

**Guidelines da OMS sobre o 1º estágio do
trabalho de parto e a realidade portuguesa
Uma revisão crítica**

Ana Rita Monteiro Marques

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho

abril de 2021

Dedicatória

À minha avó Maria das Dores.

Agradecimentos

Quero agradecer à minha família e aos meus amigos por todo o apoio que me foi dado ao longo destes seis anos.

À minha mãe Helena e ao meu pai Fernando, o meu mais sincero obrigada pela educação que me proporcionaram e pelas palavras de conforto e o aconchego de que tanto precisei.

Ao Dr. José Moutinho, um agradecimento especial pela sua disponibilidade, encaminhamento e contributo imprescindível à realização desta dissertação, sem o qual não teria sido possível.

E por último, aos amigos da Covilhã, um enorme obrigada por terem sido casa, abrigo e família ao longo deste percurso que percorremos juntos. Sou mais feliz por vos ter do meu lado e o caminho foi mais fácil por tê-lo feito na vossa companhia.

Resumo

O primeiro estágio do trabalho de parto é um momento preponderante no decorrer do mesmo, não só por ser a fase mais longa, mas especialmente por ser nesta que as intervenções a aplicar possam trazer um maior benefício ou prejuízo tanto à mãe como ao feto.

Este trabalho propôs-se a avaliar a validade e atualidade científica da mais recente *guideline* da Organização Mundial de Saúde, publicada em 2018, comparando-a com artigos e estudos publicados posteriormente, ou outros anteriores que não tenham sido considerados na redação da mesma e que possam ser relevantes. É também averiguada e discutida a posição portuguesa em relação às matérias em estudo e a presença ou não de publicações nacionais sobre os temas. Foram realizadas pesquisas na PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library, B-On, Acta Médica Portuguesa e na 5ª edição do Livro “Medicina Materno-Fetal”.

Concluiu-se que a *guideline* permanece atual na maioria das suas recomendações, havendo contudo exceções, devendo estas ser reconsideradas e avaliadas em futuras atualizações da mesma. Em Portugal, poucos são os artigos publicados acerca do primeiro estágio do trabalho de parto pelo que se deve procurar um investimento na criação e definição de protocolos nacionais que uniformizem os procedimentos nesta fase e sirvam de orientação aos médicos obstetras na sua prática clínica.

Palavras-chave

Trabalho de parto; primeira fase; aceleração; analgesia; obstetrícia

Abstract

The first stage of labour is a defining moment during labour, not only because it is the longest phase, but especially because it's during this time that the interventions to be applied can bring a greater benefit or harm to both the mother and the fetus.

This dissertation aimed to evaluate the validity of the most recent World Health Organization guideline, published in 2018, and verifying if it remains current by comparing it with articles and studies published later or previous ones that have not been considered in its redaction and that may be relevant. The Portuguese position in relation to the subjects under study and the presence or absence of national publications on the topics is also investigated and discussed. Research was conducted at PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library, B-On, Acta Médica Portuguesa and in the 5th edition of the Book “Medicina Materno-Fetal”.

It was concluded that the guideline remains current in most of its recommendations, however there are exceptions, which should be reconsidered and evaluated in future updates. In Portugal, there are few articles published about the first stage of labour, so an investment should be sought in the creation and definition of national protocols that standardize procedures in this stage and serve as guidance to obstetricians in their clinical practice.

Keywords

Labour;first stage;augmentation;analgesia;obstetrics

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice	xi
Lista de Figuras	xiii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	1
1.1 Objetivos	3
2. Materiais e Métodos	5
3. Resultados e Discussão	7
3.1 Definição, duração e progressão do trabalho de parto	7
3.1.1 Definições da fase latente e ativa do primeiro estágio do TP.....	7
3.1.2 Duração do primeiro estágio do TP.....	8
3.1.3 Progresso do primeiro estágio do TP	8
3.2 Políticas de admissão na sala de partos	13
3.3 Pelvimetria clínica na admissão	15
3.4 Avaliação de rotina do bem-estar fetal na admissão e durante o TP .	15
3.5 Depilação púbica/perineal	19
3.6 Enema na admissão	19
3.7 Examinação vaginal digital	21
3.8 Analgesia epidural para alívio da dor	21
3.9 Analgesia com opióides para alívio da dor	23
3.10 Técnicas manuais e de relaxamento para alívio da dor	26
3.11 Alívio da dor na prevenção de atraso do TP	28
3.12 Fluidos e alimentação	29
3.13 Mobilidade materna e posicionamento	30
3.14 Desinfecção vaginal	32
3.15 Intervenções na desaceleração do TP/ aceleração do TP	32

4. Conclusão	43
5. Bibliografia	47
Anexos	55
Anexo I: Autorização para ultrapassar o limite de palavras	57
Anexo II: Declaração de divulgação pública em Reunião de Serviço	58

Lista de Figuras

Figura 1	Prevalência de partos por cesariana em Portugal entre 1971 e 2016	2
Figura 2	Comparação entre a curva de Friedman e aquela proposta por Zhang em 2002	9
Figura 3	Curvas de TP médias estratificadas por paridade e administração de analgesia epidural em grávidas com único feto e TP espontâneo	11
Figura 4	Duração cumulativa - A. Medianas e B. Percentil 95 de duração cumulativa desde a admissão até ao 2º estágio do TP em minutos. Cada linha representa uma dilatação cervical à admissão (2cm - vermelho, 3cm - castanho, 4cm - verde, 5cm - azul 6cm - roxo)	11

Lista de Tabelas

Tabela 1	Tipo de parto e motivos de cesariana	14
Tabela 2	Comparação das intervenções durante o TP e parto	14
Tabela 3	Comparação da satisfação das mulheres com os cuidados durante o TP e parto	14
Tabela 4	Cardiotocografia intraparto: critérios de classificação, interpretação e abordagem	18
Tabela 5	Duração média dos diferentes estádios de TP entre os grupos com Brometo de N-butilhioscina e placebo	37
Tabela 6	Duração média dos diferentes estádios de TP entre os grupos com Brometo de N-butilhioscina e placebo, com respeito à aceleração do TP	38
Tabela 7	Eventos maternos e fetais com antiespasmódicos	38
Tabela 8	Tabela resumo das conclusões	44

Lista de Acrónimos

AE	Analgésia Epidural
AI	Auscultação Intermitente
CTG	Cardiotocografia
cCTG	Cardiotocografia contínua
DC	Dilatação cervical
DGS	Direção Geral de Saúde
EA	Efeito(s) adverso(s)
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
HPP	Hemorragia Pós-Parto
IA	Índice de Apgar
IM	Intramuscular
IV	Intravenoso(a)(s)
MAC	Medicina Alternativa Complementar
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido(s)
SGB	<i>Streptococcus</i> do Grupo B
TP	Trabalho de Parto
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica

1. Introdução

No ano de 2018, houve em Portugal 86.256 partos em Portugal, sendo que destes se estima que 40.537 tenham sido partos eutócicos (46,99%)(1). Neste mesmo ano o número de mortes maternas decorrentes do parto ou pós parto em 100.000 habitantes atingiu o valor mais alto desde 1980, chegando a 19,5 (2). É do interesse público garantir que não incorram aumentos de mortalidade materna, fetal ou complicações para o neonato ou para a mãe, através de uma adequada intervenção social e do incentivo às boas práticas clínicas, para as quais as *guidelines* constituem uma preciosa ajuda.

A vigilância do primeiro estágio do TP é de extrema relevância por diversos aspetos. Em primeiro lugar, é a fase mais longa do TP e, portanto, a que pode trazer mais sofrimento à mulher, pelo que importa avaliar a eficácia e segurança de métodos que possam proporcionar o bem-estar fetal e materno e o alívio da dor da parturiente.

Em segundo lugar, a vigilância permite o diagnóstico atempado de situações de stress fetal e a intervenção rápida evitando assim a morte ou a morbilidade tardia.

Ademais, as condutas clínicas continuam a ser controversas quanto ao posicionamento da grávida, vigilância do bem-estar fetal e da parturiente, analgesia, etc. Por este motivo, uma constante atualização da evidência científica no que concerne à primeira fase do TP é importante para estabelecer normas clínicas universais/nacionais adequadas aos contextos e populações, sem descurar a autonomia da grávida na escolha dos vários parâmetros, sendo o dever do médico ou profissional de saúde capacitar a mesma com a informação necessária e relevante para a decisão.

Por último, é nesta primeira fase que são identificadas muitas situações patológicas, como anomalias da progressão do TP e da contratilidade uterina (distocia dinâmica), e tomadas medidas para a sua correção.

A cesariana é uma intervenção obstétrica que tem vindo a ter um crescimento significativo do seu uso, particularmente nos últimos 20 anos, merecendo por isto especial atenção. O Relatório Primavera 2018 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (3) reporta que em Portugal esta intervenção tem tomado proporções epidémicas (Figura 1), apesar dos riscos que implica. É por isto necessário rever as indicações para a mesma, as quais podem condicionar vastamente a sua utilização e frequência.

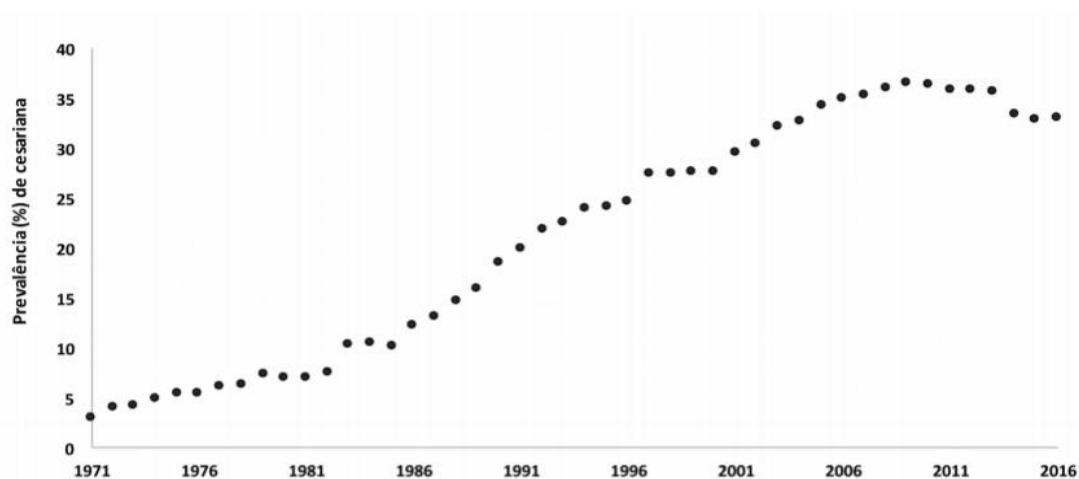


Figura 1 - Prevalência de partos por cesariana em Portugal entre 1971 e 2016 (retirado de PorData (1))

Esta dissertação tem como objetivo averiguar a atualidade da *Guideline* da OMS “*Intrapartum care for a positive childbirth experience*” que define a atuação médica em Portugal, analisando-a à luz da evidência científica atual, uma vez que as alterações demográficas no que concerne ao parto e à gravidez (como o aumento da idade materna, o aumento do peso fetal à nascença e o aumento do peso materno) e a evolução científica constante tornam a Medicina uma ciência em constante mudança, com novos estudos publicados regularmente.

Secundariamente, procura-se investigar a literatura portuguesa acerca dos temas abordados, verificando a sua concordância com a evidência científica e avaliando o contributo nacional para os temas em discussão.

Assim, espera-se que este documento possa servir de base para uma introspeção dos cuidadores acerca dos vários assuntos retratados, assim como para os serviços de obstetria nacionais, permitindo-lhes reconsiderar a sua atuação ou validar os seus procedimentos.

1.1 Objetivos

O objetivo desta dissertação foi a atualização crítica da *Guideline* da OMS (4) sobre a primeira fase do TP quanto a:

1. Definição do TP;
2. Duração do TP;
3. Progressão do TP;
4. Admissão para sala de TP;
5. Pelvimetria de rotina na admissão por TP;
6. Avaliação de rotina do bem-estar fetal na admissão e durante o TP;
7. Depilação púbica/perineal antes de parto vaginal;
8. Enema na admissão por TP;
9. Examinação vaginal digital de rotina durante o TP;
10. Analgesia epidural para alívio da dor;
11. Analgesia opióide para alívio da dor;
12. Técnicas manuais e de relaxamento para alívio da dor;
13. Alívio da dor na prevenção da desaceleração do TP;
14. Fluidos e alimentação durante o TP;
15. Mobilidade materna e posicionamento durante o TP;
16. Lavagem vaginal durante o trabalho de parto para prevenção de infecções;
17. Intervenções da desaceleração do TP:
 - a. Pacote de cuidados de gestão ativa;
 - b. Uso isolado de amniotomia;
 - c. Uso de amniotomia precoce associado a aceleração com ocitocina;
 - d. Uso de ocitocina em grávidas com analgesia epidural;
 - e. Uso de agentes antiespasmódicos;
 - f. Uso de fluidoterapia intravenosa.

2. Materiais e Métodos

A presente monografia baseia a sua informação em pesquisas realizadas em bases de dados científicas, como a PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library e B-On. Na avaliação da realidade portuguesa foram consideradas pesquisas na PubMed, na Acta Médica Portuguesa e na 5ª edição do Livro “Medicina Materno-Fetal” do Dr. Luís Mendes da Graça, por se considerarem representativos da bibliografia nacional.

A pesquisa foi efetuada através das seguintes palavras-chave:

“Definition Stages Labour; Duration Labour; Progression Labour; Cervical Dilation Labour; Ward Admission Labour; Pelvimetry Admission Labour; Cardiotocography Labour; Intermittent Auscultation Labour; Pinard Stethoscope Labour; Shaving Labour; Enema Labour Augmentation; Vaginal Examination Labour; Digital Manual Vaginal Examination Labour; Epidural Analgesia Labour; Opioids Analgesia Labour; Fentanyl Labour; Pethidine Labour; Diamorphine Labour; Augmentation Labour; Pain Relief Labour; Relaxation Music Breathing Mindfulness Labour; Massages Warm Packs Labour; Analgesia Augmentation Labour; Liquids Food Labour; Eat Drink Labour; Chlorhexidine Vaginal Labour; Mobility Upright Position Labour; Active Management Labour; Amniotomy Labour; Amniotomy Delay Labour; Amniotomy Oxytocin Augmentation Labour; Oxytocin Epidural Labour; Oxytocin Epidural Augmentation Labour; Antispasmodic Labour Augmentation; Fluids Intravenous Labour”.

A pesquisa é feita com um filtro de data entre 2015-2020, sendo ocasionalmente aceites artigos mais antigos encontrados nas referências destes, se os mesmos se considerarem relevantes e ainda atuais. Foi dada preferência a artigos publicados entre 2018 e 2021 por se considerarem de maior relevância, posto que a *Guideline* da OMS (4) foi publicada em 2018.

A pesquisa foi concluída em janeiro de 2021, pelo que estudos posteriores a esta data não foram incluídos nesta dissertação.

3. Resultados e Discussão

3.1 Definição, duração e progressão do trabalho de parto

3.1.1 Definições da fase latente e ativa do primeiro estágio do TP

Recomendação 5 - Recomenda-se que se definam as fases latente e ativa do primeiro estágio do TP consoante as seguintes definições:

- Fase latente - Contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do cérvix com algum grau de apagamento e progressão lenta da DC até 5 cm para primeiro parto e subsequentes.
- Fase ativo - Contrações uterinas dolorosas regulares com grau de apagamento do cérvix substancial e progressão lenta da DC de 5 cm até dilatação completa para primeiro parto e subsequentes (4).

