que interferem na percepção sensorial de dor, seguido dos fatores assistenciais, psicoemocionais e socioculturais. A abrangência de fatores associados à percepção sensorial de dores reforça a multidimensionalidade de componentes que influenciam a percepção de dor evidenciada por diversos estudos. Nesse âmbito, é possível compreender que cada mulher apresenta particularidades que consolidarão a construção do julgamento de suas sensações, respeitando o seu limiar de dor (9,34).

Discussão

Ao iniciarmos a busca desta revisão foi possível observar que a tendência de publicações atuais acerca da dor do trabalho de parto e nascimento predomina-se na enfermagem e medicina

baseada em evidência em estudos que visam a avaliação de eficácia de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor. Todavia, a humanização do parto e nascimento e novas políticas que visam garantir o direito da assistência ao parto e nascimento também são temas frequentemente identificados (44) e fornecem avanços na ciência que atuam sobre a fisiologia da dor e sua modulação de forma geral. Esses resultados refletem nos anos de publicações dos estudos, acerca da dor associada à paridade. Aproximadamente metade das publicações acerca da temática se concentraram na década de 1990.

Por outro lado, explorar a multidimensionalidade de aspectos que influenciam os estímulos fisiológicos de dor na situação do trabalho de parto e nascimento, bem como a interpretação e julgamento de sensações do parto em diferentes grupos podem fomentar subsídios à assistências mais personalizadas e que abranjam o direcionamento de ações mais apropriadas a populações ditas de risco, isto é, para menor ou maior limiares de dores.

Na presente revisão, evidenciou-se que as nulíparas e primíparas tendem a relatar maiores escores de intensidade de dores no trabalho de parto e nascimento comparado às múltíparas e grandmúltíparas, entretanto, na fase de expulsão essas médias de escores se tornam mais tênues em suas proporções, a exemplo dos estudos citados (38,41–43). Apesar das variações metodológicas, esses resultados corroboram com estudos que demonstram maior uso de medidas para alívio da dor, sejam farmacológicas ou não farmacológicas entre nulíparas (21,42,44).

Nota-se que apesar das nulíparas referirem maiores escores de dores, as que realizaram aula de preparação para o parto apresentaram seus escores menores (10,16,26,32,36,43), destacando a necessidade de maior atenção pré-natal ao preparo do parto e medidas de alívio da dor, enfatizando a atuação da enfermagem nesse processo (45). Além disso, as nulíparas representam uma população de risco por apresentarem maiores riscos de laceração, hemorragia, e trauma perineal (46), bem como riscos de neonatos com baixo peso e que podem precisar de intervenções após o nascimento (4).

O sentimento de ansiedade e medo do trabalho de parto durante o processo gravídico e de parturição é comum entre as mulheres (16,21–23,28,31,34,39) podendo criar expectativas irreais sobre o trabalho de parto (23,28,43), reforçando que a avaliação da experiência positiva ou negativa refletirá significativamente na percepção sensorial de dor nas experiências subsequentes (20,24,27,37).

Apesar de os estudos abordarem a paridade como variável associada à percepção de dor, 6 estudos não apresentaram a paridade como subgrupo de análise de variável preditora,

atentando-se apenas como perfil de amostragem, característica esta que reduziu a seleção de estudos incluídos para a média de escores.

Conclusão

A revisão de escopo possibilitou compreender o conceito-chave da percepção de dores do trabalho de parto e nascimento descritos por mulheres que os vivenciaram, envolvendo suas paridades, em especial, as nulíparas e primíparas que nos estudos demonstraram relatar maiores escores de intensidade de dores comparado às múltiparas e grandmúltiparas. Apesar desses achados se mostraram semelhantes quando comparados na fase de expulsão, a revisão evidenciou que a percepção sensorial de dor tende a apresentar escores menores de intensidade de dores à medida que aumenta a paridade.

