



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Suporte Nutricional e Analgesia no Trabalho de Parto: a Prática Portuguesa

Tânia Raquel Correia Gonçalves

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

Orientador: Prof. Doutor José António Martinez de Oliveira
Coorientador: Prof. Doutor Paulo Duarte

Covilhã, maio de 2014

Dedicatória

Dedico esta dissertação de mestrado aos meus Pais,
pela ternura e sensibilidade da minha mãe,
pela força, coragem, e apoio do meu pai.

Agradecimentos

Uma dissertação de mestrado tem por base um longo percurso de investigação e dedicação, que não pressupõe um trabalho individual mas o esforço, incentivo, apoio e inspiração de todos. Nesta linha de pensamento, faz todo o sentido agradecer especialmente:

Aos meus pais,

por me darem asas para voar, raízes para voltar e motivos para ficar.
Serei eternamente a menina dos papás.

Às minhas amigas,

por colorirem a minha vida com companheirismo.

Ao meu namorado,

pela paciência, carinho e motivação.

Aos orientadores

pela disponibilidade, partilha de sabedoria e experiência.

“O médico que só sabe de medicina, nem de medicina sabe.”
Abel Salazar

Resumo

Introdução: É consensual que a insatisfação com o parto está intimamente relacionada com a dor e com o método utilizado para o seu alívio, como foi já demonstrado em tese anterior, no Centro Hospitalar da Cova da Beira. Não menosprezando também outros fatores, como o tipo de parto, o suporte emocional, a empatia entre a grávida e a equipa obstétrica entre outras variáveis individuais, sociais e situacionais. A dor do parto é uma realidade com base somática, aliada ao componente subjetivo e influenciada por fatores socioculturais. Para isso é de fundamental importância que as mulheres possam fazer uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos no alívio da dor, assim como dispor de um suporte nutricional adequado e contar com a retoma de mecanismos auxiliares de desmedicalização do envolvimento do parto.

Materiais e Métodos: Estudo de metodologia quantitativa, observacional descritivo transversal, aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, tendo, como instrumento de investigação, um questionário disponibilizado eletronicamente aos Serviços de Ginecologia e Obstetrícia dos diversos Centros Hospitalares Nacionais, após envio de pedido de autorização aos Conselhos de Administração. Todos os dados foram submetidos a uma análise estatística descritiva que envolveu a distribuição de frequências. A aplicação de *software* utilizada foi o *Statistical Package for the Social Sciences*.

Resultados: Participaram 27 dos 34 (79,4%) centros hospitalares com partos em 2012. Destes, 37% (n=10) utilizam sempre escalas standardizadas para a avaliação da dor durante o trabalho de parto (TP), enquanto 33% (n=9) não as empregam. A maioria disponibiliza sistematicamente a analgesia epidural (89%; n=24) e os restantes em mais de 50% dos casos (11%; n=3), praticando-a na maioria (59%; n=16) entre 76-95%. Apenas 15% (n=4) não utilizam métodos complementares à epidural, mas todos utilizam outros meios farmacológicos quando a analgesia epidural não é realizável. A maioria dos centros (88,9%;n=24) usa métodos não farmacológicos que são promovidos durante as aulas de preparação para o parto, sendo que os exercícios respiratórios (n=23), relaxamento muscular (n=15), musicoterapia (n=14) são os 3 mais praticados.

A nutrição é assegurada excluindo a via oral, apenas endovenosa em 44% (n=12) dos casos e Per os mas apenas líquida em 41% (n=11) dos casos.

A maioria (86%; n=23) dos hospitais em estudo permite a deambulação durante o TP.

Conclusão: A analgesia epidural tem uma elevada prevalência nos hospitais em estudo. São praticados também outros métodos não farmacológicos de ajuda à parturiente e a maioria permite a deambulação durante o TP. Os critérios para a sua permissão não são consensuais enquanto se constata uma estratégia restritiva em relação à alimentação oral traduzindo a divergência de opiniões e a indefinição de um modelo ideal.

Palavras-chave

Nutrição, Deambulação, Analgesia, Dor, Parto

Abstract

Introduction: There is a consensus that dissatisfaction with labour is closely related to the pain and the method used for its relief, as was shown in a previous thesis in Centro Hospitalar da Cova da Beira. Not belittling other factors, such as the type of delivery, emotional support, empathy between the pregnant and the obstetric team, among other individual, social and situational variables. Labour pain is a reality with somatic base, coupled with the subjective component and influenced by sociocultural factors. For that, is crucial that women can make use of pharmacological and non-pharmacological methods in pain relief, as well as they have a proper nutritional support and rely on the return of auxiliary mechanisms for unmedicalization of labour involvement.