O 1º estágio, segundo a *Guideline* da OMS (4), define-se como o tempo necessário para atingir a dilatação completa desde a avaliação inicial ou desde o início da percepção de contrações regulares pela grávida até ao momento do esforço expulsivo com dilatação total. De acordo com os estudos mencionados não há consenso acerca do que define o início do TP. Numa revisão (4), 13 estudos consideram a presença de contrações uterinas regulares (uma contração dolorosa a cada 8-10 minutos ou 2 contrações a cada 10 minutos) e 11 desses utilizam simultaneamente o valor da DC para definir o início da fase latente. Na sua maioria, a fase latente do TP foi definida como uma DC <4 cm (outros valores encontrados foram ≤ 2 cm, <2,5 cm e <3 cm). Um estudo define o fim da fase latente consoante a paridade, correspondendo nas nulíparas a 3 cm de dilatação e a 4cm nas múltiparas. Há ainda quem defina a fase latente como a duração do TP antes da admissão no hospital ou o tempo desde o início das contrações regulares até ao momento de avaliação em que o progresso da DC é superior a 1,2 cm/h.

À semelhança da fase latente, também a fase ativa foi definida por contrações uterinas regulares (2-3 contrações a cada 10 minutos ou frequência não especificada; com duração entre 20-40 segundos) e pela DC, sendo que um estudo a define como o tempo desde a admissão hospitalar até à dilatação total. O início da fase ativa foi caracterizado maioritariamente como DC ≥ 4 cm (ou 1,5/2,5/3/5 cm), mas também como DC > 1cm/h, apagamento do colo de 75-100%.

Escolheu-se um limiar de 5 cm com base numa revisão que incluía *outcomes* perinatais de parto espontâneo.

3.1.2 Duração do primeiro estágio do TP

Recomendação 6 - As mulheres devem ser informadas que não há durações fixas estabelecidas para a fase latente do primeiro estágio e que esta é largamente variável de mulher para mulher. No entanto, a duração da fase ativa raramente ultrapassa as 12h num primeiro parto ou 10h em partos subsequentes (4).

A *Guideline* da OMS (4) apresenta valores médios para a duração das diferentes fases, demonstrando que para nulíparas a fase ativa dura em média entre 3,7-5,9h, se início aos 4 cm de DC, mas que, se for considerada uma dilatação >5 cm, este valor passa a 3,8-4,3h. O estudo em questão tem o viés de não haver um ponto de referência para o início do TP comum a todos os autores, o que pode condicionar a duração dos tempos que se propõem a avaliar.

3.1.3 Progresso do primeiro estágio do TP

Recomendação 7 - Para grávidas com TP espontâneo, uma taxa de DC de 1 cm/h durante a fase ativa (no partograma) é inadequada para identificar mulheres em risco de *outcomes* adversos e, portanto, não se recomenda para este propósito (4).

Recomendação 8 - Uma taxa de DC mínima de 1 cm/h durante a fase ativa do TP é irrealisticamente rápida para algumas mulheres e, portanto, não é recomendada para identificação de progresso anormal do TP. Uma velocidade <1 cm/h não deve ser indicação para intervenção obstétrica (4).

Recomendação 9 - O TP pode não acelerar até que se atinja uma DC de 5 cm. Portanto, o uso de intervenções médicas para acelerar o TP e o parto (como a ocitocina ou a cesariana) antes deste limiar não é recomendado, desde que se assegurem o bem-estar materno e fetal (4).

A *Guideline* da OMS (4) reporta uma velocidade de dilatação de 1 cm/h até aos 5 cm em nulíparas, com aumento significativo da velocidade após os 6 cm. Semelhante em multíparas. Estudos sugerem que não é raro uma grávida atingir os 10 cm de dilatação após progressão mais lenta do que 1 cm/h anteriormente.

Em 1954, Friedman (5) publicou os resultados de um estudo realizado com 500 mulheres no qual define 3 estágios do TP. O primeiro estágio dividia-se em fase latente – cuja determinação de termo seria uma dilatação de 3-4 cm - e fase ativa – mais rápida com uma progressão mínima de 1cm/h de DC. Esta definição, contudo, levava a uma sobrestima de paragem da fase ativa, pois qualquer mulher sem progresso durante duas horas era diagnosticada e indicada para cesariana. Friedman desenhou também pela primeira vez

uma curva sigmóide baseada na duração do TP e na DC que serviu de guia para prática clínica durante muitos anos.

Em 2002, Zhang et al. (6) propôs novos valores de DC para definição dos estágios, descobrindo que, em média, até aos 5 cm de dilatação, a velocidade é inferior a 1 cm/h. Estes seriam mais adaptados à mulher grávida atual, uma vez que Medicina obstétrica evoluiu muito desde os estudos realizados por Friedman em 1954, não só no que diz respeito a novas técnicas (uso de ocitocina e AE, por exemplo), como também fatores populacionais (aumento do IMC; diminuição do consumo tabágico na gravidez, entre outros). Verificou-se uma duração significativamente maior da fase ativa (dos 4 aos 10 cm), passando de 2,5h para 5,5h. O estudo sugere ainda que até aos 7 cm de dilatação não é incomum uma paragem na dilatação superior a 2h. A curva de Zhang é, por tudo isto, também diferente da desenhada por Friedman, não havendo uma inflexão tão brusca na mesma (Figura 2).

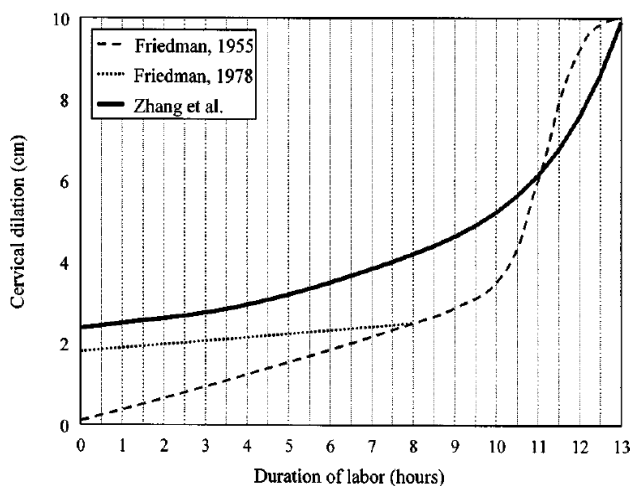


Figura 2 - Comparação entre a curva de Friedman e aquela proposta por Zhang em 2002 (Retirado de Zhang et al. (6))

Em 2010, um novo estudo de Zhang (7), realizado com 62.415 parturientes, aponta uma aceleração da dilatação após os 6 cm, com velocidades bem menores até esse limiar (6,4h para progressão entre os 4-5 cm e 3,2h entre os 5-6 cm). Estas considerações podem levar a uma diminuição das intervenções intraparto e cesarianas.

Velocidades de dilatação inferiores até aos 6 cm levam a considerar que a fase ativa do 1º estágio do TP pode só começar após este valor de dilatação.

Estas novas considerações, porém, são alvo de controvérsia e debate. Critica-se o formato da curva, pelo seu modelo de construção e a falta de fase de desaceleração (a qual tem sido demonstrada como inexistente por estudos mais recentes)(8). Estes estudos (8) parecem apontar para vantagens na utilização dos limiares de Zhang, todavia, uma abordagem

expectante por parte do médico deve obrigatoriamente implicar um cuidado mais apertado da avaliação dos exames e estado maternos, assim como o bem-estar fetal.

Um estudo Norueguês publicado em 2020 (9) comparou a *Guideline* de Zhang com o Partograma proposto pela OMS no que diz respeito à progressão do TP desde uma dilatação de 4 cm até à expulsão do feto. A duração média ajustada do TP foi 7,0 h no grupo Zhang e 6,2h no Grupo OMS e a duração do primeiro estágio foi 5,6 h e 4,9 h, respetivamente. Conclui-se que as mulheres que aderiram à primeira *guideline* tiveram uma duração de parto geralmente maior.

Um estudo prévio (2019) (10) que avaliou a influência dos dois métodos no recurso à cesariana não verificou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Ambos (9,10) concluem que há uma enorme variação no que diz respeito aos padrões de progressão do parto, pelo que este deve ser individualizado para cada mulher consoante as suas necessidades e preferências.

Em 2020, a AJOG (11) publicou os resultados de um estudo de coorte retrospectivo que avaliou os padrões obstétricos atuais de uma população de 35.146 parturientes. Na admissão, a DC média era 4 cm para nulíparas e 4,5 cm para múltíparas, sendo que uma maior percentagem de nulíparas do que de múltíparas se apresentava com dilatação <4 cm (41,7% e 26,8%, respetivamente). O tempo decorrido desde a admissão até ao 2º estágio do TP era relativamente semelhante para nulíparas e múltíparas (diferença de 120-140 minutos) quando se apresentavam em fase latente (<4 cm). Constatou-se que nulíparas e múltíparas tinham aceleração da DC após atingirem os 6 cm. Em todos os casos, a AE alongou a duração do 1º estágio. Como seria expectável, as múltíparas demonstraram ter um TP mais rápido, mas o padrão da curva era semelhante independentemente da paridade e nenhuma revelou um ponto de inflexão claro (Figura 3). As linhas em escada refletem uma progressão semelhante/paralela independente da DC na admissão (Figura 4). A duração do 2º estágio é largamente afetada pela administração de anestesia loco-regional, refletindo-se, em média, em tempos como 102,6 vs 33,6 minutos com e sem anestesia, respetivamente, para nulíparas e 15,6 minutos vs 7,8 minutos com e sem anestesia, respetivamente, para múltíparas. Em média, a administração de epidural aumenta a duração do 2º estágio em 6,14 minutos por cada centímetro em falta até aos 10 cm de dilatação. No 1º estágio a influência da epidural é bastante variável, podendo aumentar, diminuir ou não alterar a duração da fase.

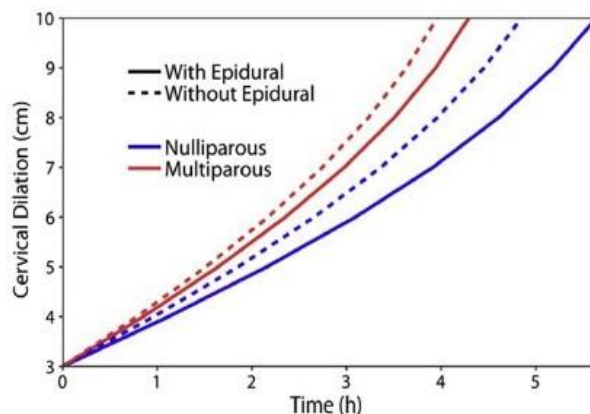


Figura 3 - Curvas de TP médias estratificadas por paridade e administração de analgesia epidural em grávidas com único feto e TP espontâneo (Retirado de Ashwal et al. (11))

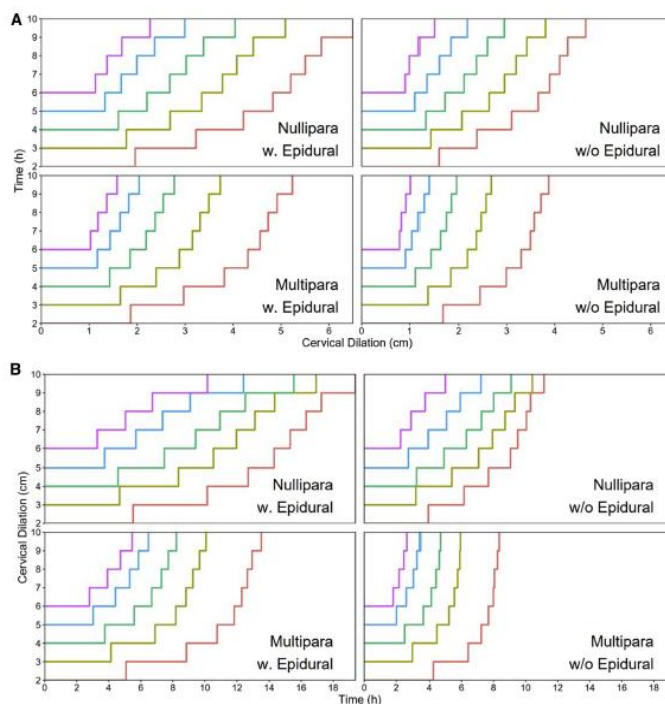


Figura 4 - Duração cumulativa - A. Medianas e B. Percentil 95 de duração cumulativa desde a admissão até ao 2º estágio do TP em minutos. Cada linha representa uma dilatação cervical à admissão (2cm - vermelho, 3cm - castanho, 4cm - verde, 5cm - azul, 6cm - roxo) (Retirado de Ashwal et al. (11))

Os achados deste estudo (11) revelam que a curva do TP atual tende a assemelhar-se mais com aquela proposta por Zhang et al. (6,7) do que com a original, proposta por Friedman (5), isto é, parece apresentar uma curva mais exponencial do que sigmóide. No entanto, distintamente de Zhang, que propunha um ponto de inflexão mais acentuado e precoce para multíparas, este estudo retrata curvas de TP sem um ponto distinto de inflexão para todas as parturientes. Neste, a curva das multíparas comparativamente com a das nulíparas difere apenas na velocidade a que atingem a dilatação máxima.

Quanto à duração do TP foram também encontrados valores mais curtos que os previamente estipulados. Para nulíparas, o tempo médio para atingir dos 10 cm de dilatação era 6,9h e 5,3h consoante a dilatação inicial de 3-3,5 cm ou 4-4,5 cm, respetivamente (7). Neste estudo (11) os tempos correspondentes foram 5,9h e 4,7 h. É também ainda apontado que, para mulheres nulíparas que se apresentam em TP espontâneo a duração média do 1º estágio do TP foi de 4,57h (12,46h no percentil 95) e para múltíparas o valor correspondente foi de 2,22h (8,23h no percentil 95) (11).

Estes valores de duração parecem encaixar nos propostos pela OMS para duração máxima da fase ativa de 12h para nulíparas e 10h para múltíparas, uma vez que estes não definem tempos para a fase latente, a qual geralmente é mais demorada.

A norma da DGS de 2015 acerca do “Trabalho de Parto Estacionário” (12) define o final da fase latente como o momento em que a DC atinge os 4 cm. A duração assume-se variável, com máximos de 20h para a nulípara e 14h para a múltípara (percentil 95), estando indicada uma atitude expectante, evitando-se intervenções se assegurado o bem-estar fetal e materno. A fase ativa inicia-se aos 4 cm, com progressão semelhante até aos 6 cm entre nulípara e múltípara e de seguida uma aceleração maior nesta última. Aqui recomenda-se a realização de amniotomia ou estimulação ocitócica mediante uma não progressão durante 4h antes dos 6 cm ou 2 h após os 6 cm. Deve considerar-se a cesariana se após estimulação haja 3-4 contrações uterinas a cada 10 minutos e mesmo assim não houver progressão.

A norma portuguesa (12), apesar de já se basear na curva de Zhang de 2010 (7), permanece desatualizada nas suas definições das fases latente e ativa, pelo que, ao considerar os 4 cm ao invés do 5 cm propostos pela OMS ou os 6 cm propostos por Zhang, pode incorrer no erro de intervencionar desnecessariamente por atrasos irreais do TP. Contudo a margem de 2/4 h sem dilatação pode permitir compensar, de certo modo, esta tendência. Deverá ser atualizada a norma perante a evidência mais atual.