De maneira geral, a dor do trabalho de parto e nascimento é significada como sensação desagradável pela maioria das mulheres que a vivencia. Sendo um fenômeno que emerge a necessidade da essencial atuação do enfermeiro e equipe e, diante dos aspectos evidenciados, torna-se elementar o foco em especial na identificação da população de nulíparas e primíparas desde o acolhimento pré-natal com ações que abranjam a atenção à fisiologia do parto, da dor com o esclarecimento de medidas não farmacológicas e de informações quanto às medidas farmacológicas possíveis que aliviem e amparem seu processo de parturição.

É imperativo que nulíparas, por representarem mulheres sem experiência prévia, recebam assistência de enfermagem mais individualizada, estabelecendo protocolos para uma atenção personalizada, enfatizando que o limiar de dor é uma particularidade relativa a cada mulher envolvendo vários fatores objetivos e subjetivos, fornecendo o suporte essencial que minimize seus medos e ansiedades em relação ao parto e ao fenômeno doloroso.

Finalmente, a partir da construção do conceito-chave, percepção sensorial de dor do trabalho de parto em nulíparas, é possível reforçar medidas assistenciais para a prática baseada em evidência que reforcem diretrizes à população em questão e o mapeamento dos fatores associados fornece elementos importantes para a compreensão dos componentes que influenciam a interpretação de dor nos diferentes subgrupos, contribuindo essencialmente para a prática baseada em evidência na assistência obstétrica.

Referências

1. Julie B, Gagné G, Chaillet N, Raymonde G, Emmanuelle H, Buckley S. No . 355- Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery : An Evidence-Based Approach to its Management. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2018;40(2):227–45. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003>
2. Lowe NK. The nature of labor pain. 2002;16–24.
3. Mazoni SR. Artigo Original Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto 1. 2013;21.
4. Lowe NK. Differences in first and second stage labor pain between nulliparous and multiparous women. 1992;8942(March).
5. Fridh G, Kopare T, Gaston-Johansson F, Norvell KT. Factors associated with more intense labor pain. *Res Nurs Health*. 1988;11(2):117–24.
6. Labor S, Maguire S. The Pain of Labour. 2008;15–9.
7. Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Valentini G, Garassino A, Farcomeni A. Multidimensional evaluation of pain during early and late labor: a comparison of nulliparous and multiparous women. *Int J Obstet Anesth* [Internet]. 2009;19(2):167–70. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijoa.2009.05.013>
8. Ganji Z, Shirvani MA, Danesh M. The effect of intermittent local heat and cold on labor pain and child birth outcome. 2013;(March).
9. Hapidou EG, Decatanzaro D. Responsiveness to laboratory pain in women as a function of age and childbirth pain experience. 1992;48.
10. Brown ST, Campbell D, Kurtz A. Characteristics of labor pain at two stages of cervical dilation. *Pain*. 1989;38(3):289–95.
11. Peters M, Khalil H, Godfrey CM, Mcinerney P. 2017 Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews Chapter 11 : Scoping Reviews Scoping Reviews. 2017;(September).
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, Brien KKO, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. 2018;(August 2016).
13. Arksey H, Malley LO. Scoping studies : towards a methodological framework.