Materials and methods: Observational descriptive transversal and quantitative study. The project was approved by the Ethics Committee of the Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, which included as research instrument a questionnaire available electronically to the Gynecology and Obstetrics Services of National Hospitals, once a request for authorization was sent to the Board of Administration. All data were analyzed with descriptive statistics, involving frequency distribution. Statistical Package for the Social Sciences was the software application used.

Results: The sample included 27 of the 34 (79.4%) centers with births in 2012. From this 79.4%, 37% (n=10) always use standardized scales to evaluate the pain during labour, while 33% (n = 9) do not use them. Most hospitals systematically provide the epidural (89%, n=24) and the remaining provide in more than 50% of the cases (11%, n=3). In the majority (59%; n=16) the prevalence is between 76-95%. Only 15% (n=4) did not use complementary methods to epidural, but all of them use other pharmacological methods when epidural analgesia is not feasible. The majority (88.9%;n=24) use non-pharmacological methods that are promoted during the labour preparation classes, being the breathing exercises (n=23), muscular relaxation (n=15) and music therapy (n=14) the three most popular. Nutrition is ensured excluding oral administration and only intravenous in 44% (n=12) of the cases and per os but only liquids in 41% (n=11) of the cases. The majority (86%, n=23) of the hospitals in this study allow deambulation during the labour.

Conclusion: Epidural analgesia is highly prevalent in the hospitals considered in this study. Other non-pharmacological methods are also employed to help the parturient and most of the hospitals allow deambulation during labor. The criteria for this permission are not consensual, and there is also a restrictive strategy in relation to oral feeding, reflecting the divergent opinions and elusiveness of an ideal model.

Keywords

Nutrition, Deambulation, Analgesia, Pain, Labour

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	v
Palavras-chave.....	vi
Abstract	vii
Keywords	viii
Índice	ix
Lista de Gráficos	xi
Lista de Tabelas	xii
Lista de Acrónimos	xiii
1. Introdução.....	1
1.1 Analgesia e Trabalho de parto	1
1.2 Deambulação e trabalho de parto	2
1.3 Nutrição e trabalho de parto.....	3
1.4 Objetivos	4
1.4.1 Objetivos específicos:	4
1.5 Hipóteses a testar	4
2. Metodologia	5
2.1 Desenho do estudo	5
2.2 Amostra	5
2.3 Instrumento de Investigação	6
2.4 Método de recolha dos dados	7
2.5 Metodologia Estatística	7
3. Resultados	8
3.1 Caracterização da amostra	8
3.1.1 Regiões de Portugal	8
3.1.2 Tipologia Hospitalar.....	8
3.1.3 N° de Partos	9
3.2 Uma visão sobre a analgesia epidural	10
3.2.1 Avaliação da dor	10
3.2.2 Disponibilização da analgesia epidural	10
3.2.2.1 Fator limitante da oferta	11
3.2.3 Prevalência da analgesia epidural.....	11
3.3 Uma visão sobre os métodos complementares e/ou alternativos à analgesia epidural	12
3.3.1 Métodos Complementares.....	12
3.3.2 Outros métodos farmacológicos.....	12

3.3.3.	Métodos não farmacológicos.....	13
3.3.4.	Ensino e Preparação para o parto	13
3.4	Nutrição e trabalho de parto.....	13
3.4.1	Modo como é assegurada a nutrição durante o TP	13
3.4.2	Critérios para permissão de alimentação oral durante TP	14
3.4.3	Relação entre alimentação oral e tipo de analgesia	16
3.5	Deambulação e TP.....	17
3.5.1	Deambulação durante TP	17
3.5.2	Critérios para permissão de deambulação durante TP.....	18
4.	Discussão.....	20
5.	Considerações finais	27
6.	Referências Bibliográficas	28
7.	Anexos.....	30

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Hospitais por regiões de Portugal.....	8
Gráfico 2 - Hospitais por tipologia	9
Gráfico 3 - Hospitais por apoio perinatal	9
Gráfico 4 - Avaliação da dor utilizando escalas estandardizadas	10
Gráfico 5 - Disponibilização da analgesia epidural à parturiente	11
Gráfico 6 - Prevalência do recurso à analgesia epidural.....	11
Gráfico 7 - Utilização de métodos analgésicos complementares à epidural	12
Gráfico 8 - Outros métodos farmacológicos de analgesia, excluindo epidural.....	12
Gráfico 9 - Oferta alternativa de métodos não farmacológicos de alívio/ajuda à parturiente, em complemento ou alternativa	13
Gráfico 10 - Modo como a nutrição é assegurado durante o Trabalho de Parto	14
Gráfico 11 - Critérios para permissão de alimentação oral durante TP	14
Gráfico 12 - Critério Extinção	15
Gráfico 13 - Critério Dilatação	15
Gráfico 14 - Critério Atividade Uterina Motora	16
Gráfico 15 - Relação entre alimentação oral e tipo de analgesia	16
Gráfico 16 - Deambulação durante TP	17
Gráfico 17 - Motivos pelo qual a deambulação não é permitida	17
Gráfico 18 - Critérios para permissão de deambulação durante TP	18
Gráfico 19 - Critério Extinção	18
Gráfico 20 - Critério Dilatação	19
Gráfico 21 - Critério Atividade Uterina Motora	19