Também no livro “Medicina Materno-Fetal” do Dr. Luís Mendes Graça (13) se refere que o TP se divide em 3 estágios, correspondendo o primeiro à dilatação, desde o início das contrações uterinas regulares até à dilatação completa do colo uterino. Após uma abordagem dos estudos de Friedman e Zhang, conclui que a base do raciocínio clínico permanece a teoria de Friedman atendendo às adaptações necessárias. Mendes da Graça considera fase latente prolongada como mais de 20h na nulípara ou mais de 14h na múltípara, valores que excedem largamente os valores médios da duração do TP propostos pela AJOG (11), sendo que se admite que este diagnóstico é maioritariamente estabelecido retrospectivamente. É também mencionado que, classicamente, se diagnosticava fase ativa prolongada quando o colo não dilatava a uma velocidade superior a 1,2 cm/h em nulíparas

ou 1,5 cm /h em múltíparas, recomendando que se considere 0,5 cm/h como a velocidade mínima de progressão na fase ativa e o início da mesma aos 6 cm de dilatação, ao invés dos 3-4 cm definidos antigamente. Por último, o livro sugere que se considere paragem secundária da dilatação quando não há progressão de dilatação durante 2h, à semelhança do que se recomenda na norma da DGS (12).

O livro (13) parece ir de encontro aos dados mais recentes, embora ao recomendar como base a teoria de Friedman possa estar a afastar-se das considerações mais atuais que tendem para a teoria de Zhang. Os autores, no entanto, aproximam-se desta segunda teoria ao sugerirem o início da fase ativa aos 6 cm, ultrapassando inclusive a recomendação da OMS que sugere 5 cm. Qualquer que seja o partograma ou a curva adotada na vigilância da primeira fase do TP, é importante garantir que os valores de *cut-off* considerados para diagnóstico de atraso de fase não sejam demasiado limitantes, o que este manual parece garantir ao recomendar uma velocidade de progressão mínima de 0,5 cm/h, encaixando na recomendação feita pela OMS.

3.2. Políticas de admissão na sala de partos

Recomendação 10 - Para mulheres saudáveis que se apresentem em TP espontâneo, a política de atrasar a sua admissão até ao 1º estágio ativo só é recomendada mediante avaliação rigorosa (4).

A OMS (4) emite esta recomendação pressupondo que a admissão implica a entrada da mulher na sala de partos e não o seu acesso a uma sala de espera. Este atraso implica uma avaliação médica da grávida, assegurando a saúde materna e fetal e excluindo complicações que possam estar associadas a este momento. Posto isto, a grávida em fase latente deve poder escolher entre aguardar a fase ativa em casa (com todas as recomendações acerca de quando regressar) ou ficar na sala de espera, onde lhe deverão ser dadas todas as orientações e suporte para que possa aguardar com o conforto, segurança e espaço necessário para andar.

Um estudo italiano de 2017 (14) verificou que, comparando mulheres com admissão em fase latente com aquelas admitidas em fase ativa, as primeiras tiveram uma maior probabilidade de instrumentação do parto, rotura artificial de membranas, aceleração com ocitocina, AE e, indiretamente, cesariana. O estudo interpreta a percentagem de admissão em fase latente (47,3%) como possível consequência da ausência de serviço de parteiras, as quais tornam mais confortável para a mulher a espera no domicílio pela fase ativa. Conclui-se que aguardar até à fase ativa pode trazer benefícios para a mãe e para o bebé, pelo que, desde

que assegurado o bem-estar de ambos, esta espera deve ser aconselhada e, idealmente, realizada no domicílio com o acompanhamento de parteiras.

Um estudo de 2020 (15) conclui, de modo semelhante, que a aplicação de um protocolo de admissão para mulheres nulíparas de baixo risco que permita a sua admissão na fase ativa, contribui para a redução da taxa de cesarianas e intervenções durante o parto (Tabela 1) e da administração de ocitocina para aceleração (Tabela 2), diminuindo portanto o recurso a práticas inseguras e prejudiciais e melhorando a experiência para a mulher (Tabela 3).

Tabela 1 - Tipo de parto e motivos de cesariana (Retirado de Abasian et al. (15))

Variable		Intervention (n = 100)	Control (n = 100)	p-value
Mode of Birth	Normal vaginal birth	93	59	<0.001
	Caesarean section	7	41	
Causes of CS	Fetal distress	6 (85.71%)	21 (51.2 %)	<0.001
	Prolonged latent phase	0	3 (7.3 %)	
	Protraction Disorders	0	13 (31.7%)	
	Arrest Disorders	1 (14.29%)	4 (9.8%)	
Cervical dilation at the time of CS	1-3	0	36 (87.8%)	0.002
	4-5	0	4 (9.75%)	
	>6	7 (7%)	1 (2.45%)	

Tabela 2 - Comparação das intervenções durante o TP e parto (Retirado de Abasian et al. (15))

Variable		Intervention group (n = 100)	Control group (n = 100)	p-value
Augmentation by Oxytocin	Yes	44	82	<0.001
	No	56	18	
Mean of Oxytocin consumed		14.26 ± 18.1	34.9 ± 19.28	<0.001
Amniotomy	Yes	41	62	0.003
	No	59	38	
Number of vaginal exams (time)	2 - 3	44	23	<0.001
	4 - 5	54	57	
	6 - 8	2	20	
Number of examiners (person)	1	43	8	<0.001
	2	56	79	
	≥3	1	13	
	Entonox	33	46	
Mode of anesthesia	Yes	17 (18.3%)	37 (62.8%)	<0.001
	No	76 (81.7%)	22 (37.2%)	
Fundal Pressure	Yes	28	81	<0.001
	No	72	19	
Medications	Hyoscine + Promethazine	18 (64.28 %)	38 (46.91 %)	0.235

Tabela 3 - Comparação da satisfação das mulheres com os cuidados durante o TP e parto (Retirado de Abasian et al. (15))

Variable		Intervention (n = 100)	Control (n = 100)	p-value
Satisfaction with care	Totally satisfied	78%	32%	<0.001
	Satisfied	21%	43%	
	Fairly satisfied	1%	22%	
	Dissatisfied	0	3%	
Satisfaction with caregiver	Totally satisfied	78%	28%	<0.001
	Satisfied	21%	49%	
	Fairly satisfied	1%	20%	
	Dissatisfied	0	3%	

A recomendação da OMS é confirmada pela evidência atual, uma vez que esta confirma que a admissão da grávida na fase ativa do 1º estágio do TP permite reduzir a taxa de partos instrumentados e, portanto, deve ser posta em prática para benefício da mulher e do feto. Não consta nenhuma consideração acerca desta temática na bibliografia portuguesa considerada nesta pesquisa.

3.3 Pelvimetria clínica na admissão

Recomendação 11 - Não se recomenda a pelvimetria de rotina em grávidas saudáveis na admissão por TP (4).

A OMS (4) recomenda contra a pelvimetria de rotina na admissão por aumentar a incidência de cesariana sem benefício evidente. A revisão de Cochrane usada como referência para a *Guideline* da OMS permanece a evidência mais atual.

Não existem referências na literatura nacional sobre o uso de pelvimetria pelo que não podem ser retiradas quaisquer conclusões acerca deste tema.

3.4 Avaliação de rotina do bem-estar fetal na admissão e durante o TP

Recomendação 12 - Não se recomenda cardiocografia de rotina para avaliação do bem-estar fetal em grávidas saudáveis na admissão por TP (4).

Recomendação 13 - Recomenda-se auscultação com Eco-doppler ou estetoscópio de Pinard para avaliação do bem-estar fetal na admissão por TP (4).

Recomendação 17 - Não se recomenda a cardiocografia contínua para avaliação do bem-estar fetal em grávidas saudáveis admitidas por TP espontâneo (4).

Recomendação 18 - Recomenda-se AI com Eco-doppler ou estetoscópio de Pinard para avaliação do bem-estar fetal em grávidas saudáveis em TP (4).

A norma da OMS (4) recomenda a auscultação com eco doppler ou estetoscópio de Pinard em vez da cardiocografia como rotina na avaliação do bem-estar fetal quer na admissão, quer no seguimento do TP. De acordo com esta, a CTG está associada a um maior risco de cesariana sem qualquer benefício em termos de *outcomes*. Além disso, o seu uso na admissão aumenta a necessidade de intervenções posteriores como CTG contínuo e colheita de sangue fetal. Como substituto a *guideline* propõe a auscultação com eco-doppler ou estetoscópio fetal de Pinard.

As mesmas considerações são aplicáveis ao uso destes durante o TP, sendo que acresce ainda a desvantagem de que durante o TP a cCTG pode limitar a grávida noutras escolhas, como a posição e mobilidade. A OMS refere que existem opções de cCTG móveis, no entanto a sua eficácia ainda não foi bem estudada.

Por não haver protocolos *standards* de AI, a OMS propõe auscultação durante 1 minuto a cada 15-30 minutos no 1º estágio do TP e a cada 5 minutos no 2º. Na eventualidade de a

FCF não se encontrar entre 110-160 bpm, recomenda-se a auscultação durante 3 contrações uterinas. A auscultação deve ser feita durante a contração e continuar durante 30 segundos após a mesma. A FCF de base deve ser registada, assim como as acelerações e desacelerações.

O estudo da BJOG (16), publicado em 2019, expõe os resultados de um ensaio clínico realizado com 3034 mulheres com sinais e sintomas de TP, antes do diagnóstico de TP espontâneo ou induzido (e não só com TP diagnosticado como acontece com o estudo em que a *guideline* se baseia, apesar de apresentar uma população de estudo significativamente maior), cujo objetivo passava por avaliar o efeito dos dois métodos na avaliação da FCF na admissão.

Foram escolhidas mulheres saudáveis com gravidez de baixo risco, entre as 37 e 40 semanas, com pelo menos 18 anos e com capacidade de entender o consentimento informado.

No grupo de intervenção, as mulheres foram avaliadas pela parteira presente na admissão com um estetoscópio de Pinard ou ecodoppler. A AI implicava que fossem palpadas as contrações uterinas e que se avalie a FCF nos 60 segundos após cada contração. Quando a AI revelava FCF <110bpm ou FCF >160bpm ou quando se desenvolviam fatores de risco durante a admissão, a monitorização era convertida para cCTG. O seguimento com AI pressupunha uma avaliação a cada 15 minutos no 1º estágio e a cada 5 minutos no 2º estágio. Na admissão do grupo de controlo foi feita CTG de 20 minutos. Um traçado era considerado normal se a FCF se encontrasse entre 110 e 160 bpm, com variação >10bpm, com mais de duas acelerações e sem desacelerações.

Concluiu-se que não há diferenças (cesarianas e outros *outcomes*) entre os dois grupos avaliados, exceto que o grupo com CTG tem maior probabilidade de necessitar de cCTG. Um achado surpreendente deste estudo foi verificar que a tendência para a cesariana, embora não significativa estatisticamente, foi maior no grupo o AI do que no com CTG (8.6% e 6.9%, respetivamente).

Um estudo publicado no “*International Journal of Women’s Health*” de 2018 (17), investigou a eficácia do estetoscópio de Pinard comparando-o com o doppler manual para a deteção de FCF anormal (<120 bpm ou >160 bpm). Outros *outcomes* avaliados foram: tempo até ao nascimento, tipo de parto e *outcomes* perinatais. Para o efeito foram eleitas 2844 mulheres e atribuídas aos dois grupos. Os resultados mostram que o Doppler detetou com maior frequência FCF anormais do que o estetoscópio de Pinard (6% vs. 3,9%). Não se verificaram diferenças no tempo desde a deteção da FCF anormal até ao nascimento, nem na taxa de cesariana. Os *outcomes* perinatais foram, no geral, semelhantes, à exceção

daqueles nascidos por parto vaginal, nos quais os *outcomes* adversos se mostraram menos frequentes com o doppler. Este estudo, contudo, apresenta como possível limitação um sobrediagnóstico de FCF anormal por medo dos profissionais envolvidos.

Sholapurkar S. (18) alerta no seu artigo que o estudo de Kamala et al. (17) seguiu a guideline antiga da OMS, a qual não recomendava a detecção de desacelerações da FCF, tornando-o por isso desatualizado. Apesar disso, conclui também que o uso de doppler deve ser preferido à auscultação com estetoscópio de Pinard, sempre que essa opção exista, uma vez que esta última requer contagem dos batimentos cardíacos do feto, a qual é bastante difícil e requer muita prática, podendo ser perfeitamente evitada com o uso do Doppler manual.

O comité de opinião da ACOG (19) publicou em 2019 as suas observações, nas quais recomendam que, de modo a implementar a AI, devem ser adotados protocolos e treinados os profissionais implicados no uso de doppler manual.

O Dr. Luís Mendes da Graça (13) aborda a monitorização fetal intraparto, retratando a cCTG como uma boa ferramenta para identificar o feto em hipóxia, capaz de diminuir a mortalidade fetal intraparto e neonatal, desde que devidamente interpretada (o risco aumentado de cesarianas é muitas vezes consequência de observadores mal preparados para avaliar a CTG). O aumento da taxa de partos operatórios é dado como uma consequência inevitável associada a este diagnóstico.

Neste livro é ainda ressaltada a importância de distinguir *distress*/sofrimento e stress fetal, pois o primeiro é uma indicação para cesariana e o segundo indica apenas risco de hipóxia e acidose, sem alterações da hemostase fetal. A CTG apenas permite identificar sofrimento em casos raros (desacelerações tardias de repetição com variabilidade reduzida ou ausente no traçado ou padrão sinusoidal tipo I), pelo que as alterações identificadas na mesma devem, na sua maioria, levar a uma atitude expectante, avaliando a evolução dos padrões, só atuando em caso de agravamento (Tabela 4). Sugere-se a realização de estudo prospetivo que permita correlacionar os padrões da CTG com a acidémia neonatal, de modo a poder protocolar as intervenções a aplicar a cada caso.

Tabela 4 - Cardiocografia intraparto: critérios de classificação, interpretação e abordagem (Retirado do livro Medicina Materno-Fetal (13))

	Normal	Suspeito	Patológico
Linha de base	110-160 ppm	Ausente, pelo menos, uma das características de normalidade, mas sem padrões patológicos	<100 ppm
Variabilidade	5-25 ppm	Ausente, pelo menos, uma das características de normalidade, mas sem padrões patológicos	Variabilidade reduzida (<5 ppm) ou aumentada (>25 ppm); padrão sinusoidal
Desacelerações	Ausências de desacelerações repetitivas*	Ausente, pelo menos, uma das características de normalidade, mas sem padrões patológicos	Desacelerações tardias ou prolongadas repetitivas* durante >30 minutos (ou 20 minutos se variabilidade reduzida) ou uma desaceleração prolongada com >5 minutos
Interpretação	Feto sem hipóxia/acidose	Feto com baixa probabilidade de hipóxia/acidose	Feto com alta probabilidade de hipóxia/acidose
Abordagem clínica	Intervenção desnecessária	Atuação para corrigir as causas reversíveis (se identificadas), estreita vigilância ou métodos adicionais para avaliar a oxigenação fetal	Ação imediata para corrigir causas reversíveis, métodos adicionais para avaliar a oxigenação fetal ou, se tal não for possível, parto imediato. Em situações agudas (prolapso do cordão, rotura uterina, DPPNI), parto imediato

DPPNI: descolamento prematuro da placenta normalmente inserida.
 NOTA: A presença de **acelerações** mostra que o feto não está em hipóxia/acidose, mas a sua ausência intraparto tem significado incerto.
 * Consideram-se **desacelerações repetitivas** as que se associam a mais de 50% das contrações.

Quanto ao seguimento intraparto, o livro parece indicar que a cCTG deve ser preferida por ser um método mais preciso e contínuo que a AI, advogando que o seu uso restrito a casos de risco pode ser dificultado pela definição dos mesmos. Este conclui que apenas a cCTG permite identificar as situações de morbidade e mortalidade que têm vindo a aumentar (stress e *distress* fetal). É ainda exposto que a AI não é exequível na maioria dos serviços de obstetria por não ser possível alocar uma enfermeira especialista a cada grávida de modo a proceder a esta avaliação.