- 2005;5579.
14. Ferreira AB de H. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 2010.
 15. Schuiling KD, Sampsel C, Kolcaba K. Exploring the Presence of Comfort within the Context of Childbirth. 2010;197–214.
 16. Sittner B, Hudson DB, Grossman CC, Gaston-Johansson F. Adolescent's perceptions of pain during labor. 1998;
 17. Abushaikha L, Oweis A. Labour pain experience and intensity: A Jordanian perspective. 2005;33–8.
 18. Dannenbring D, Stevens MJ, House AE. Predictors of Childbirth Pain and Maternal Satisfaction. 1997;20(2).
 19. Nancy K Lowe. Parity and Pain During Parturition. JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1987;(October).
 20. Larsson C, Saltvedt S, Edman G, Wiklund I, Andolf E. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. Sex Reprod Healthc [Internet]. 2010;2(2):83–9. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2010.11.003>
 21. Alehagen S, Wijma K, Barbro Wijma. Fear during labor. 2001;80:315–20.
 22. Angle P, Kurtz-landy C, Djordjevic J, Barrett J, Kibbe A, Sriparamanathan S, et al. The Angle Labor Pain Questionnaire - Reability, Validity, Sensibility to Change, and Responsiveness during early active labor without pain relief. 2017;33(2):132–41.
 23. Ayers S, Pickering AD. Women's expectations and experience of birth. 2005;0446(June).
 24. Waldenstro U. Women's Memory of Childbirth at Two Months and One Year after the Birth. 2003;(December):248–54.
 25. Olayemi O, Morhason-bello IO, Adedokun BO, Ojengbede OA. The role of ethnicity on pain perception in labor among parturients at the university college hospital Ibadan. 2009;35(2):277–81.
 26. Norr K, Block C, Charles A, Meyering S. The Second Time Around : Parity and Birth Experience. 1980;(February):30–6.

27. Waldenstro U, Schytt E. A longitudinal study of women ' s memory of labour pain — from 2 months to 5 years after the birth. 2008;577–83.
28. Fridh G, Gaston-johansson F. DO PRIMIPARAS AND MULTIPARAS HAVE REALISTIC EXPECTATIONS OF LABOR. 1990;69(6):103–9.
29. Dencker A, Berg M, Bergqvist L, Lilja H. Identification of latent phase factors associated with active labor duration in low-risk nulliparous women with spontaneous contractions. 2010;(June):1034–9.
30. Gaston-Johansson F, Fridh G, Turner-norvell K. Progression of Labor Pain in Primiparas and Multiparas. Vol. 6, Journal of Japan Academy of Midwifery. 1988. p. 23–30.
31. Lowe NK. Critical predictors of sensory and affective pain during four phases of labor. 1991;12:193–208.
32. Sheiner E, Sheiner EK, Shoham-Vardi I. The relationship between parity and labor pain. Int J Gynecol Obstet. 1998;63(3):287–8.
33. Kuti O, Faponle AF. Perception of labour pain among the Yoruba ethnic group in Nigeria. 2006;3615(November):5–8.
34. Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, Halmesma E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. 2001;93:123–7.
35. Deng Y, Li H, Dai Y, Yang H, Morse AN, Liang H, et al. Are there differences in pain intensity between two consecutive vaginal childbirths ? A retrospective cohort study. 2020;105.
36. Melzack R, Kinch R, Dobkin P, Lebrun M, Taenzer P. Severity of labour pain: Influence of physical as well as psychologic variables. Can Med Assoc J. 1984;130(5):579–84.
37. Clark AL. Labor and birth: expectations and outcomes. 1975;413–28.
38. Obuna JA, Umeora OIJ. Perception of labor pain and utilization of obstetric analgesia by Igbo women of Southeast Nigeria. 2014;4(1):18–22.
39. Nettelbladt P, Fagerstrom C-F, Uddenberg N. THE SIGNIFICANCE OF REPORTED CHILDBIRTH PAIN. 1976;101.

40. Green JM, Baston HA. Feeling in Control During Labor : Concepts , Correlates , and Consequences. 2003;(December):235–47.
41. Olayemi O, Adeniji RA, Udoh ES, Akinyemi OA, Aimakhu CO, Shoretire KA. Determinants of pain perception in labour among parturients at the University College Hospital , Ibadan. 2005;3615(October).
42. Onah HE, Obi SN, Oguanuo TC, Ezike HA, Ogbuokiri CM, Ezugworie JO. Pain perception among parturients in Enugu , South-eastern Nigeria. 2007;27(August):585–8.
43. Ranta P, Jouppila P, Jouppila R. The intensity of labor pain in grand multiparas. 1996;75.
44. Silva EC da S, Rocha ELC de AR, Araújo R de CGA, França AMB de. RECURSOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: revisão integrativa. 2017;4:123–34.
45. Nascimento ER do, Santos ÉC da S, Sousa DS de, Gallotti FCM. Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado. 2020;6:141–6.
46. Andrade ABCA de, Azevedo AMC, Queiroz K de S, Machado MCF, Menezes SAF de, Bárbara. Riscos e benefícios maternos e neonatais promovidos por partos assistidos na água. 2019;11(5):1–8.