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Nº de partos por regiões.....	10
Tabela 2 - Características dos hospitais que têm taxas de epidural <75%	21
Tabela 3 - Características dos hospitais que não têm métodos complementares à epidural ..	22
Tabela 4 - Características dos hospitais que utilizam sistematicamente (>90%) escalas estandardizadas para avaliação da dor no TP.....	23
Tabela 5 - Características dos hospitais que não utilizam por sistema ou só nalguns casos escalas estandardizadas para avaliação da dor no TP.....	23
Tabela 6 - Características dos hospitais que só permitem alimentação EV.....	24
Tabela 7 - Características dos hospitais que fomentam a deambulação.....	26
Tabela 8 - Características dos hospitais que não permitem deambulação	26

Lista de Acrónimos

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ASA - Associação Americana de Anestesiologia

B.A.R. - Bolsa das Águas Rota

DGS - Direção Geral de Saúde

EV - Via Endovenosa

HAP - Hospital de Apoio Perinatal

HAPD - Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

PO - Via Oral

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TP - Trabalho de Parto

1. Introdução

1.1 Analgesia e Trabalho de parto

As mulheres estão cada vez mais encorajadas a assumir um papel ativo na tomada de decisão sobre gravidez e parto.¹

Para a maioria das mulheres a dor do parto é tida como a pior experiência das suas vidas.² Esta dor caracteriza o trabalho de parto e, apesar de ser um processo fisiológico, deve ser conduzido de maneira ordenada e acompanhada clinicamente pela equipa médica, uma vez que acarreta respostas neuroendócrinas, metabólicas e inflamatórias prejudiciais à hemóstase materna e fetal.³ Nesses termos, entende-se que a dor do parto envolve fatores emocionais, sensoriais, ambientais e existenciais.² De acordo com o conhecimento atual, o controlo da dor, da ansiedade e o bem-estar da parturiente promovem conforto materno e diminuem a magnitude dessa resposta.³

A dor do trabalho de parto e os métodos para aliviá-la são aspetos fundamentais para as parturientes e suas famílias, com implicações na sua evolução, qualidade, desfecho e custo da assistência ao parto.⁴ A importância de se discutirem as preferências das mulheres para o alívio da dor antes do parto começa a estar bem estabelecida, embora possa não ser bem praticada.⁵

As recomendações da ASA para obstetrícia, revistas em 2007, referem que além de motivos clínicos, a solicitação da parturiente é justificação suficiente para se proceder ao alívio da dor.⁶ Segundo as recomendações da sociedade portuguesa de anestesiologia: “Os cuidados anestésicos em obstetrícia devem ser sempre prestados por especialistas em Anestesiologia reconhecidos pela Ordem dos Médicos; Os cuidados anestésicos em Obstetrícia devem estar disponíveis 24/24h e cada Instituição deve disponibilizar às grávidas, antes do parto, informação detalhada acerca dos procedimentos de anestesia que nela em princípio se realizam, bem como da disponibilidade efetiva para os realizar.”⁷

Segundo um estudo referente aos dados da prática assistencial em 2008, dos 41 hospitais nacionais, 36,6% não tinham analgesia de parto sempre disponível e a média de analgesias de parto efetuadas foi de 63,9%.⁸

Na atualidade, dispomos de uma multiplicidade de métodos para aliviar a dor do parto, devendo o obstetra dominar as técnicas de anestesia local, estar informado dos aspetos emocionais envolvidos no problema, trabalhar em equipa multidisciplinar, incluindo o anestesiológico para aplicação de técnicas que não as locais ou de suporte geral e, eventualmente, recorrer a procedimentos não convencionais, admitindo a participação de outros profissionais e acompanhantes.⁴