Estes estudos parecem ir de encontro às recomendações propostas pela OMS, não se verificando vantagens no uso de CTG (admissão ou seguimento), perante os riscos de maior taxa de cesariana e instrumentação do parto verificados em estudos anteriores, assim como as limitações para a mulher em relação à posição e mobilidade. Se eventualmente for comprovada a eficácia e segurança da modalidade de CTG móvel, esta poderá ser uma alternativa interessante. Este último artigo de 2018 (17), contudo, parece indicar um benefício da AI com o doppler manual comparativamente ao estetoscópio de Pinard, pelo que pode ser interessante investigar num país desenvolvido se esta tendência se mantém na nossa população. Isto claro, em grávidas saudáveis, sem fatores de risco e pressupondo a disponibilidade e treino do médico para realizar esta monitorização. A bibliografia portuguesa, porém, parece discordar da evidência mais atual, preferindo o uso da CTG/cCTG, especialmente pela não adequabilidade da AI aos recursos humanos disponíveis. Poderá ser necessária uma revisão das técnicas perante os estudos mais recentes, embora a falta de recursos humanos seja, neste caso, o maior entrave à aplicação do método mais seguro e recomendado.

3.5 Depilação púbica/perineal

Recomendação 14 - Não se recomenda depilação perineal/púbica de rotina antes de parto vaginal (4).

OMS (4) baseia a sua recomendação na *Guideline “WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections”* (20). Quando se comparou a depilação perineal/púbica com a sua não realização no que diz respeito a *outcomes* e prevenção de infeção, numa população de 1039 mulheres, não se demonstrou evidência de benefício clínico na realização do procedimento, apesar de se considerar que a qualidade da evidência era muito baixa. Perante a falta de evidência a favor e a possibilidade de consequências indesejáveis para a grávida, recomenda-se a sua não realização. A redução desta prática pressupõe também um aumento da dignidade da mulher, que deste modo mantém o poder de decisão, assim como uma redução de custos ao dispensar recursos.

Um artigo de 2018, intitulado *“First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study”* (21), reportou baixos níveis de satisfação das grávidas inquiridas, acerca das intervenções durante o parto cuja evidência e necessidade nem sempre se verifica. Numa amostra de 351 mulheres, 22,2% (N=78) fizeram depilação perineal no primeiro estágio do TP, ambas com IQR (mediana do índice de satisfação) de 127,5, comparativamente a um IQR de 120 no grupo de controlo, pelo que não se verifica uma diminuição da satisfação devida a este procedimento, não se tendo verificado contudo uma maior satisfação advinda do mesmo ($\geq 150,5$ = Alta satisfação materna; $< 150,5$ = Baixa satisfação materna).

Perante a evidência apontada pela OMS na sua recomendação e a ausência de informação mais recente discordante, deverá manter-se a não implementação da depilação perineal/púbica antes do parto vaginal. A pesquisa acerca deste tema em Portugal não obteve resultados.

3.6 Enema na admissão

Recomendação 15 - Não se recomenda a administração de enema para diminuir o uso de aceleração do TP (4).

De acordo com a *Guideline* da OMS *“WHO recommendations for augmentation of labour”* (22), o uso de enema para redução da aceleração do TP, não está recomendado por demonstrar falta de benefício e se tratar de um processo invasivo e desconfortável para a

mulher. Estas conclusões são retiradas de uma revisão sistemática de Cochrane que avaliou aproximadamente 2000 mulheres.

Porém, em 2018, Nada et al. (23) publicam um ensaio, realizado com 189 grávidas, em que demonstram que pode haver benefício no uso de enemas para redução do risco de colonização neonatal por *Clostridium difficile*. Ao grupo em estudo foi administrado 1L de enema salino durante meia hora, servindo o outro de controlo. Amostras de fezes dos neonatos foram recolhidas uma semana depois do nascimento, após lavagem da zona perianal e colocação de saco para urina de modo a evitar contaminação cruzada. Estas foram posteriormente enviadas para cultura, tendo sido realizados 3 métodos diferentes, assim como análise por ELISA para deteção das toxinas A e B. Os resultados demonstraram uma redução significativa de colonização por *C. difficile* no grupo a que foi administrado o enema (13,54% face a 37,63% no grupo de controlo) e o mesmo se verificou no caso das toxinas (22,92% vs 53,76%, respetivamente). Não foram reportados efeitos adversos do uso do enema. Conclui-se, por isso, que o uso de enemas pode ser uma solução custo-eficaz na redução do número de colonizações por *C. difficile* e consequentemente da diarreia que destas poderá advir.

Um artigo de 2020 (24) acerca do aumento do TP diz que, embora se pensasse que o uso de enemas ajudava na descida da cabeça do feto e a reduzir a inibição das contrações uterinas, constatou-se que tal não se verifica e que o seu uso não reduz a duração do TP. O uso de enemas pode ser inconveniente e não trazer qualquer benefício.

A informação mais recente parece opor-se às conclusões retiradas pela revisão de Cochrane descritas na *guideline* (4) acerca da utilidade do enema. Apesar da recomendação da OMS (4) se referir ao uso deste com o objetivo de diminuir a aceleração, cuja evidência de não benefício permanece incontestada, existe um estudo mais recente que parece indicar que este pode ter vantagens na diminuição de colonização por *C. difficile* e, consequentemente, de diarreia do RN por esta causa. Neste sentido, poderá ser interessante avaliar o impacto que esta infeção tem em cada país e, verificando-se que a sua prevenção possa beneficiar a população, investigar numa amostra maior se o enema efetivamente pode diminuir este risco. Não se encontram referências na bibliografia portuguesa acerca do uso de enema durante o TP.

3.7 Exame vaginal digital

Recomendação 16 - Recomenda-se exame vaginal digital de 4/4h para avaliação de rotina do 1º estágio de TP em mulheres de baixo risco (4).

A *Guideline* da OMS (4) baseia-se mais uma vez numa outra *guideline* da mesma autoria “*WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*” (20). A frequência de avaliação não se fundamenta em evidência científica, mas sim num consenso. Este valor pretende-se o mínimo possível, especialmente se houver contexto infeccioso, contudo deve ser ajustado a cada caso particular, aumentando, se necessário, o número de avaliações ou a sua frequência para garantir o bem-estar fetal e materno. É também referido que a avaliação por múltiplas pessoas deve ser evitada. Foram comparados grupos com avaliações de 4 em 4 horas e de 2 em 2 horas e nenhum benefício adveio do aumento da frequência. Esta recomendação pressupõe que, partindo do princípio que múltiplas exames manuais aumentam o risco de infeção e poderão ter consequências nefastas, então uma frequência maior que 4/4h poderá aumentar o risco.

Apenas um artigo atual (25) se pronunciou sobre este tópico, reiterando os dados acima descritos, embora baseando-se num estudo mais antigo.

Recentemente tem-se investigado a possível substituição do exame manual/digital pela ecografia transperineal, apontando resultados promissores para esta última, quer a nível de perceção de dor por parte da grávida quer a sua aceitação (26,27).

Perante os estudos mais atuais referentes a esta prática, deve-se aceitar esta recomendação, com a consideração de que novos estudos estão a ser desenvolvidos acerca da substituição da avaliação digital por métodos ecográficos e que, como tal, brevemente poderá ser necessário rever esta prática à luz das conclusões dos mesmos. Não foi encontrada bibliografia nacional acerca desta temática.

3.8 Analgesia epidural para alívio da dor

Recomendação 19 - Recomenda-se analgesia epidural em mulheres saudáveis que solicitem alívio da dor durante o TP, dependendo das preferências da mulher (4).

A *Guideline* da OMS (4) baseia a sua recomendação na revisão sistemática de 2011 “*Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour*” (28), cujos resultados apontam para uma melhor analgesia do TP alcançada com epidural, aumentando, contudo, o risco de parto instrumentado. Não se demonstrou diferença estatística na satisfação materna com

alívio da dor, risco de cesariana, lombalgias a longo prazo ou EA imediatos na criança entre o grupo que recebeu AE e o grupo de controlo.

A primeira versão do documento (28) incluiu 38 estudos com um total de 9658 mulheres e mostrou que a AE oferece um melhor alívio da dor, redução da necessidade adicional de outros analgésicos, redução do risco de acidose e redução da administração de naloxona. Contudo, a AE associou-se também a maior risco de parto vaginal assistido, hipotensão materna, bloqueio motor, febre materna, retenção urinária, administração de ocitocina, aumento da duração do segundo estágio do parto e um aumento do risco de cesariana por sofrimento fetal. Não se verificaram diferenças no que diz respeito a risco geral de cesariana, lombalgias a longo prazo, IA inferior a 7 aos 5 minutos ou satisfação materna com o alívio da dor. Conclui-se que a AE é eficaz na redução das dores durante o TP, embora aumente o risco de instrumentação do parto.

A segunda versão do documento (29) incluiu 52 estudos (34 compararam AE vs opióides; 7 compararam AE vs ausência de analgesia; 1 comparou AE vs acu-estimulação; 1 comparou AE vs analgesia inalada, 1 comparou AE vs suporte por parteiras e outra analgesia), num total de 11.000 mulheres. De acordo com as escalas de dor aplicadas, a AE mostrou oferecer um melhor alívio da dor comparativamente aos opióides, uma maior percentagem mostrou-se satisfeita com a analgesia (muito boa ou excelente) e houve uma diminuição da necessidade de uso de outros analgésicos. A AE demonstrou maior alívio de dor quando comparada com placebo, ausência de tratamento ou acu-estimulação. Não foi avaliada a intensidade da dor nos estudos acerca de analgesia inalada ou suporte continuado. Poucos estudos reportaram acerca de efeitos secundários. Todavia, a AE revelou-se novamente associada aos EA mencionados na primeira versão, acrescentando ainda uma maior duração do primeiro estágio do TP. Mulheres com AE tiveram menor risco de depressão respiratória dependente de oxigenoterapia e experienciaram menos náuseas e vômitos que aquelas com opióides. Mostrou-se também menos provável que RN de grávidas que receberam AE viessem a necessitar de naloxona. Não se verificou diferenças no que diz respeito a risco geral de cesariana, lombalgias a longo prazo, IA inferior a 7 aos 5 minutos ou *outcomes* do neonato ou admissões em UCI pediátrica. Também no que diz respeito a depressão pós-natal, cefaleias, comichão, tremores ou sonolência não se constataram diferenças entre os grupos. Conclui-se que a AE pode ser mais eficaz que outros métodos no alívio da dor durante o TP, garantido a satisfação materna. Apesar de, no geral, esta parecer aumentar o recurso a instrumentação no parto vaginal, a análise de um subgrupo *post hoc* mostrou que tal não se verifica em estudos recentes (pós-2005), sugerindo que as abordagens atuais podem não implicar este resultado.

O livro do Dr. Mendes da Graça (13) reporta-se à analgesia do neuroeixo como alvo de vários dogmas, sendo que, apesar de esta levar incontestavelmente ao aumento dos partos instrumentados (devido ao bloqueio do hemicorpo), os fatores que mais determinam o seu desfecho são na realidade materno-fetais e de gestão obstétrica. À semelhança do que se constatou nas revisões de Cochrane (28,29), é reiterada a não relação entre esta analgesia e a taxa de cesarianas. É considerada indicação principal para AE, a solicitação da grávida nesse sentido, por dor sentida e manifestada. Outras indicações incluem obstétricas, anestésicas e médicas.

Neste capítulo é ainda referido que o bloqueio analgésico do neuroeixo pode acelerar o TP, ao contrário do que é mencionado anteriormente, justificado por uma melhoria da dinâmica decorrente de uma diminuição de catecolaminas. Este facto é contrastante com os dados expostos por Cochrane nas suas revisões.

Perante a revisão de Cochrane de 2011 (28) e a sua atualização mais recente, de 2018 (29), é seguro afirmar que a AE é um método seguro, na medida em que não têm implicações prognósticas, e eficaz no alívio da dor durante o TP e, como tal, a recomendação permanece atualizada.

3.9 Analgesia com opióides para alívio da dor

Recomendação 20 - Opióides parentéricos como fentanil, diamorfina ou petidina são opções recomendadas para mulheres saudáveis que solicitem alívio da dor durante o TP, dependendo das preferências da mulher (4).

A OMS (4) baseia a sua recomendação numa revisão de 2018 intitulada “*Parenteral opioids for maternal pain management in labour*” (30) que se propôs a avaliar a eficiência, segurança e receção pela mulher de diferentes tipos, doses e vias de administração de opióides enquanto fármacos analgésicos do TP. Os resultados demonstraram que comparando petidina IM com placebo, não se verificaram diferenças substanciais na satisfação do alívio da dor, nem no número de mulheres que pediram AE. Os *scores* de dor e a dor mensurada durante o parto foram menores no grupo com petidina e menos mulheres pediram analgesia adicional. Poucos estudos verificaram diferenças entre a eficácia dos vários fármacos. De um modo geral os opióides parentéricos parecem oferecer um alívio da dor e satisfação moderada durante o TP, apesar dos efeitos adversos encontrados (sonolência, náusea e vômitos). Efeitos adversos no RN não foram avaliados.

Segundo a revisão de Cochrane (30), 8 em 24 comparações reportaram um maior alívio da dor durante o TP com opióides, os restantes não verificaram diferença significativa. A

maioria das comparações não se manifestou acerca da satisfação da mulher com a analgesia. Os fármacos foram associados com sonolência, náuseas e vômitos, embora diferentes fármacos se associem com diferentes efeitos adversos. Para a maioria dos resultados não houve evidência de boa qualidade de diferenças entre os grupos de tratamento, considerando-se, por isso, informação insuficiente para avaliar a segurança dos opióides no TP.

Perante administração IM verificou-se um melhor alívio da dor com petidina do que com o placebo, sendo o maior EA a sonolência durante o TP; não houve evidência clara de diferenças entre pentazocina ou tramadol e placebo, entre dihidrocodeína e petidina, nem entre petidina e meptazinol, embora este último esteja mais associado a vômitos; o *score* de dor foi melhor com petidina do que com tramadol.

Quando se comparou diamorfina e petidina, ambas com antiemético, não houve evidência clara de diferenças na analgesia, satisfação ou sonolência, contudo vômitos foram mais frequentes com petidina. No entanto, ao comparar os mesmos fármacos sem antiemético verificou-se que a diamorfina se associa a maior satisfação da mulher (satisfeitas ou muito satisfeitas) e a maior alívio da dor 30 a 60 minutos após a administração.

Um estudo relata melhor satisfação materna com a nalbufina do que com pentazocina, associando-se a primeira também a menos EA como náusea e vômitos.

Vários opióides parecem ser mais eficazes que a petidina quando administrados intravenosamente, estando esta também associada a piores EA.

O artigo em questão refere vastas vezes que a informação nele apresentada parece ser insuficiente para responder ao objetivo proposto e, como tal, não podem ser tiradas conclusões fortes acerca da eficácia, segurança e satisfação dos opióides em estudo.

A publicação “A petidina é segura durante o trabalho de parto? Revisão sistemática” (31) avaliou 17 estudos, com um total de 1.688 mulheres, concluindo que a petidina em baixas doses (<50 mg), IM ou IV, é segura para administrar durante o TP. Considerou-se, para efeitos de segurança, os seguintes *outcomes* no RN: depressão respiratória, necessidade de ressuscitação, IA, pH, hipoxémia e hipercapnia, nos quais não se verificou alteração com a administração deste opióide. É também referido que acima dos 50 mg não há estudos que comprovem a segurança do seu uso, e que, portanto, devem ser evitadas doses superiores a este limiar. Considera-se que a criação de tabelas com os EA correspondentes à dose administrada de petidina podem ser úteis para gerir os riscos e benefícios na prática clínica.