Apêndices

Apêndice 1 – Estratégia de busca por bases de dados, realizada no dia 16 de setembro de 2020.

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
PubMed	(“Parity”[All Fields] OR “Parity”[MeSH Terms] OR “Nulliparity”[All Fields] OR “Nulliparity”[MeSH Terms] OR “Multiparity”[All Fields] OR “Multiparity”[MeSH Terms])) AND (“pain”[All Fields] OR “pain”[MeSH Terms] OR “acute pain”[All Fields] OR “acute pain”[MeSH Terms] OR “labor pain”[All Fields] OR “labor pain”[MeSH Terms] OR “pains”[All Fields] OR “acute pains”[All Fields] OR “labor pains”[All Fields] OR “Labour pain”[All Fields] OR “Labour pains”[All Fields] OR “Pain perception”[All Fields] OR “Pain perception”[MeSH Terms] OR “Pain perceptions”[All Fields] OR “Pain Perceptions”[MeSH Terms] OR “Perception pain”[All Fields] OR “Perception pain”[MeSH Terms] OR “Perceptions pain”[All Fields] OR “Perceptions pain”[MeSH Terms] OR “Referred pain”[All Fields] OR “Referred pain”[MeSH Terms] OR “Pain referred”[All Fields] OR “Pain referred”[MeSH Terms] OR “Pain measurement”[All Field] OR “Pain measurement”[MeSH Terms] OR “Measurement pain”[All Field] OR “Measurement pain”[MeSH Terms] OR “Measurements pain”[All Fields] OR “Measurements pain”[MeSH Terms] OR “Pain measurements”[All Fields] OR “Pain measurements”[MeSH Terms] OR “Assessment pain”[All Fields] OR “Assessment pain”[MeSH Terms] OR “Assessments pain”[All Fields] OR “Assessments pain”[MeSH Terms] OR “Pain assessments”[All Fields] OR “Pain assessments”[MeSH Terms] OR “Pain assessment”[All Fields] OR “Pain assessment”[MeSH Terms] OR “McGill Pain Questionnaire”[All Fields] OR “McGill Pain Questionnaire”[MeSH Terms] OR “Pain Questionnaire McGill”[All Fields] OR “Pain Questionnaire McGill”[MeSH Terms] OR “Questionnaire McGill Pain”[All Fields] OR “Questionnaire McGill Pain”[MeSH Terms] OR “McGill Pain Scale”[All Fields] OR “McGill Pain Scale”[MeSH Terms] OR “Pain Scale McGill”[All Fields] OR “Pain Scale McGill”[MeSH Terms] OR “Scale McGill Pain”[All Fields] OR “Scale McGill Pain”[MeSH Terms] OR “Visual Analog Pain Scale”[All Fields] OR “Visual Analog Pain Scale”[MeSH Terms] OR “Visual Analogue Pain Scale”[All Fields] OR “Visual Analogue Pain Scale”[MeSH Terms] OR “Analogue Pain Scale”[All Fields] OR “Analogue Pain Scale”[MeSH Terms] OR “Analogue Pain Scales”[All Fields] OR “Analogue Pain Scales”[MeSH Terms] OR “Pain Scale Analogue”[All Fields] OR “Pain Scale Analogue”[MeSH Terms] OR “Pain Scales Analogue”[All Fields] OR “Pain Scales Analogue”[MeSH Terms] OR “Scale Analogue Pain”[All Fields] OR “Scale Analogue Pain”[MeSH