Mesmo que cada parturiente responda à dor de um modo pessoal e adaptativo, as intervenções não farmacológicas podem ajudar a reduzir as perceções dolorosas, alterando essa resposta na maioria das parturientes. Com a aplicação dessas estratégias, o parto poderá

ser menos doloroso, menos tenso, visto que as mesmas necessitam de atenção, aconselhamento e habilidades de comunicação, objetivando melhor condução no trabalho de parto.² Entre elas podem citar-se a aromaterapia, música, movimento e posicionamento, hipnose, acupuntura, ioga, pilates, hidroterapia, pressoterapia, banho de chuveiro ou de imersão, massagens na região lombar, respiração padronizada e relaxamento muscular.^{4,9} Os métodos farmacológicos na analgesia do parto, por sua vez, incluem opióides injetáveis, agentes anestésicos inaláveis como o óxido nitroso e anestesia epidural.^{4,10,11}

1.2 Deambulação e trabalho de parto

Mesmo antes do desenvolvimento da obstetrícia moderna, existia controvérsia em relação à posição materna durante o parto.¹²

A obstetrícia ocidental teve as suas raízes na Europa, no século XVII, quando Mauriceau passou a encorajar as mulheres a adotarem o decúbito dorsal, para a realização de manobras e procedimentos obstétricos. Esta posição ficou conhecida como *posição francesa*, em contraste com a postura deitada em decúbito lateral, utilizada na Inglaterra, conhecida como *posição inglesa*.¹³ A posição horizontal foi assim incorporada na cultura ocidental como a posição padrão durante o parto. No entanto, a padronização dessa posição para o trabalho de parto nunca foi totalmente aceite, e há mais de dois séculos atrás, havia aqueles que defendiam o valor de não confinar as mulheres em trabalho de parto à cama.¹² Na verdade, na maioria das culturas que não tenham sido influenciadas por este costume ocidental, as mulheres em trabalho de parto continuam a optar pela posição vertical e manter a deambulação.¹² O próprio Mauriceau volta a defender a ideia da posição supina, talvez por ter percebido que a introdução da posição horizontal prejudicava a evolução do trabalho de parto.¹³ Apesar de todas as evidências favoráveis à posição supina, foi completamente ignorada, sendo considerado irónico o facto de que predominou a conveniência da posição dorsal da parturiente para aqueles que as atendiam.¹⁴ Somente nos últimos 30 anos é que retornaram as discussões acerca das desvantagens da posição dorsal no trabalho de parto, bem como as vantagens da mobilidade da mãe e da postura ereta nesse processo.¹³

Estudos recentes têm revelado que, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao bebé através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto se torna mais curto, e a dor é menor.¹³ Acresce-se o facto de que, na posição supina, a adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia é facilitada pela postura materna, prevenindo complicações do trajeto. A ação da gravidade sobre o trajeto e descida fetal é favorecida pela posição ereta da parturiente no trabalho de parto, impedindo a compressão dos grandes vasos maternos, aumentando o diâmetro do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio acidobásico, além da eficiência das contrações uterinas.¹⁴ A duração diminuída do trabalho de parto em mulheres que

deambulam é atribuída à melhoria na contratilidade uterina, à necessidade diminuída de uso de ocitocina e de analgesia além de menor frequência de parto vaginal instrumental como fórceps, extração a vácuo, episiotomia, entre outros.¹³

O objetivo da adoção de uma posição ereta foi a valorização das contrações uterinas e condição fetal, bem como a promoção de conforto maternal.¹² No entanto, embora a questão tenha sido frequentemente examinada, a alternativa ideal ainda não está clara.¹²

1.3 Nutrição e trabalho de parto

Em algumas culturas, os alimentos e as bebidas são consumidas durante o parto para a nutrição e o conforto ajudarem a satisfazer as exigências do trabalho de parto.¹⁵ No entanto, em muitos locais de nascimento, a ingestão oral é restringida na sequência dos estudos de Mendelson que, em 1940, relatou que durante a anestesia geral se verificou um aumento do risco de aspiração para o pulmão do conteúdo gástrico.¹⁵ A natureza ácida do líquido do estômago e a presença de partículas de alimento eram particularmente perigosas, e poderiam potencialmente levar à doença pulmonar grave ou morte.¹⁵ Desde a década de 1940, a anestesia obstétrica mudou consideravelmente, com melhores técnicas de anestesia geral e uma maior utilização de anestesia regional.¹⁵ Esses avanços, e os relatos de mulheres que consideravam a restrição desagradável, levaram a um novo olhar sobre o problema.¹⁵ Além disso, um equilíbrio nutricional pobre, pode ser associado com trabalho de parto mais longo e mais doloroso. Foram relatadas associações entre os níveis de corpos cetônicos (produzidos durante o exercício, jejum e por vezes durante o trabalho de parto) e trabalhos de parto mais longos e stress psicológico materno.¹⁵ Hoje em dia sabe-se que o feto necessita de glicose e aminoácidos para o seu desenvolvimento e crescimento, submetendo assim a gestante à permanente demanda desses substratos para ir de encontro às suas necessidades.¹⁶ Na assistência clássica ao trabalho de parto, é rotina restringir a nutrição oral e administrar fluidos intravenosos para prevenir ou tratar desidratação, cetose e falta de balanceamento eletrolítico.¹⁷ Esse uso rotineiro de fluido endovenoso pode ter efeitos adversos para o bem-estar materno como sobrecarga de fluidos, desconforto e restrição de movimentos, podendo ainda causar no feto/recém-nascido hiponatremia, hiperglicemia e subsequente hipoglicemia.^{17,18} Embora a infusão intravenosa seja necessária em muitas circunstâncias obstétricas, para administração de medicamentos e anestesia, não é considerada substituto completamente seguro da ingestão de alimento e líquidos no trabalho de parto.¹⁸