Em 2020 foi publicado um artigo (32) acerca da gestão da dor no parto que refere alguns dados importantes acerca da analgesia com opióides. Quanto à petidina, é mencionado que esta é menos eficaz que outros opióides sistémicos como o remifentanil e que, por possuir

um metabólito ativo de ação prolongada (normeperidina) pode acarretar efeitos no neurocomportamento do RN nos dias que se seguem ao parto. Por estas razões este fármaco não é considerado uma opção ideal.

O fentanil é apontado como uma boa alternativa para alívio da dor devido ao seu rápido *onset* e curta duração de ação. Este, embora sem metabólito ativo, pode, em grandes doses, levar a aumento de ressuscitação neonatal. O fentanil, quando comparado com a petidina, demonstrou estar menos associado a EA como náuseas, vômitos, sedação materna e necessidade de naloxona neonatal. Considerando estes fatores recomenda-se que o fentanil seja administrado exclusivamente no primeiro estágio do parto e com uma dose máxima limite.

Adicionalmente a estes dois fármacos, este artigo fala ainda do remifentanil, descrito como um opióide otimizado para analgesia do parto. Este apresenta como características um pico de ação muito rápido (<2 minutos), com curta semi-vida independentemente da dose e duração da administração, sem metabolização renal ou hepática e sem metabólito ativo. A sua farmacocinética torna-o atrativo para uso mesmo no segundo estágio do TP, com menor risco de depressão respiratória e ressuscitação do que outros opióides como o fentanil. Embora o seu poder analgésico seja modesto quando comparado com a analgesia neuroaxial, a sua eficácia e satisfação é superior à da petidina. Este fármaco, contudo, apresenta uma janela terapêutica reduzida, devendo ser bem estudada a dose a administrar para balancear o efeito analgésico com os EA (casos reportados de apneia na primeira hora de uso e depressão respiratória). Oxigênio suplementar pode ser considerado.

Outros artigos recentes (33) apontam igualmente para o bom desempenho do remifentanil e para a sua segurança perante a aplicação de *guidelines* de administração rigorosas e o treino dos profissionais de saúde.

No artigo “*Non-neuraxial analgesia in labour*” (34) é referido que, quando comparada a administração de 7,5 mg de diamorfina IM com 150 mg de petidina IM, a primeira proporcionou um alívio da dor ligeiramente melhor, embora tenha levado ao aumento da duração do TP. Nenhum dos dois fármacos apresentou efeito analgésico significativo e não houve diferenças nos *outcomes*. Estes resultados parecem compatíveis com aqueles referidos pela revisão de Cochrane usada pela OMS. (30)

A analgesia sistémica é mencionada no livro “Medicina Materno-Fetal” (13), sendo feitas várias considerações acerca da mesma. Começa por referir que a principal utilidade desta técnica se prende com a impossibilidade de ter um anestesiológico 24/24h disponível para o Serviço de Obstetrícia e não por razões de evidência científica. Quanto aos opióides IV, é reconhecido o seu papel de particular importância para as grávidas com contraindicação

para analgesia do neuroeixo, embora estes sejam limitados devido aos seus EA relevantes (depressão respiratória materna e diminuição da variabilidade da FCF). A petidina (25-50mg) é apontada como o opióide mais usado, embora se admita o seu potencial para causar os efeitos acima mencionados, os quais se devem maioritariamente à normeperidina. Alerta-se para a não administração de doses múltiplas, as quais aumentam o risco para o feto. As vantagens deste fármaco prendem-se com a sua administração fácil e mínima monitorização. Estudos recentes parecem sugerir que a petidina pode condicionar problemas na alimentação do RN persistindo durante os primeiros 6 meses de vida.

Tal como anteriormente, o remifentanil é apontado como um fármaco recente mas de grande eficácia e rapidez de atuação, podendo assumir-se brevemente como uma alternativa ao anterior, assim que sejam estabelecidas as doses seguras a administrar. Atualmente a vigilância que requer para controlo dos EA torna-o inoportável para a prática clínica portuguesa.

A evidência atual parece concordar acerca da utilidade e riscos da administração de fármacos opióides para analgesia durante o TP, na medida em que são uma medida útil nos casos em que a grávida requer alívio da dor, mas recusa analgesia no neuroeixo ou que esta última se encontra contraindicada, contudo acarretam uma panóplia de EA que não pode ser ignorada. Todas as opções mencionadas parecem ter a sua eficácia e segurança comprovadas para uso neste contexto, embora se deva ter em atenção a dose administrada, uma vez que, no caso da petidina, está estudado que a sua segurança apenas está assegurada para doses até aos 50 mg. A criação de tabelas de correlação entre dose e EA poderá ser uma mais-valia para protocolar a administração destes fármacos. De salientar também o uso de remifentanil que parece estar a ganhar força com os novos estudos que estão a ser realizados acerca dos seus enormes benefícios comparativamente aos restantes opióides. Este deverá ser tido em conta numa futura *guideline* se a sua segurança vier a ser comprovada para uso clínico.

3.10 Técnicas manuais e de relaxamento para alívio da dor

Recomendação 21 - Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, mindfulness e outras técnicas, estão recomendadas em mulheres saudáveis que solicitem alívio da dor durante o TP, dependendo das preferências da mulher (4).

Recomendação 22 - Técnicas manuais, como massagens ou aplicação de compressas quentes (calor local), estão recomendadas em mulheres saudáveis que solicitem alívio da dor durante o TP, dependendo das preferências da mulher (4).

Em 2016, Levett et al. (35) avaliaram o impacto de MAC no alívio da dor durante o TP. Foram implementadas 6 técnicas no grupo de estudo: acupressão, visualização e relaxamento, respiração, massagens, yoga e apoio facilitado pelo parceiro. Os resultados revelaram que o grupo em estudo teve um uso de epidural mais reduzido (23,9% vs 68,9% no grupo de controlo). Este grupo mostrou ainda uma menor taxa de aceleração, cesariana, duração do 2º estágio do TP, trauma perineal e ressuscitação do RN. Não se verificaram diferenças estatísticas no que diz respeito a: início espontâneo do parto, uso de petidina, taxa de hemorragia pós parto e trauma perineal major ou admissão do RN em UCIP. Conclui-se que o uso de MAC/Medicina Integrativa é eficaz como adição à educação pré-natal e contribui para a melhor prática, ajudando no alívio da dor e na diminuição da instrumentação do parto, permitindo à grávida um maior controlo do TP.

Duncan et al. (36), em 2017, investigaram a eficácia da aplicação de mindfulness, concluindo que esta técnica pode levar a benefícios importantes a nível da saúde mental materna, podendo até ajudar na prevenção da depressão pós-parto. O seu papel no alívio da dor requer mais estudos, apesar de haver indicação algumas grávidas o usam em substituição de analgésicos opióides.

Outros artigos (37,38) reiteram que as massagens e técnicas de respiração podem ser uma adição útil na redução da duração do TP e diminuição da ansiedade.

O artigo “*The effects of breathing techniques training on the duration of labor and anxiety levels of pregnant women*” (37) demonstrou que as técnicas de respiração aplicadas durante o TP permitem não só reduzir os níveis de ansiedade da mulher como também a duração do TP. As técnicas de respiração permitem que a mulher tenha um papel mais ativo no parto e dirijam a sua atenção das contrações para as respirações.

O estudo “*Do Breathing Techniques Enhance the Effect of Massage Therapy in Reducing the Length of Labor or not? a Randomized Clinical Trial*” (38) procurou saber se as técnicas de respiração aumentariam a eficácia das massagens na diminuição da duração do TP. Embora este propósito não tenha sido verificado, o estudo comprovou que ambos os grupos intervencionados (massagens e massagens com técnicas de respiração) reportaram uma menor duração da fase ativa do primeiro estágio do TP quando comparados com os controlos. Não se verificaram diferenças na duração do 2º e 3º estágios. Neste estudo verificou-se também uma maior frequência de contrações nos grupos intervencionados, provavelmente devido à massagem abdominal no local da dor.

Uma meta-análise publicada em 2020 (39) aponta para resultados promissores de intervenções com música de 5 elementos (medicina chinesa tradicional) para alívio da dor, depressão, ansiedade e duração do TP, entre outros, embora sejam necessários estudos adicionais. A revisão sistemática (40) aponta para efeitos semelhantes obtidos com musicoterapia convencional.

Türkmen et al. (41) mostraram que a aplicação de compressas quentes e massagem sacral são eficazes no alívio da percepção de dor do parto, proporcionando também maior conforto.

Baljon et al. (42) propõem um protocolo para o estudo da eficácia de exercícios de respiração, reflexologia e massagens às costas no alívio da dor, ansiedade, duração, satisfação, hormonas de stress e *outcomes* no RN durante o primeiro estágio do TP. Este foca-se principalmente na eficácia das massagens para controlo da intensidade da dor e no nível de ansiedade de primíparas. Adicionalmente deverá avaliar-se hormonas de stress, VS materna, FCF, duração do TP, IA neonatal e satisfação materna. Neste estudo, a intervenção (massagem às costas) seria aplicada uma única vez durante o primeiro estágio do TP, sendo esta idealmente programada aquando dos 6 cm de dilatação, momento em que teria o seu pico de influência, sendo este o período de maior dor. A ser realizado, este estudo poderá trazer respostas relevantes acerca da eficácia destes métodos de MAC para uso regular durante o TP.

Os métodos acima referidos de MAC parecem ser opções viáveis para alívio da dor durante o TP para mulheres que assim o desejarem, podendo estudos mais protocolados ajudar a comprovar a eficácia destes métodos quer pelo seu efeito analgésico, quer por outros fatores benéficos como a aceleração do TP ou a diminuição da ansiedade da grávida. Não existem referências a este tópico na bibliografia portuguesa.

3.11 Alívio da dor na prevenção de atraso do TP

Recomendação 23 - Não se recomenda o alívio da dor para prevenir a desaceleração ou diminuir o uso de aceleração durante o TP (4).

A *guideline* da OMS “*WHO recommendations for augmentation of labour*” (4,22) baseia-se em ensaios acerca de técnicas de relaxamento, yoga, música, acupuntura e acupressão, hipnose, aromaterapia e *biofeedback*, que de modo geral concluem que apesar de alguns métodos terem impacto na redução da duração do TP, os mesmos não parecem afetar a necessidade de aceleração do mesmo. Apesar da qualidade da evidência ser baixa ou muito baixa, não parece haver provas de que estes métodos possam ser usados com este propósito.

A AE (tal como é referido na recomendação 19 parece ter o efeito contrário à aceleração, prolongando o TP, embora o livro “Medicina Materno-Fetal” (13) discorde neste ponto. Quando comparando a analgesia por bloqueio nervoso com analgesia IM, este segundo parece ter um maior impacto na redução da duração do TP:

Não foi encontrada bibliografia mais atualizada que permita confirmar ou refutar os dados apresentados nesta recomendação, pelo que se assume que permanece a evidência mais atual. Também na bibliografia portuguesa não foi possível encontrar evidência a este respeito, à exceção do referido no livro acima mencionado (13).

3.12 Fluidos e alimentação

Recomendação 24 - Para mulheres de baixo risco, está recomendada a ingestão de líquidos e alimentos durante o TP (4).

A OMS (4,22) baseia-se na revisão intitulada “*Restricting oral fluid and food intake during labour*” (43), a qual, após analisar os riscos e benefícios da restrição de ingestão de líquidos e comida durante o TP, em mulheres com baixa probabilidade de precisarem de anestesia geral, não encontrou diferenças estatísticas significativas que justifiquem a restrição. A incidência de cesariana, parto vaginal instrumentado e IA inferior a 7 aos 5 minutos não apresentaram diferenças entre os grupos com e sem restrições. O Síndrome de Mendelson, que consiste na aspiração pulmonar de conteúdo gástrico durante a anestesia, serviu durante vários anos como justificação para a implementação destas restrições, mas atualmente não parece ser razão para a sua aplicação em grávidas que não necessitam de anestesia geral, apesar de este estudo não permitir avaliar a sua incidência.

Um artigo publicado pela AJOG (44) reitera que o desuso da anestesia geral em prol da analgesia neuroaxial para parto por cesariana reduz também este risco potencialmente grave e mais uma vez recomenda a não restrição da ingestão de comida e bebida. O conforto da mulher e a sua nutrição devem ser asseguradas.

É também referido que, uma vez que a aspiração é um evento muito raro, deverá ser difícil realizar estudos prospetivos acerca da sua incidência.

A bibliografia utilizada pela OMS permanece a mais atual, pelo que não parece justificar-se a restrição de fluidos e comida durante o TP. Não existe informação sobre o tópico na bibliografia portuguesa.

3.13 Mobilidade materna e posicionamento

Recomendação 25 - Recomenda-se encorajar a adoção de mobilidade e posição vertical durante o TP em mulheres de baixo risco (4).

A OMS (4) recomenda esta prática na sua *guideline “WHO recommendations for augmentation of labour”* (22), não porque esta diminua o uso de ocitocina, mas sim pelos seus benefícios em reduzir a taxa de cesariana. Ao contrário da prática comum em muitos países de limitar a grávida a estar deitada na cama, é sugerido que esta deve ser informada dos benefícios da mobilidade e da posição vertical, tomando assim uma decisão informada acerca do que deseja fazer. De mencionar que a deambulação e posição vertical compreendem, para efeitos de estudo, desde sentar, ajoelhar, agachar e caminhar até outras posições, quer dentro ou fora da cama. Os benefícios desta posição parecem ser mais relevantes para mulheres sem AE.

Um estudo publicado na RIASE (Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento) (45) em 2017, por duas autoras portuguesas, analisou a bibliografia publicada entre 2007 e 2016 acerca deste tópico.

Um dos estudos avaliados (45) demonstrou que mulheres que deambularam uma distância maior nas primeiras 3h da fase ativa tiveram uma redução na duração da mesma; a maioria teve parto eutócico e ainda o IA foi superior a 7, mostrando boa vitalidade do RN. Um outro estudo, contudo, não verificou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis avaliadas (duração do primeiro estágio do TP, tipo de parto, necessidade de ocitocina e AE e bem-estar fetal e neonatal). A dor em nulíparas em fase ativa com 4 cm de dilatação que passaram 41% da mesma na posição vertical revelou-se 5 em 10, enquanto, naquelas que estiveram nesta posição apenas 21% do tempo a dor foi avaliada como 7 em 10; a satisfação materna foi também maior nas mulheres (entre os 4 - 6 cm de dilatação) que permaneceram verticais em mais de metade da duração da fase ativa.

Um ensaio (45) verificou um efeito da deambulação no encurtamento da duração da fase latente (10 h no grupo de estudo vs 15h no grupo de controlo), na diminuição da dor e na redução do uso de ocitocina, partos distócicos, episiotomias e complicações maternas; neste, contudo, não se verificou diferença na duração da fase ativa.

Outras revisões (45) revelaram vantagens físicas e psicológicas desta posição, encurtando a primeira fase do TP por maior eficácia das contrações uterinas. Quanto ao tipo de parto, embora não consensual entre os vários estudos, parece haver uma associação entre a deambulação e a redução do número de partos instrumentados.

A postura verticalizada associa-se a menor propensão a pedir AE e opióide, com benefícios para o RN, sendo que nas grávidas sem AE que adotaram esta posição se verificou também uma diminuição da duração primeiro estágio do TP, menor taxa de cesariana e de complicações fetais ou do RN, embora isto não se verifique em mulheres com AE (45).

No que concerne à duração do TP, outro estudo demonstrou uma diminuição de aproximadamente 2h na duração da fase ativa em mulheres que adotaram a posição mencionada anteriormente (45).