	Terms] OR "Scales Analogue Pain"[All Fields] OR "Scales Analogue Pain"[MeSH Terms] OR "Analog Pain Scale"[All Fields] OR "Analog Pain Scale"[MeSH Terms] OR "Analog Pain Scales"[All Fields] OR "Analog Pain Scales"[MeSH Terms] OR "Pain Scale Analog"[All Fields] OR "Pain Scale Analog"[MeSH Terms] OR "Pain Scales Analog"[All Fields] OR "Pain Scales Analog"[MeSH Terms] OR "Pain Scales Analog"[All Fields] OR "Pain Scales Analog"[MeSH Terms] OR "Scales Analog Pain"[All Fields] OR "Scales Analog Pain"[MeSH Terms])
CINAHL	(MH "Parity") OR "nulliparity" OR "multiparity" OR "primiparity") AND (MH "Pain") OR (MH "Labor Pain") OR "acute pain" OR "pain perception")
Lilacs	("Paridad" OR "Paridade" OR "Multiparidade" OR "Nuliparidade" OR "Primiparidade" AND "Dolor" OR "Dor" OR "Dolor del Parto" OR "Dor do Parto" OR "Dor do Trabalho de Parto" OR "Dores de Parto" OR "Dores do Parto" OR "Dores do Trabalho de Parto" OR "Dolor del Trabajo de Parto" OR "Dolores de Parto" OR "Dolores del Parto" OR "Dolores del Trabajo de Parto")
Web of Science	("Parity" OR "Multiparity" OR "nulliparity" OR "primiparity" AND "pain" OR "labor pain" OR "obstetric pain")
Google Scholar	("nulliparous" OR "parity" AND "labor pain")

Apêndice 2 – Publicações excluídas e as razões para exclusão.

Número	Referências	Razão
1	Lavender, T., Walkinshaw, S. A., & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. <i>Midwifery</i> , 15(1), 40–46.	C
2	Rofé, Y., & Algom, D. (1985). Accuracy of Remembering Postdelivery Pain. <i>Perceptual and Motor Skills</i> , 60(1), 99–105.	A
3	Jokić-Begić, N., Žigić, L., & Nakić Radoš, S. (2013). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology</i> , 35(1), 22–28.	C
4	Ferber, S. G., Granot, M., & Zimmer, E. Z. (2005). Catastrophizing labor pain compromises later maternity adjustments. <i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i> , 192(3), 826–831.	B
5	Anderson, C. A., & Gill, M. (2014). Childbirth related fears and psychological birth trauma in younger and older age adolescents. <i>Applied Nursing Research</i> , 27(4), 242–248.	C
6	Areskog, B., Uddenberg, N., & Kjessler, B. (1983). Experience of Delivery in Women with and without Antenatal Fear of Childbirth. <i>Gynecologic and Obstetric Investigation</i> , 16(1), 1–12.	C
7	Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> , 47(5), 471–482.	A
8	Hanna-Leena Melender, R. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. <i>Birth</i> , 29(2), 101–111.	C
9	Lowe, N. K. (1989). Explaining the pain of active labor: The importance of maternal confidence. <i>Research in Nursing & Health</i> , 12(4), 237–245.	A