Recomenda-se, atualmente, que, na fase ativa do trabalho de parto, as gestantes de baixo risco devem ingerir pequenas quantidades de líquidos claros como água, sumo de frutas sem polpa, chá, café e refrigerante. No entanto, não existem estudos que informem qual a dieta nutricional adequada durante o trabalho de parto, quantidade a ser ingerida, avaliação do risco/benefício materno e fetal.¹⁶

1.4 Objetivos

Sabendo que em Portugal, em 2012, houve 89,841 nascimentos¹⁹, o objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência dos vários métodos de analgesia durante o trabalho de parto nas diferentes instituições hospitalares portuguesas, bem assim como os tipos de suporte nutricional e de deambulação permitidos durante esse ano.

1.4.1 Objetivos específicos:

- Averiguar a frequência e metodologia da avaliação da dor da parturiente;
- Quantificar o grau de disponibilização da analgesia epidural às grávidas e conhecer os fatores limitantes desta oferta;
- Quantificar a prevalência da analgesia epidural no trabalho de parto;
- Averiguar a utilização de métodos complementares à epidural, farmacológicos e não farmacológicos;
- Apurar o modo como é assegurada a nutrição durante o TP e critérios para permissão de alimentação oral;
- Apurar se a deambulação é permitida durante o TP e os critérios para a sua permissão.

1.5 Hipóteses a testar

- A avaliação da dor no trabalho de parto é feita utilizando as escalas apropriadas.
- A percentagem de disponibilização da analgesia epidural às grávidas em Portugal é elevada.
- A percentagem de disponibilização da analgesia epidural às grávidas em Portugal varia em função do grau de diferenciação dos Serviços
- O recurso a métodos não farmacológicos de ajuda à parturiente é elevado varia com o grau de diferenciação dos Serviços
- O recurso a métodos não farmacológicos de ajuda à parturiente varia em função do grau de diferenciação dos Serviços
- Existe relação entre a nutrição fornecida à parturiente e o tipo de analgesia.
- A nutrição fornecida à grávida varia de acordo com a evolução do trabalho de parto.
- À parturiente a permissão de deambular durante o TP depende do tipo de analgesia
- À parturiente a permissão de deambular durante o TP depende varia de acordo com a evolução do trabalho de parto.

2. Metodologia

2.1 Desenho do estudo

O presente estudo, adota uma metodologia quantitativa. Trata-se de um estudo observacional descritivo e transversal, uma vez que os dados foram recolhidos de forma direta e sistemática num só momento, sem qualquer tipo de intervenção nos participantes.

2.2 Amostra

O universo deste estudo está constituído pelos Serviços de Ginecologia-Obstetrícia nacionais, que tiveram partos no ano de 2012. Obteve-se uma amostra de conveniência, não-aleatória, abrangente. Foram convidados a participar 36 centros. Os hospitais foram estratificados de acordo com o número de nascimentos por ano em 2 grupos, os que têm menos de 1500 partos por ano e os que têm mais de 1500 partos por ano; em tipologias hospitalares de acordo com a ACSS; em hospitais de apoio perinatal e apoio perinatal diferenciado de acordo com a Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente e em regiões do país.

As tipologias definidas pela ACSS são:

Tipologia B2 - Hospital que serve uma população de cerca de 150.000 habitantes, integra a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência e possui urgência médico-cirúrgica. Estes hospitais não justificam a existência de todas as especialidades, tendo capacidade técnica para assegurar mais de 80% da diversidade dos cuidados necessários desta população, em função das especialidades assistenciais de que dispõem. Assume-se que 10 a 15% dos doentes serão referenciados para hospitais de tipologia B1 e/ou A e os remanescentes optarão pelo setor privado. Recomenda-se que tenham entre 15 a 17 especialidades.²⁰