Existe uma correlação entre a adoção de mobilidade e posição vertical e a diminuição do uso de ocitócicos, mas esses estudos parecem ser contraditórios no que diz respeito à duração do 1º estágio do TP. Um estudo coorte verificou que a adoção de posturas verticais e deambulação conduz a redução do primeiro estágio do TP, maior tolerância à dor, redução dos casos de FCF anormal, de distocia, de lacerações graves do períneo, da taxa de partos cirúrgicos e instrumentados de episiotomias, da taxa de episiotomias e da necessidade de reanimação do RN; porém, 39,6% das mulheres em posição vertical tiveram o feto em posição occipitoposterior até ao momento do parto, contra 28% das mulheres noutra posição (45).

Um ensaio (45) não conseguiu comprovar uma relação entre deambulação e tipo de parto, no entanto, as mulheres que foram motivadas a deambular referem que terá sido um fator de conforto. Outro relatou maior conforto da grávida com a posição vertical, especialmente em quatro apoios. Alguns dos estudos mostraram que fatores como a assistência por parteiras, o ambiente em que decorre o TP e o conhecimento da grávida acerca dos benefícios da mobilidade e de determinadas intervenções suficiente para uma escolha informada são determinantes na adoção destas posições.

Os resultados dos 15 estudos revistos mostram que a adoção de mobilidade e de posição vertical podem ter benefícios diversos: diminuição da duração do TP, na diminuição da dor, aumento da satisfação materna, mais qualidade das contrações uterinas e melhor circulação materno-fetal. Conclui-se que, apesar de tudo, não existe uma posição ideal que se aplique a todas as mulheres e que, como tal, deve-lhes ser dada toda a informação disponível para que estas tomem a melhor decisão para si, garantindo o seu conforto e segurança (45).

A informação mais atual parece concordar com a recomendação feita pela OMS acerca da adoção de mobilidade e posição vertical, verificando-se inúmeras vantagens na sua prática. Esta contudo poderá ser limitada consoante outras técnicas a que a grávida se sujeite, como por exemplo a epidural ou a cCTG, as quais são incompatíveis com a deambulação. Considera-se que a recomendação deverá ser aplicada nas grávidas de baixo risco, exceto

nos casos excepcionais descritos que a tornem inviável. Não existe mais informação nacional sobre o tema além do artigo referido redigido por duas autoras portuguesas.

3.14 Desinfecção vaginal

Recomendação 26 - Não se recomenda a desinfecção vaginal de rotina com clorhexidina durante o TP com o propósito de prevenir infecções (4).

A OMS (4,20) não recomenda esta prática por não se verificar que esta seja capaz de prevenir infecções durante o parto vaginal. O estudo em que a OMS se baseia, no entanto, foi conduzido entre 1997 e 2003, podendo não ser a evidência mais atual. Este conclui que não se obtêm diferenças significativas entre o uso de clorhexidina e placebo, no que diz respeito a mortalidade perinatal, sépsis, pneumonia ou meningite neonatal, nem no número de RN que necessitam de antibioterapia. Também em mulheres já colonizadas com SGB não se verificou vantagens na aplicação.

Estudos mais recentes (46) continuam a verificar que este procedimento não reduz a colonização materna ou a infecção e sépsis, pelo que não parece haver evidência que contrarie a recomendação (pode haver evidência de que o *douche* altere esta tendência, contudo os estudos existentes não permitem tirar conclusões).

A maioria das investigações recentes acerca deste agente antisséptico debruçam-se essencialmente sobre o seu efeito nos partos por cesariana.

Perante a falta de evidência a favor deste procedimento, não se justifica a sua prática. A recomendação da OMS parece a mais acertada. Não foram encontradas considerações nacionais sobre este tema.

3.15 Intervenções na desaceleração do TP/ aceleração do TP

Recomendação 27 - Não se recomenda um pacote de cuidados para a gestão ativa do TP para prevenção da sua desaceleração (4).

A *guideline* “*WHO recommendations for augmentation of labour*” (22), que serve de fundamento para esta recomendação (4), inclui na definição de pacote de cuidados um diagnóstico estrito do TP, progresso anormal do TP e compromisso fetal, a amniotomia de rotina, o uso de ocitocina na desaceleração, presença contínua de uma parteira ou enfermeira, “*peer review*” dos partos assistidos e progresso do TP planeado através do uso de gráficos. Considera-se um pacote de cuidados quando aplicados mais de dois dos elementos anteriores. A OMS concordou que, embora o pacote de intervenções tenha

benefícios no que diz respeito à redução da duração do TP e da taxa de cesariana, este é demasiado prescritivo, roubando à mulher a sua autonomia e poder de decisão. Posto que estes pontos serão avaliados nas seguintes recomendações (e outras já discutidas), referir-me-ei aos seus resultados, tomando-os como referência para esta.

Recomendação 28 - Não se recomenda o uso isolado de amniotomia para prevenir o atraso do TP (4).

A OMS (4,22) defende que, contrariamente à prática clínica corrente, não se deve usar a amniotomia para prevenir o atraso do TP. O estudo que suporta esta recomendação (47) compara o uso de amniotomia de rotina com a intenção de preservação das membranas (controlo) e apresenta os resultados de ambos os grupos no que diz respeito a *outcomes* maternos e infantis.

Constatou-se que, dos 15 *outcomes* maternos avaliados, apenas 3 revelaram alterações significativas entres os dois grupos em estudo: IA inferior a 7 aos 5 minutos, TP disfuncional e aceleração com ocitocina. Quanto ao primeiro, verificou-se que era mais provável um IA inferior a 7 aos 5 minutos em bebés nascidos de mães no grupo de controlo, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa. Só quando analisados os resultados das nulíparas isoladamente se verificou um aumento estatístico do risco deste evento no grupo de controlo. O TP disfuncional, que por decisão dos autores do estudo se define como “ausência de progressão da DC durante duas horas ou contrações uterinas ineficazes”, mostrou-se menos provável no grupo que realizou amniotomia. O recurso à aceleração com ocitocina teve também uma redução significativa no grupo com amniotomia comparativamente ao grupo controlo. Porém, nos *outcomes* mais diretamente implicados nesta recomendação (duração do primeiro e segundo estágios do TP) não se verificaram alterações significativas com esta intervenção (47).

De modo semelhante, também nos RN avaliados se reportou ausência de alterações estatisticamente significativas em qualquer um dos 6 *outcomes* descritos (admissão em UCIP, traçado cardíaco fetal anormal/subótimo no 1º ou 2º estágio, SAM, Acidose no cordão umbilical inferior a 7.2 e morbidade neonatal grave ou mortalidade neonatal). A revisão conclui que os achados não permitem recomendar a amniotomia como um procedimento a introduzir na gestão de rotina do TP (47).

Um artigo de 2020 (48) avalia a amniotomia precoce após “*cervical ripening*” realizado com cateter de Foley ou prostaglandinas. Verificou-se que as mulheres que realizaram amniotomia precoce após esta intervenção apresentaram o mesmo risco de cesariana que o

grupo de controlo e que o tempo entre a indução e o parto encurtava em cerca de 5 horas. Não se verificaram diferenças nos restantes *outcomes* obstétricos e perinatais.

Também em 2020, Battarbee et al (49) publicou um artigo neste âmbito, o qual investigou a associação entre a rotura prematura das membranas (dilatação inferior a 4 cm) e *outcomes* como: cesariana, morbidade severa materna ou fetal e a duração do TP. Foram recolhidos dados de 228 668 partos (dos quais 15 525 foram considerados) e compararam-se aqueles que receberam amniotomia precoce (67%) com os que não receberam (rotura espontânea ou artificial de membranas ≥ 4 cm). Os dados recolhidos permitem concluir que a amniotomia precoce é eficaz na redução da duração de indução do TP, sem risco evidente para o feto ou para a mãe. Os resultados mostram que a taxa de cesariana é apenas afetada em mulheres obesas (ou com IMC ≥ 27 kg/m²), nas quais se verifica um aumento significativo com o uso desta intervenção (para um IMC de 30 kg/m² o risco de cesariana é 3,8% no grupo sem amniotomia precoce e 4,7% no outro grupo). Este estudo, contudo, sendo um coorte retrospectivo, incluiu mulheres sujeitas também a “*cervical ripening*”, embora tenha sido feito tratamento estatístico no sentido de ajustar os valores obtidos consoante os restantes fatores envolvidos. Assim, questiona-se a sua validade para responder à recomendação em vigor, mas considera-se que, apesar disso, nos permite tirar conclusões.

Uma revisão sistemática publicada em 2019 (50) acerca da eficácia e segurança da amniotomia precoce apresenta como resultados uma redução significativa na duração do TP com esta técnica, especialmente em nulíparas, cujo tempo foi inferior em aproximadamente 5 horas, comparando com amniotomia tardia. Por outro lado, não houve qualquer alteração significativa no que diz respeito à taxa de cesariana, infeções intraparto e *outcomes* maternos ou fetais adversos. Conclui-se que perante o seu perfil de segurança e eficácia no propósito em causa que esta opção deve ser oferecida para acelerar o TP quando tal for relevante para mulher e cuidador.

Poderá ser relevante a realização de um estudo prospetivo, sem aplicação de outros métodos de aceleração para avaliar a validade da aplicação da amniotomia precoce isoladamente. O estudo anterior (50) parece apontar a amniotomia como um instrumento válido e eficaz na aceleração do TP em mulheres grávidas normoponderais, podendo ser contraindicada em mulheres que ultrapassem um certo IMC (≥ 27 kg/m²) no sentido de evitar o recurso à cesariana.

Não há estudos na bibliografia portuguesa sobre a amniotomia.

Recomendação 29 - Não se recomenda o uso de amniotomia precoce com aceleração com ocitocina para prevenir o atraso do TP (4).

A OMS (4,22) preconiza a não realização simultânea de amniotomia precoce e administração de ocitocina também precocemente por não considerar que o encurtamento variável da primeira fase do TP seja uma razão suficientemente válida para justificar os procedimentos, visto que não tem implicação noutros *outcomes* importantes. Estas técnicas, em conjunto, são consideradas sobreprescrição, podendo condicionar a falta de autonomia materna, além de, por necessitarem de recursos, poderem não estar disponíveis em certos locais. Os resultados do grupo intervencionado mostram um efeito significativo na redução da primeira fase do TP, uma modesta diminuição na taxa de cesariana e a ausência de *outcomes* negativos estatisticamente relevantes, quer para a mãe, quer para o RN. Estes dados, associados a uma satisfação materna semelhante em relação ao grupo de controlo, poderiam levar a considerar esta intervenção em mulheres que desejem um TP mais curto, com segurança assegurada.

Um artigo de 2019, da autoria de Titulaer et al. (51), revela que, comparando um grupo com administração de ocitocina imediatamente após a amniotomia com outro cuja ocitocina foi administrada após uma espera de 12h, este segundo apresenta um atraso no TP de aproximadamente 9 h desde a amniotomia ao parto em si. Este ensaio, contudo, utiliza uma amostra bastante pequena (64 mulheres), pelo que seria necessário um estudo com uma amostra populacional maior para confirmar estes resultados.

Outro artigo (25) recomenda a implementação de ocitocina precoce conjuntamente com a amniotomia precoce perante os achados do estudo de Cochrane que a OMS usa como base para a sua recomendação em sentido contrário.

O evidente contributo destas intervenções para a aceleração do TP associados à falta de *outcomes* negativos que delas advêm levam-me a discordar com a recomendação 29, devendo depender da vontade da mulher a sua implementação ou não.

Mais uma vez não foram encontradas correspondências na bibliografia portuguesa acerca desta temática.

Recomendação 30 - Não se recomenda o uso de ocitocina para prevenir a desaceleração do TP em mulheres com analgesia epidural (4).

A recomendação da OMS (4,22) reporta-se a uma revisão sistemática que conclui que entre os grupos comparados (aceleração com placebo vs aceleração com ocitocina, em mulheres sujeitas a AE) não houve quaisquer diferenças estatísticas no que diz respeito a taxa de cesariana ou instrumentação (os quais seriam o objetivo da implementação da ocitocina),

assim como *outcomes* secundários. Deste modo é legítima a recomendação da sua não-prática, embora o estudo se admita insuficiente para tirar esta conclusão, devido à sua amostra (incapaz de permitir certas conclusões acerca das diferenças entre nulíparas e múltiparas).

Uma *guideline* publicada por C. Fischer no “*Journal of Gynecology and Obstetrics*” (52) procurou esclarecer a relação entre o uso de AE e o consequente uso de ocitocina. Uma análise retrospectiva apresentada verificou que o uso de ocitocina para aceleração do TP foi muito mais frequente no grupo com AE (58,4% vs 5,4%) e que a duração das fases não era afetada pela altura da administração da ocitocina (antes ou depois da analgesia). No grupo com AE, a ocitocina associou-se um aumento do risco de parto vaginal instrumentado, embora a associação seja ainda mais significativa no grupo sem epidural. O facto de a necessidade de ocitocina ser também comparável antes e depois da AE (37% e 21,4%, respetivamente) leva a crer que existem anormalidades pré-existentes no TP das mulheres que requerem a analgesia. A ocitocina parece adotar um papel fundamental na uniformização da duração do TP entre os dois grupos (com e sem AE), uma vez que após a sua administração este valor se torna idêntico. Fischer afirma que são necessários mais estudos para poder tomar decisões acerca deste assunto, sendo que a revisão de Cochrane não permite recomendar quer a favor quer contra esta prática, por falta de evidência. Este ressalta que há evidência de que o uso profilático de ocitocina em nulíparas sob o efeito de AE antes dos 6 cm é capaz de reduzir a duração do TP, ainda que incapaz de reduzir a taxa de partos instrumentados, pelo que não se pode considerar que a sua prática seja sem benefício. Contudo, muitos dos estudos apresentados fazem a ressalva que as mulheres que pedem AE são, frequentemente, aquelas com maior distocia e, como tal, a taxa de instrumentação não pode ser avaliada sem esta consideração.

Um estudo norueguês/dinamarquês de 2018 (53) tinha por objetivo procurar associação entre a aceleração com ocitocina, a AE e a idade materna com a taxa de cesariana. Concluiu-se que, para mulheres nulíparas em TP espontâneo, a ocitocina associada à AE está relacionada com uma redução do risco de cesariana, especialmente se a idade materna for avançada.

Apesar de não haver estudos que avaliem concretamente a eficácia da ocitocina na progressão do TP em mulheres com AE, os estudos existentes parecem apontar características apelativas na sua utilização: redução da taxa de cesariana, uniformização da duração do TP comparativamente à não analgesia e um risco de parto instrumentado não superior ao das grávidas sem AE. Posto isto, deveria ser realizado um estudo prospetivo que analise a sua eficácia para o objetivo proposto, garantindo a segurança da mesma e

verificando quais as condições (momento da administração) e populações (nulíparas, múltiparas, idade materna avançada, entre outros) que mais beneficiam esta técnica.

Não foram encontradas considerações na bibliografia portuguesa acerca do uso de ocitocina em grávidas com AE.

Recomendação 31 - Não se recomenda o uso de agentes antiespasmódicos para prevenir o atraso do TP (4).

A OMS (4,22) recomenda contra esta prática por falta de evidência quer de benefícios (diminuição inconsequente do TP), quer de segurança (*outcomes* maternos e fetais) e protela a sua recomendação até que estes aspetos sejam estudados e garantidos. A revisão de Cochrane em causa revela uma redução da duração do TP significativa com antiespasmódicos neurotrópicos (brometo de valetamato e brometo de butil hioscina), mas não com os musculotrópicos (cloridrato de drotaverina, rociverina e dicloridrato de camilofina). Quanto aos *outcomes*, verificou-se um aumento da incidência de taquicardia materna no grupo a quem foram administrados agentes neurotrópicos.

Em 2017, um estudo nigeriano (54), realizado com 160 parturientes, revelou que o brometo de butilescopolamina (Brometo de N-butilhioscina - Buscopan) é eficaz a encurtar a fase ativa do TP (aproximadamente 23,35 minutos), embora não afete o 2º e 3º estágios (Tabela 5).