10	Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D. K., Baird, K., Gamble, J., & Fenwick, J. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 15(1).	C
11	SAISTO, T. (1999). <i>Factors associated with fear of delivery in second pregnancies1, *1. Obstetrics & Gynecology</i> , 94(5), 679–682.	C
12	Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S. Factors Related to Women's Childbirth Satisfaction in Physiologic and Routine Childbirth Groups. <i>Iran J Nurs Midwifery Res</i> . 2017 May-Jun;22(3):219-224.	A
13	Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> . 2003 Mar;82(3):201-8.	D
14	Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. <i>BJOG</i> . 2009 Jan;116(1):67-73.	C
15	Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. <i>Gynecol Obstet Invest</i> . 1981;12(5):262-6.	C
16	Serçekuş P, Vardar O, Özkan S. Fear of childbirth among pregnant women and their partners in Turkey. <i>Sex Reprod Healthc</i> . 2020 Jun;24:100501.	C
17	Kabeyama K, Miyoshi M. Longitudinal study of the intensity of memorized labour pain. <i>Int J Nurs Pract</i> . 2001 Feb;7(1):46-53.	A
18	Hug I, Chattopadhyay C, Mitra GR, Kar Mahapatra RM, Schneider MC. Maternal expectations and birth-related experiences: a survey of pregnant women of mixed parity from Calcutta, India. <i>Int J Obstet Anesth</i> . 2008 Apr;17(2):112-7.	C
19	Sheiner E, Sheiner EK, Hershkovitz R, Mazor M, Katz M, Shoham-Vardi I. Overestimation and underestimation of labor pain. <i>Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol</i> . 2000 Jul;91(1):37-40.	B
20	Aduloju OP. Pain perception among parturients at a University Teaching Hospital, South-Western Nigeria. <i>Niger Med J</i> . 2013 Jul;54(4):211-6.	A

21	Tata N, Esmaeilpour K, Shafaei F, Mohammadi M, Najafzadeh N, Mirghafourvand M. Predictors of fear of childbirth in the primiparous women in Ardabil-Iran. <i>Journal of Clinical and Diagnostic Research</i> . 2019 Jul; 13(7).	C
22	Benute GR, Nomura RY, dos Santos AM, Zarvos MA, de Lucia MC, Francisco RP. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas [Preference in the process of parturition: a comparison between primiparous and nulliparous women]. <i>Rev Bras Ginecol Obstet</i> . 2013 Jun;35(6):281-5. Portuguese.	C
23	Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, Althabe F, Belizán JM. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. <i>Reprod Health</i> . 2013 Jan 14;10(1):2.	C
24	Davenport-Slack B, Boylan CH. Psychological correlates of childbirth pain. <i>Psychosom Med</i> . 1974 May-Jun;36(3):215-23.	C
25	Prata A, Santos C, Santos M. The fear of childbirth: a study in the North of Portugal. <i>The European Proceeding of Social Behavioural Sciences</i> . 2016.	C
26	Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> . 2013 Mar;92(3):318-24.	C
27	Henderson J, Redshaw M. Worries About Labor and Birth: A Population-Based Study of Outcomes for Young Primiparous Women. <i>Birth</i> . 2016 Jun;43(2):151-8.	C
28	Chang M Y, Chen S H, Chen C H. Factors related to perceived labor pain in primiparas. <i>The Kaohsiung Journal of Medical Sciences</i> . 2003; 18(2):604-9.	E
29	Chuahorm U, Sripichyakarn K, Tungpunkom P, Klhunklin A, Kennedy P. Fear and suffering during childbirth among Thai women. 2007.	E
30	Clifford C, Habib A S, Lockhart E M, Harris P, Muir H A. Ethnicity and parity contribute to pain perception during labor. 2004.	E

31	El-Adham A F M. Childbirth pain experience recall of United States Arab immigrant women: A cross cultural comparison. 2005.	E
32	Geissbuhler V, Zimmermann K, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy - ongoing observational study. 2005.	E
33	Holmberg H, Holmberg N G, Von Schoultz B. Pain during labor, an inquiry. 1975.	E
34	Knobloch V. Pain in labor. 1970.	E
35	Power S, Bogossian F E, Strong J, Sussex R. A critical analysis of women's descriptions of labor pain bases on the McGill Pain Questionnaire. 2016.	E
36	Ye H J, Jiang Y J, Ruan Z F. Relationship between factors factors of labour pain and delivery outcomes. 2011.	E
<p>Legenda: A = Não informam a paridade; B = Não avalia a dor de parto como desfecho; C = Não houve mensuração da intensidade da dor; D = Estudo de revisão; E = Não foram encontrados na íntegra.</p>		