Tipologia B1 - Hospital que serve uma população de cerca de 250.000 a 300.000 habitantes, integra a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência e dispõe de urgência médico-cirúrgica. Tem capacidade técnica para responder a, pelo menos, 85% das necessidades globais e servir de referência de 2.^a linha para os hospitais de tipologia B2. Assume-se que 5 a 10% venham a ser referenciados para hospitais de tipologia A e os remanescentes optarão pelo setor privado. Dispõe habitualmente de 20 a 24 especialidades.²⁰

Tipologia A1 - Hospital que sirva uma população direta de cerca de 350.000 habitantes e uma população de referência de segunda e terceira linha de mais de 650.000 habitantes. Todos integram a rede de urgência/emergência com urgências polivalentes. Estes hospitais têm capacidade técnica para assegurar 100% da diversidade dos cuidados necessários da população que servem. Espera-se que estes hospitais respondam a, pelo menos, 90% das necessidades globais da população, assumindo que 5 a 10% das necessidades sejam satisfeitas pelo setor privado. Nesta tipologia encontram-se os hospitais de fim de linha da medicina portuguesa.²⁰

Tipologia A2 - Hospitais que, apesar de terem populações que oscilam entre os B1 e os A1, são considerados pela rede de urgência como hospitais polivalentes, devendo por isso vir a ter responsabilidades acrescidas nas respostas às necessidades, não só aos da sua área direta, mas também como referência para os hospitais B2 e B1 que lhes estão próximos. Tendo em conta as necessidades desta população, a organização do sistema de saúde, a diferenciação do hospital e o desempenho atrás indicado, estes hospitais devem responder a pelo menos 85 a 90% das necessidades globais da população. Assume-se que 5 a 10% venham a ser referenciados para hospitais A1 e os restantes optem por estabelecimentos privados.²⁰

Relativamente ao apoio perinatal segundo a Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente os HAP deverão ter Serviços de Obstetrícia e de Ginecologia com possibilidade de acesso a Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos, bem como Serviço de Pediatria/Neonatologia. Deverá existir no Centro Hospitalar/Hospital, uma área da qualidade que permita a sua melhoria contínua. Localizados nos hospitais B1 e B2 e alguns A2. Por seu lado os hospitais de apoio perinatal diferenciado deverão ter Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, bem como Serviço de Neonatologia com Unidade de Cuidados Intensivos e assegurar os mesmos cuidados dos HAP para a sua área de influência direta. No Centro Hospitalar/Hospital deverá existir Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos. Devem ficar localizados nos hospitais A1 e eventualmente em alguns A2.²⁰

2.3 Instrumento de Investigação

O trabalho, cujo projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da FCS - UBI (anexo 1), baseou-se num questionário (anexo 2) elaborado para o efeito, a ser preenchido pelo(s) responsável(is) daqueles Serviços, cujo *link* para resposta *online* foi disponibilizado por correio eletrónico aos diretores dos Serviços de Ginecologia e Obstetrícia dos diversos centros.

O questionário compreende 6 partes:

A primeira destina-se a averiguar o número de partos totais que foram realizados em cada centro no ano de 2012 e o número de partos com feto único em apresentação cefálica, sendo sobre estes últimos que incide o resto do questionário. A segunda parte tem por objetivo averiguar se durante o trabalho de parto é feita à parturiente com regularidade a avaliação da dor e qual a metodologia, sendo suposto que sejam escalas standardizadas; a percentagem com que a analgesia epidural é disponibilizada à parturiente incluindo o que limita essa oferta e a real prevalência do recurso à epidural. Na terceira parte, aborda-se a utilização de métodos complementares à epidural, farmacológicos e não farmacológicos procurando averiguar se estes últimos são explicados e promovidos durante o ensino e preparação para o parto. Na quarta parte, questiona-se o modo como a nutrição é assegurada, até que fase do TP é permitida a alimentação oral e se esta está relacionada com

o tipo de analgesia. Na quinta parte, questiona-se a permissão para a deambulação durante o trabalho de parto, o que limita a deambulação e até que fase do trabalho de parto esta é permitida. Por fim, na última parte, identifica-se a instituição e a pessoa que responde, para uma melhor comparação entre os diversos centros hospitalares.

2.4 Método de recolha dos dados

A recolha de dados foi efetuada a partir das respostas a um questionário disponibilizado eletronicamente aos diretores dos Serviços de Ginecologia e Obstetrícia dos diversos centros, entre Janeiro de 2014 e Março de 2014. Previamente foi solicitada autorização aos respetivos Conselhos de Administração, em Janeiro de 2014. Na falta de respostas foram efetuados vários contactos telefónicos para os centros que não haviam respondido a partir de meados de Fevereiro até à segunda semana de Março. A informação recolhida foi tratada de forma anónima e confidencial.