Tabela 5 - Duração média dos diferentes estádios de TP entre os grupos com Brometo de N-butilhioscina e placebo (Retirado de Imaralu et al. (50))

Stage of Labor	Group	Duration (mins) ^a mean ± SD	Range	Mean difference	95% CI		P value
					Lower	Upper	
Active phase	HBB	365.11 ± 37.32	280–490	23.35	-37.43	-9.28	0.001
	Placebo	388.46 ± 51.65	280–525				
Second stage	HBB	20.46 ± 10.46	5–48	1.91	6.70	2.87	0.43
	Placebo	22.38 ± 18.95	5–120				
Third stage	HBB	8.96 ± 4.34	3–20	0.26	1.88	1.36	0.75
	Placebo	9.23 ± 5.92	3–38				

^a Minutes.

Além disso, este mostrou-se também capaz de diminuir as perdas de sangue no pós-parto (efeito já conhecido da sua aplicação em abortos medicamente induzidos). Estes resultados, contudo, foram particularmente evidentes em múltiparas submetidas simultaneamente a aceleração com ocitocina, sendo que em mulheres nulíparas ou múltiparas sem outro tipo de aceleração não se verificou qualquer redução estatisticamente significativa da duração do TP (Tabela 6). Uma vez que foram usadas outras técnicas para acelerar o parto, os resultados devem ser vistos à luz desta limitação.

Uma revisão sistemática e meta-análise indiana de 2020 (55) comparou a eficácia e segurança da camilofina com a de outros antiespasmódicos (valetamato, dotraverina, hioscina, entre outros) na aceleração do TP. Os resultados mostram que a duração do primeiro estágio foi significativamente menor com camilofina (menos 41.21 minutos, em média), assim como uma maior taxa de DC (0,38 cm/h). Quanto aos *outcomes* maternos, a percentagem de mulheres com náuseas, vômitos, laceração do colo uterino e HPP foi semelhante, enquanto a taquicardia foi menos reportada com camilofina (Tabela 7). Conclui-se neste estudo que a camilofina é segura e eficaz a cumprir os objetivos propostos.

Tabela 6 - Duração média dos diferentes estádios de TP entre os grupos com Brometo de N-butilhioscina e placebo, com respeito à aceleração do TP (Retirado de Imaralu et al. (50))

Type of labor (n ^a)	Study Group (n ^a)	Duration (mins ^b) mean ± SD	Range	Mean difference	95% CI		P value
					Lower	Upper	
Augmented (90)							
Primigravidae (41)	HBB (18)	386.06 ± 37.62	300–490	13.34	–40.36	13.68	0.32
	Placebo (23)	399.39 ± 47.92	320–525				
Multipara (49)	HBB (25)	357.56 ± 31.91	292–401	38.73	–67.09	–10.37	0.01
	Placebo (24)	396.29 ± 60.83	296–524				
Non augmented (70)							
Primigravidae (26)	HBB (14)	368.43 ± 33.31	298–401	29.24	–61.37	2.90	0.07
	Placebo (12)	397.67 ± 43.64	348–490				
Multipara (44)	HBB (23)	358.39 ± 41.64	280–480	1.01	–26.37	24.35	0.94
	Placebo (21)	359.40 ± 40.42	280–450				

^a Number of participants.

^b Minutes.

Tabela 7 - Eventos maternos e fetais com anti-espasmódicos (Retirado de Palshetkar et al. (51))

Event of interest	Total events (N)	Camyllofin, 5 studies, (n=963)		Drotaverine, 19 studies, (n=1069)		Hyoscine, 10 studies, (n=476)		Valethamate, 12 studies, (n=770)	
		Number of events (n)	% Within number of events	Number of events	Events/ Total events	Number of events	Events/ Total events	Number of events	Events/ Total events
<i>Maternal outcomes in patients receiving the intervention</i>									
Tachycardia	145	3	2.07	21	14.48	12	8.28	106	73.10
Dryness of mouth	140	13	9.29	13	9.29	10	7.14	103	73.57
Postpartum hemorrhage	13	2	15.38	6	46.15	1	7.69	0	0.00
Cervical or vaginal tear	20	3	15.00	8	40.00	3	15.00	1	5.00
Nausea and vomiting	110	21	19.09	32	29.00	1	0.91	25	22.73
Total		42		80		27		235	
Event of interest	Total events (N)	Number of events	Events/Total events	Number of events	Events/ Total events	Number of events	Events/ Total events	Number of events	Events/ total events
<i>Fetal outcomes when mothers received this intervention</i>									
Fetal tachycardia/bradycardia	136	0	0.00%	6	4.41	3	2.21	127	93.38
Fetal distress	279	238	85.30	19	6.81	7	2.51	7	2.51
Neonatal morbidity	19	0	0.00	10	52.63	0	0.00	9	47.37

A total of 10 studies did not report on safety. They are not considered in safety (n)

Um estudo de Köstü et al. (56) de 2016 procurou avaliar a eficácia do valetamato na redução da duração da fase ativa do TP. Em 62 mulheres, 30 foram atribuídas ao grupo com brometo de valetamato e 32 ao grupo de controlo. O estudo verificou que, mais do que o antiespasmódico, os maiores fatores na duração do TP eram o Score de Bishop (permite

prever a necessidade de indução perante a avaliação do cérvix e da posição fetal) e a indução, pelo que, retirados estes, não se verifica uma diminuição significativa da fase ativa do valetamato vs placebo.

Perante estes resultados, pode concluir-se que os antiespasmódicos não são igualmente eficazes na redução da duração do TP. De acordo com o trabalho indiano, a camilofina parece ser mais eficaz do que os fármacos com os quais foi comparada, o que justificaria a sua preferência.

Contudo, apesar de o estudo realizado sobre a camilofina (55) apresentar resultados promissores, este fármaco, em Portugal, não está aprovado pelo Infarmed, pelo que poderá ser interessante a aprovação deste fármaco para o efeito proposto, verificando-se os resultados do estudo acima descrito.

O Buscopan (brometo de hioscina), segundo o estudo apresentado (54), apesar de ser capaz de reduzir a duração da fase ativa, não parece ter um efeito suficientemente significativo para justificar o seu uso para acelerar a progressão, pelo que não se recomenda a sua administração.

O estudo acerca do Brometo de Valetamato (56) também não permite justificar o seu uso, uma vez que perde eficácia quando retirados outros fatores.

Sobre os restantes fármacos referidos pela OMS não existe evidência mais recente, pelo que se assume como verdadeira e atual a informação apresentada na *guideline*.

Perante tudo isto, confirma-se a recomendação de não uso de antiespasmódicos para acelerar o parto, com a ressalva de que, se aprovada a camilofina pelo Infarmed, a sua utilização para este propósito poderá ter interesse para a grávida.

Recomendação 32 - Não se recomenda o uso de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do TP (4).

A OMS (4,22) emite esta recomendação baseando-se na falta de evidência a favor da sua utilização no atraso do TP, além de que pode levar a excesso de fluidos, particularmente nos casos em que a infusão com ocitocina IV é indicada. A dispensa desta prática permite reduzir intervenções e custos e aumentar a mobilidade da mulher durante o TP.

Em 2017, a AOGS (57) publicou uma revisão sistemática e meta-análise em que analisou 7 estudos num total de 1215 mulheres, procurando avaliar o impacto da taxa de fluidoterapia IV na redução da taxa de cesarianas em mulheres nulíparas. Quando comparadas as taxas de cesariana no grupo com fluidos IV a 250 ml/h com o grupo a 125 ml/h, verificou-se uma redução significativa da mesma com o aumento do volume administrado (12,5% e 18,1%,

respetivamente), assim como uma diminuição em cerca de 1h da duração do TP e da distocia de ombros. Os achados foram semelhantes independentemente do tipo de fluido utilizado. Porém, estes resultados não se verificaram nas mulheres que mantinham consumo de fluidos orais sem restrições (embora isto só tenha sido avaliado em 2 dos estudos - 254 mulheres). Conclui-se que o aumento da hidratação tem, portanto, vantagens para as mulheres nulíparas em TP espontâneo.

Deverá ser investigado posteriormente se efetivamente essas vantagens só se verificam na ausência de consumo de líquidos por via oral, ou se os dois estudos que apontam nesse sentido sofrem de limitação por amostra reduzida.

No mesmo ano, Fong A et al. (58) realizaram um estudo duplo-cego testando a hipótese de que o aumento da hidratação e adição de dextrose aos fluidos administrados intravenosamente poderiam estar associados a uma redução na duração do TP. Foram testados os seguintes: fluidos IV em alta dose (250 ml/h); fluidos IV em dose normal (125 ml/h) com dextrose a 5% e fluidos IV em alta dose (250 ml/h) com dextrose a 2,5% (mesma quantidade de dextrose por hora que o segundo grupo). Contudo, os resultados não revelaram diferenças significativas entre os 3 grupos, no que concerne ao objetivo proposto e a *outcomes* secundários (corioamnionite, HPP, perda de sangue, IA ou admissão em UCIP). Assim, conclui-se que, escolhendo administrar fluidos intravenosamente durante o parto, que não haverá diferença de benefício entre estas opções.

O uso de um grupo de controlo neste estudo poderia ter sido interessante para averiguar o seu impacto relativamente à não administração de qualquer fluido, porém é compreensível dada a amostra pequena (274 mulheres) e o objetivo a que se propunha.

De modo semelhante, um estudo de 2015 (59) já tinha concluído que o uso de fluidos IV com dextrose a 5% não diminuía as probabilidades de cesariana, a necessidade de ocitocina ou a duração do TP em mulheres em fase ativa do mesmo.

Já em 2018, o artigo de Riegel et al. (60), que avaliou também o impacto do uso de dextrose na duração do TP, chegou a conclusões ligeiramente diferentes, propondo que, apesar de esta não alterar a duração total do parto, diminui a duração do primeiro estágio (em média menos 75,81 minutos). Estes resultados, associados à tendência para hipoglicémia neonatal (que aumentou de 3,2% para 5,7% com a dextrose) devem servir para reger a prática, pois os benefícios não são evidentes e pode haver *outcomes* indesejáveis.

Posto isto, parece haver evidência de que a hidratação é benéfica para a progressão do TP, porém, deverá ser estudado com maior exatidão se a eficácia da administração IV se sobrepõe à da hidratação oral ou se há algum benefício acrescido na escolha desta via de administração, uma vez que, sendo sobreponíveis, a via oral deve ser preferida. No que diz

respeito à escolha do tipo do fluido a administrar, Fong A. et al. (58) reporta que todos são semelhantes em termos de eficácia, porém Riegel et al. (60) conclui que a administração de dextrose IV, embora encurte o primeiro estágio (sem afeta a duração total do TP) leva a um aumento do risco de hipoglicémia neonatal, pelo que os benefícios devem ser ponderados tomando estes dados em consideração.

Perante estes resultados e o conteúdo da recomendação 24, deverá ser recomendada uma administração de fluidos oral e não de fluidoterapia endovenosa para progressão do TP.

Nenhuma correspondência foi encontrada acerca da administração IV de fluidos para acelerar o TP na bibliografia portuguesa.

4. Conclusão

Após a avaliação da avaliação das recomendações da OMS acerca do primeiro estágio do TP parece ser evidente que, embora tendo sido publicada em 2018, a *Guideline* se mantém atual acerca da maioria dos temas abordados. Das 28 recomendações avaliadas, 7 não foram comprovadas na sua totalidade pelos estudos mais recentes, sendo que destas, 3 não obtiveram resultados na pesquisa (recomendações 11, 23 e 27). Verificou-se que, quanto à recomendação 15 - “Não se recomenda a administração de enema para diminuir o uso de aceleração do TP”, parece haver evidência de benefícios do uso de enema, embora não sejam para o objetivo proposto pela OMS; a recomendação 28 aponta para possível vantagem do uso de amniotomia em mulheres normoponderais para acelerar o TP; os estudos levam também a rejeitar a recomendação 29 – “Não se recomenda o uso de amniotomia precoce com aceleração com ocitocina para prevenir o atraso do TP”, parecendo haver evidência suficiente para recomendar o uso de amniotomia precoce com ocitocina e, finalmente, os artigos mais recentes acerca do uso de ocitocina para prevenir a desaceleração do TP em mulheres com AE parecem apontar para potenciais benefícios, pelo que é necessário mais estudos para poder emitir um parecer efetivo.

É também muito clara a necessidade de estudos nacionais acerca destes temas e a publicação de protocolos/*guidelines* portuguesas acerca dos temas abordados, uma vez que se verificou uma falta de correspondência de informação em 15 das 28 recomendações.

Concluindo, recomenda-se a aplicação das seguintes considerações na prática obstétrica (Tabela 8):

Tabela 8 – Tabela resumo das conclusões

Recomendação OMS	Conclusões
5	Deve definir-se como fim da fase latente e início da fase ativa os 5 ou 6 cm de DC;
6	A grávida deve ser informada que a fase latente não tem duração prevista, mas que a fase ativa raramente ultrapassa as 12h de duração num primeiro parto ou 10h nos subsequentes;
7, 8	Uma taxa de DC de 1cm/h é irrealisticamente rápida para se tomar como indicação de <i>outcomes</i> adversos do TP ou progresso anormal do mesmo. Esta não deve ser indicação para intervenção obstétrica;
9	Acelerar o parto antes dos 5/6 cm de dilatação é contraindicado, uma vez que, geralmente, a taxa de progressão só acelera a partir desta DC;
10	Deve ser permitido o atraso da admissão da grávida por TP até à fase ativa se garantidas a segurança e bem-estar materno e fetal;
11	A realização de pelvimetria de rotina em grávidas saudáveis admitidas por TP não tem evidência de benefício;
12, 13, 17, 18	Deve preferir-se a avaliação do bem-estar fetal por eco-doppler ou estetoscópio de Pinard do que com CTG/cCTG, quer na admissão, quer continuamente. Se disponível, optar pelo Eco-doppler ao invés do estetoscópio;
14	A depilação perineal/púbica de rotina antes de parto vaginal não tem benefício;
15	A administração de enema não traz benefícios na diminuição do uso de aceleração do TP. Pode ponderar-se a sua aplicação para redução das colonizações por <i>C. difficile</i> ;
16	A examinação vaginal digital deve ser realizada a cada 4 horas para avaliação de rotina do 1º estágio em mulheres de baixo risco;
19	Deve ser providenciada AE a mulheres saudáveis que o solicitem para alívio da dor;
20	Deve ser providenciada analgesia opióide a mulheres que o solicitem para alívio da dor, especialmente se AE contraindicada. A grávida deve ser informada acerca dos riscos potencialmente graves deste tipo de analgesia;
21, 22	Deve proporcionar-se às grávidas que assim o desejem a possibilidade de realização de MAC para alívio da dor (relaxamento muscular, música, massagens, mindfulness, entre outros);
23	A introdução de métodos de alívio de dor com o intuito de prevenir o atraso do TP não tem evidência de benefício;
24	Deve ser permitido o consumo de fluidos e alimentos a grávidas de baixo risco durante o TP;
25	Grávidas de baixo risco devem ser encorajadas a adotar mobilidade e posição vertical durante o TP;
26	A desinfeção vaginal de rotina com clorhexidina durante o TP não tem evidência de benefício na prevenção de infeções;

27	Um pacote de cuidados para gestão ativa do TP para prevenção da sua desaceleração é demasiado prescritivo e não deve ser implementado;
28	Pode ponderar-se o uso de amniotomia isolada em grávidas normoponderais para prevenção do atraso do TP;
29	Pode ponderar-se o uso de amniotomia precoce em conjunto com ocitocina para prevenção do atraso do TP;
30	Deve protelar-se o uso de ocitocina para prevenir a desaceleração do TP em grávidas com AE até à realização de estudos mais dirigidos;
31	Os antiespasmódicos não são eficazes na prevenção do atraso do TP;
32	Deve optar-se pela administração de fluidos oral ao invés de IV à grávida para encurtar a duração do TP.

5. Bibliografia

1. PORDATA. Partos nos hospitais: total e por tipo [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos ©. 2019 [citado 16 de Fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>
2. PORDATA. Taxa de mortalidade materna [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos ©. 2019 [citado 16 de Fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+materna-619>
3. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Meio Caminho Andado - Relatório Primavera 2018 [Internet]. Relatório Primavera 2018. Portugal; 2018 [citado 16 de Fevereiro de 2021]. Disponível em: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>
4. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 11 de Outubro de 2020]. 212 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
5. Friedman EA. The graphic analysis of labor. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1954 [citado 5 de Novembro de 2020];68(6):1568–75. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(54\)90311-7](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(54)90311-7)
6. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Outubro de 2002 [citado 5 de Novembro de 2020];187(4):824–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1067/mob.2002.127142>
7. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstet Gynecol* [Internet]. Dezembro de 2010 [citado 5 de Novembro de 2020];116(6):1281–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0bo13e3181fdef6e>
8. Caughey AB. Is Zhang the new Friedman: How should we evaluate the first stage of labor? *Semin Perinatol* [Internet]. 1 de Março de 2020 [citado 11 de Novembro de 2020];44(2):151215. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2019.151215>

9. Dalbye R, Blix E, Frøslie KF, Zhang J, Eggebø TM, Olsen IC, et al. The Labour Progression Study (LaPS): Duration of labour following Zhang’s guideline and the WHO partograph – A cluster randomised trial. *Midwifery* [Internet]. 2020 [citado 11 de Novembro de 2020];81:102578. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102578>
10. Bernitz S, Dalbye R, Zhang J, Eggebø TM, Frøslie KF, Olsen IC, et al. The frequency of intrapartum caesarean section use with the WHO partograph versus Zhang’s guideline in the Labour Progression Study (LaPS): a multicentre, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 26 de Janeiro de 2019 [citado 11 de Novembro de 2020];393(10169):340–8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31991-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31991-3)
11. Ashwal E, Livne MY, Benichou JIC, Unger R, Hirsch L, Aviram A, et al. Contemporary patterns of labor in nulliparous and multiparous women. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de Março de 2020 [citado 11 de Janeiro de 2021];222(3):267.e1-267.e9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.09.035>
12. Direção Geral de Saúde. Orientação nº 001/2015 - Trabalho de Parto Estacionário [Internet]. Lisboa, Portugal; 2015 [citado 11 de Janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
13. Graça LM. *Medicina Materno-Fetal*. 5th ed. Lisboa: Lidel; 2017.
14. Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth* [Internet]. 2018 [citado 13 de Janeiro de 2021];31(4):313–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.001>
15. Abasian Kasegari F, Pazandeh F, Darvish S, Huss R, Nasiri M. Admitting women in active labour: A randomised controlled trial about the effects of protocol use on childbirth method and interventions. *Women and Birth* [Internet]. Novembro de 2020 [citado 13 de Janeiro de 2021];33(6):e543–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.12.002>
16. Smith V, Begley C, Newell J, Higgins S, Murphy D, White M, et al. Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of the fetal heart in low-risk pregnancy during evaluation for possible labour admission – a multicentre randomised trial: the ADCAR trial. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. Janeiro de 2019 [citado 23 de Dezembro de 2020];126(1):114–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15448>

17. Kamala BA, Kidanto H, Wangwe P, Dalen I, Mduma E, Perlman J, et al. Intrapartum fetal heart rate monitoring using a handheld Doppler versus Pinard stethoscope: a randomized controlled study in Dar es Salaam. *Int J Womens Health* [Internet]. 9 de Julho de 2018 [citado 23 de Dezembro de 2020];Volume 10:341–8. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S160675>
18. Sholapurkar SL. Intermittent auscultation (surveillance) of fetal heart rate in labor: a progressive evidence-backed approach with aim to improve methodology, reliability and safety. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 30 de Agosto de 2020 [citado 23 de Dezembro de 2020];1–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1811664>
19. ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol* [Internet]. Fevereiro de 2019 [citado 23 de Dezembro de 2020];133(2):e164–73. Disponível em: <https://journals.lww.com/00006250-201902000-00044>
20. WHO. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citado 10 de Janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines/en/
21. Çalik KY, Karabulutlu Ö, Yavuz C. First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 24 de Dezembro de 2018 [citado 10 de Janeiro de 2021];18(1):415. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0>
22. WHO. WHO recommendations for augmentation of labour [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado 15 de Janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-labour/en/
23. Nada AM, Mohsen RA, Hassan YM, Sabry A, Soliman NS. Does saline enema during the first stage of labour reduce the incidence of *Clostridium difficile* colonization in neonates? A randomized controlled trial. *J Hosp Infect* [Internet]. 1 de Julho de 2018 [citado 23 de Fevereiro de 2021];99(3):356–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.02.008>
24. Nabhan A, Boulvain M. Augmentation of labour. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 1 de Agosto de 2020 [citado 23 de Fevereiro de 2021];67:80–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.011>

25. Alhafez L, Berghella V. Evidence-based labor management: first stage of labor (part 3). *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. Novembro de 2020 [citado 23 de Fevereiro de 2021];2(4):100185. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100185>
26. Seval MM, Yuce T, Kalafat E, Duman B, Aker SS, Kumbasar H, et al. Comparison of effects of digital vaginal examination with transperineal ultrasound during labor on pain and anxiety levels: a randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. Dezembro de 2016 [citado 2 de Fevereiro de 2021];48(6):695–700. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/uog.15994>
27. Usman S, Barton H, Wilhelm-Benartzi C, Lees CC. Ultrasound is better tolerated than vaginal examination in and before labour. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* [Internet]. Junho de 2019 [citado 2 de Fevereiro de 2021];59(3):362–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajo.12864>
28. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (Review). *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 7 de Dezembro de 2011 [citado 10 de Fevereiro de 2021];(12):CD000331. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub3>
29. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Anna C. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 21 de Maio de 2018 [citado 10 de Fevereiro de 2021];(5):CD000331. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
30. Smith LA, Burns E, Cuthbert A. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 5 de Junho de 2018 [citado 10 de Fevereiro de 2021];(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007396.pub3>
31. Nunes R, Colares P, Montenegro J. Is Pethidine Safe during Labor? Systematic Review. *Rev Bras Ginecol e Obs / RBGO Gynecol Obstet* [Internet]. 30 de Dezembro de 2017 [citado 17 de Fevereiro de 2021];39(12):686–91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1604065>
32. Nanji JA, Carvalho B. Pain management during labor and vaginal birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. Agosto de 2020 [citado 17 de Fevereiro de 2021];67:100–12. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.002>
33. Murray H, Hodgkinson P, Hughes D. Remifentanil patient-controlled intravenous analgesia during labour: a retrospective observational study of 10 years' experience. *Int J Obstet Anesth* [Internet]. 1 de Agosto de 2019 [citado 17 de Fevereiro de 2021];39:29–34. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2019.05.012>

34. Robinson C, Howie LA. Non-neuraxial analgesia in labour. *Anaesth Intensive Care Med* [Internet]. 1 de Julho de 2019 [citado 17 de Fevereiro de 2021];20(7):367–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2019.04.007>
35. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open* [Internet]. Julho de 2016 [citado 4 de Março de 2021];6(7):e010691. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010691>
36. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 12 de Maio de 2017 [citado 20 de Março de 2021];17(1):140. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1319-3>
37. Cicek S, Basar F. The effects of breathing techniques training on the duration of labor and anxiety levels of pregnant women. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. Novembro de 2017 [citado 4 de Março de 2021];29:213–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.10.006>
38. Haseli A, Ghiasi A, Hashemzadeh M. Do Breathing Techniques Enhance the Effect of Massage Therapy in Reducing the Length of Labor or not? a Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci* [Internet]. Dezembro de 2019 [citado 4 de Março de 2021];8(4):257–63. Disponível em: <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.036>
39. Wu Q, Liu Z, Pang X, Cheng L. Efficacy of five-element music interventions in perinatal mental health and labor pain: A meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. Agosto de 2020 [citado 4 de Março de 2021];40:101217. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101217>
40. Santiváñez-Acosta R, Tapia-López E de las N, Santero M. Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 10 de Outubro de 2020 [citado 4 de Março de 2021];56(10):526. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>
41. Türkmen H, Oran NT. Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasi-randomized controlled experimental study. *EXPLORE* [Internet]. 11 de Agosto de 2020 [citado 15 de Março de 2021]; Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.08.002>



42. Baljon KJ, Romli MH, Ismail AH, Khuan L, Chew BH. Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and back massage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and newborn outcomes among primigravidae during the first stage of labour in Saudi Arabia: a study protocol for. *BMJ Open* [Internet]. Junho de 2020 [citado 9 de Março de 2021];10(6):e033844. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033844>
43. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 22 de Agosto de 2013 [citado 2 de Fevereiro de 2021];(8):CD003930. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>
44. Sperling JD, Dahlke JD, Sibai BM. Restriction of oral intake during labor: Whither are we bound? *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de Maio de 2016 [citado 5 de Março de 2021];214(5):592–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.01.166>
45. Ferrão ACC, Zagão MOB. Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio de trabalho de parto. *Rev Ibero-Americana Saúde e Envelhec* [Internet]. Abril de 2017 [citado 4 de Fevereiro de 2021];3(1):886–900. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).886](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).886)
46. Bell C, Hughes L, Akister T, Ramkhelawon V, Wilson A, Lissauer D. What is the result of vaginal cleansing with chlorhexidine during labour on maternal and neonatal infections? A systematic review of randomised trials with meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 8 de Maio de 2018 [citado 15 de Janeiro de 2021];18(1):139. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1754-9>
47. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 31 de Janeiro de 2013 [citado 9 de Março de 2021];(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub3>
48. De Vivo V, Carbone L, Saccone G, Magoga G, De Vivo G, Locci M, et al. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de Abril de 2020 [citado 9 de Março de 2021];222(4):320–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.049>
49. Battarbee AN, Glover A V., Stamilio DM. Association between early amniotomy in labour induction and severe maternal and neonatal morbidity. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* [Internet]. Fevereiro de 2020 [citado 17 de Janeiro de 2021];60(1):108–14. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajo.13031>

50. Kim SW, Nasioudis D, Levine LD. Role of early amniotomy with induced labor: a systematic review of literature and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. 1 de Novembro de 2019 [citado 18 de Janeiro de 2021];1(4):100052. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2019.100052>
51. Titulaer LML, de Wolf GS, Bakkum EA, Moll E. Delayed versus immediate oxytocin infusion after amniotomy for induction of labour: A randomised controlled pilot trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 1 de Setembro de 2019 [citado 18 de Janeiro de 2021];240:357–63. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.07.036>
52. Fischer C. Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Chapter 7: Epidural analgesia and use of oxytocin during spontaneous labor. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. Junho de 2017 [citado 12 de Março de 2021];46(6):531–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2017.04.013>
53. Rossen J, Klungsøyr K, Albrechtsen S, Løkkegård E, Rasmussen S, Bergholt T, et al. Can oxytocin augmentation modify the risk of epidural analgesia by maternal age in cesarean sections? *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 7 de Março de 2018 [citado 12 de Março de 2021];97(7):872–9. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/aogs.13341>
54. Imaralu JO, Kuti O, Badejoko OO, Loto OM, Olaleye A. Effect of hyoscine butylbromide on the duration of active phase of labor: A randomized-controlled trial. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. Dezembro de 2017 [citado 21 de Janeiro de 2021];56(6):725–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.10.003>
55. Palshetkar N, Purandare A, Mehta H, Palshetkar R. Effectiveness and Safety of Camylofin in Augmentation of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Obstet Gynecol India* [Internet]. 11 de Agosto de 2020 [citado 23 de Janeiro de 2021];70(6):425–39. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13224-020-01343-3>
56. Köstü B, Kiran G, Ercan O, Bakacak M, Bostanci MS, Arikan D, et al. A randomised controlled study comparing valethamate bromide and placebo in shortening the duration of active labour. *J Obstet Gynaecol (Lahore)* [Internet]. 2016 [citado 23 de Janeiro de 2021];36(2):196–9. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/01443615.2015.1041883>
57. Ehsanipoor RM, Saccone G, Seligman NS, Pierce-Williams RAM, Ciardulli A, Berghella V. Intravenous fluid rate for reduction of cesarean delivery rate in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. Julho de 2017 [citado 25 de Janeiro de 2021];96(7):804–11. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aogs.13121>


58. Fong A, Serra AE, Caballero D, Garite TJ, Shrivastava VK. A randomized, double-blinded, controlled trial of the effects of fluid rate and/or presence of dextrose in intravenous fluids on the labor course of nulliparas. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de Agosto de 2017 [citado 25 de Janeiro de 2021];217(2):208.e1-208.e7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.010>
59. Dapuzzo-Argiriou LM, Smulian JC, Rochon ML, Galdi L, Kissling JM, Schnatz PF, et al. A multi-center randomized trial of two different intravenous fluids during labor. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2016 [citado 25 de Janeiro de 2021];29(2):191–6. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.998190>
60. Riegel M, Quist-Nelson J, Saccone G, Locci M, Shrivastava VK, Salim R, et al. Dextrose intravenous fluid therapy in labor reduces the length of the first stage of labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 1 de Setembro de 2018 [citado 25 de Janeiro de 2021];228:284–94. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.07.019>

Anexos

Anexo I: Autorização para ultrapassar o limite de palavras

Informação Importante sobre ultrapassagem dos limites estabelecidos para a dissertação  

Caixa de entrada x

 **gem** <gab.gem@fcsaude.ubi.pt> quarta, 14/04, 23:12 (há 5 dias) ☆ ↶ ⋮
para Bcc:mim ▾

Caro(a) aluno(a)

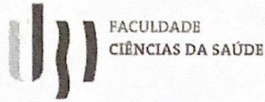
na sequência da mensagem que enviou, com informação sobre a necessidade de ultrapassagem do limite de palavras fixado para elaboração da Dissertação informo que, a título excepcional no presente ano letivo, e tendo em conta a proximidade da data de entrega do trabalho, não será aplicada penalização específica sobre este aspecto na secção Documentação da Grelha de Classificação que será utilizada pelo Júri no dia da Prova Pública.

Realço, no entanto, a importância da capacidade de síntese e a delimitação do campo de investigação de um determinado tema, pois será uma situação com a qual poderá vir a ser confrontado no futuro, quer em trabalhos no âmbito da realização do internato médico, quer em Comunicações Científicas em congressos ou até mesmo na realização de Doutoramento.

Meiores cumprimentos

O Diretor de Curso e
Responsável pela UC Dissertação
Miguel Castelo-Branco Sousa
MD PhD

Anexo II: Declaração de divulgação pública em Reunião de Serviço



FACULDADE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

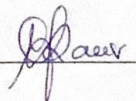


UNIVERSIDADE
BEIRA INTERIOR

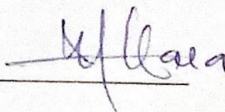
DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos efeitos, que a aluna Ana Rita Monteiro Maques, com nº de matrícula 35202, apresentou a sua Dissertação de Mestrado intitulada "Guideline da OMS sobre a 1ª fase do trabalho de parto e a realidade portuguesa – Uma Revisão Crítica" na Unidade de Saúde Familiar "A Ribeirinha" no dia 28 de janeiro de 2021.

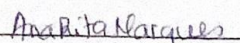
O(A) Tutor(a)



O(A) Diretor(a) de Serviço



O(a) aluno(a)



Guarda, 28 de janeiro de 2021