2.5 Metodologia Estatística

O registo dos dados e a análise estatística foram efetuados com recurso à versão inglesa do Software Estatístico SPSS® 21.0 para Microsoft Windows®. Todos os dados foram submetidos a uma análise estatística descritiva que envolveu a da distribuição de frequências.

3. Resultados

Foram enviados questionários para 36 centros hospitalares dos quais 2 responderam que não faziam partos. Ficou então a amostra reduzida a 34 centros e desses obteve-se 27 respostas (79,4%).

3.1 Caracterização da amostra

3.1.1 Regiões de Portugal

A amostra compõe-se de Centros Hospitalares das 5 regiões de Portugal Continental e ainda das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Sendo que a maior percentagem de respostas correspondeu à zona Norte de Portugal Continental (37 %; n=10) (Gráfico 1).

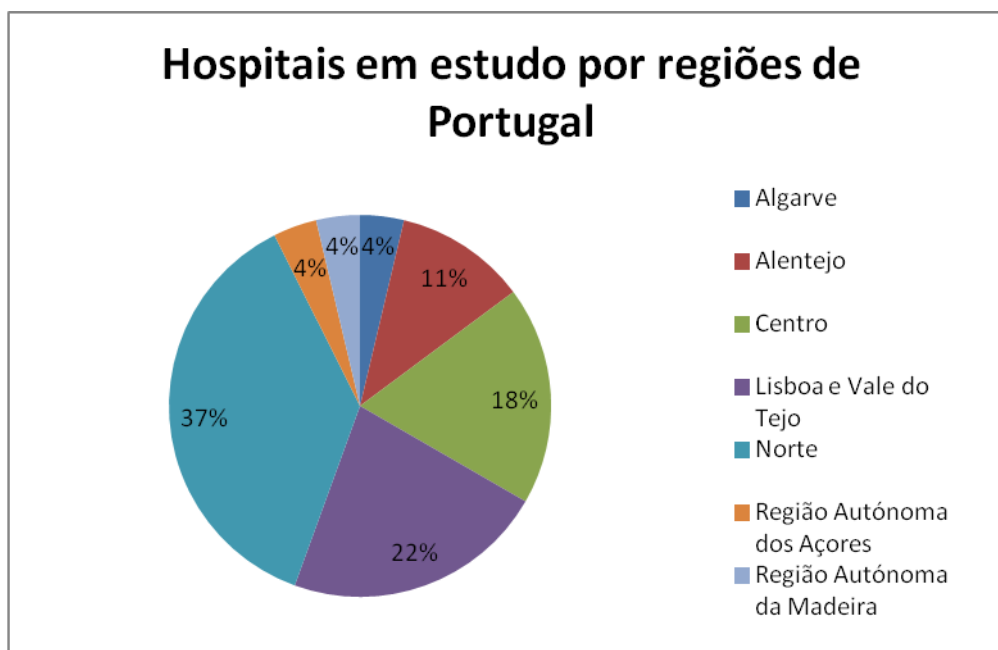


Gráfico 1 - Hospitais por regiões de Portugal

3.1.2 Tipologia Hospitalar

A amostra compõe-se de Centros Hospitalares incluídos nas 4 tipologias (A1, A2, B1, B2), sendo que a maioria é de tipo B1 (37%; n=10) e a minoria é de tipo A1 (15%; n=4) (Gráfico 2). Relativamente ao tipo de apoio perinatal 37% (n= 10) tem apoio perinatal diferenciado (Gráfico 2 e 3).

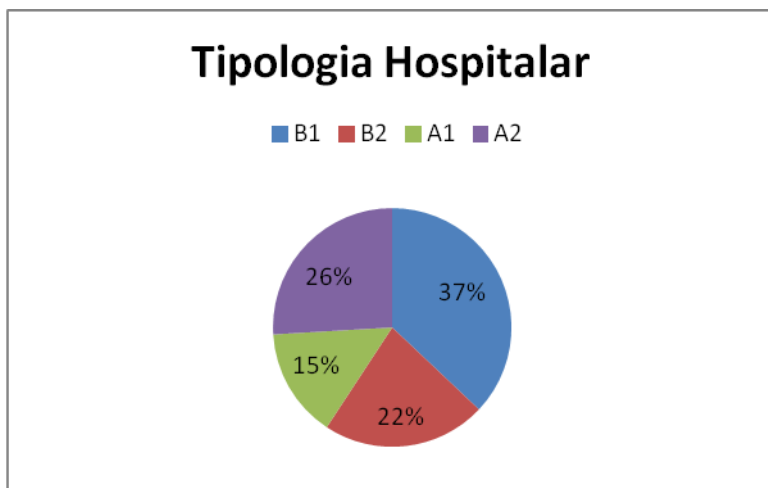


Gráfico 2 - Hospitais por tipologia

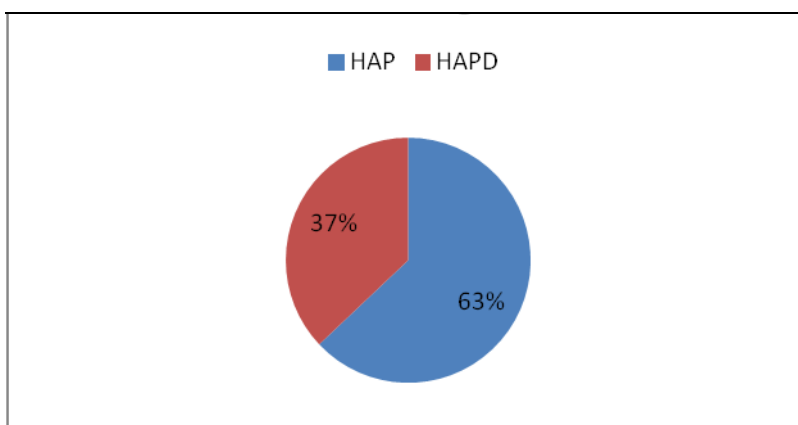


Gráfico 3 - Hospitais por apoio perinatal

3.1.3 N° de Partos

Dos 27 centros incluídos 11 (41%) tiveram menos de 1500 partos em 2012 e nestes estão incluídos os da região do Alentejo (100%; n=3), Centro (40%; n= 2), Lisboa e Vale do Tejo (33,3%, n=2) e Norte (40%, n=4) (Tabela 1).

Os restantes 16 tiveram pois mais de 1500 partos naquele ano.

Região	<1500 partos/ano	>1500 partos/ano
Algarve		1
Alentejo	3	
Centro	2	3
Lisboa e Vale do Tejo	2	4
Norte	4	6
Região Autónoma dos Açores		1
Região Autónoma da Madeira		1
	11 (41%)	16 (59%)

3.2 Uma visão sobre a analgesia epidural

3.2.1 Avaliação da dor

O uso de escalas estandardizadas para a avaliação da dor durante o trabalho de parto é muito variável, pois 37% (n=10) utilizam-nas sistematicamente e 33% (n=9) não as utilizam; 22% (n=6) utilizam-nas frequentemente e uma minoria 7% (n=2) apenas em alguns casos (Gráfico 4).

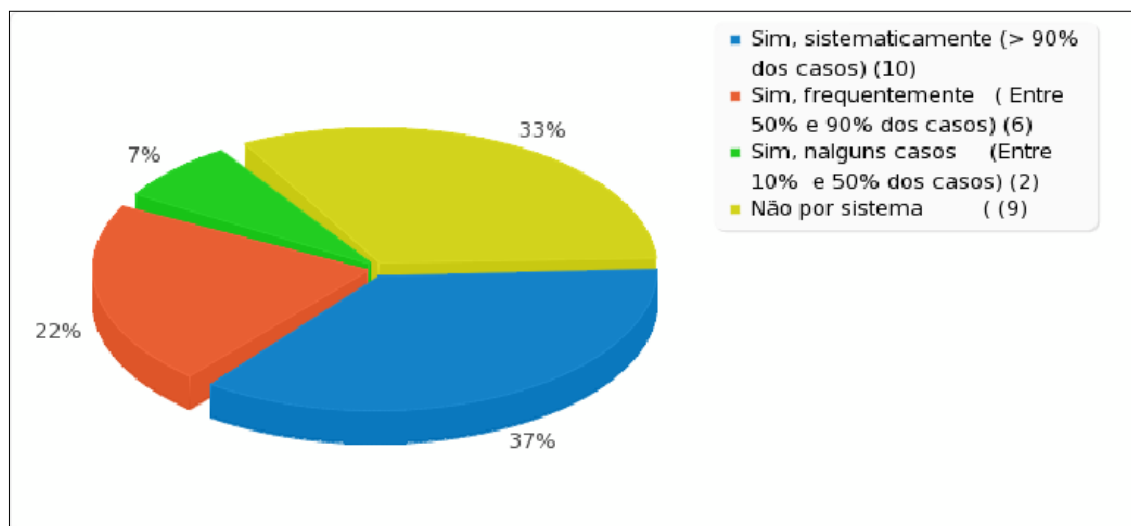


Gráfico 4 - Avaliação da dor utilizando escalas estandardizadas

3.2.2 Disponibilização da analgesia epidural

A maioria dos centros oferece analgesia epidural sistematicamente (89%; n=24) e mesmo os restantes centros disponibilizam-na em mais de 50% dos casos (11%; n=3) (Gráfico 5).

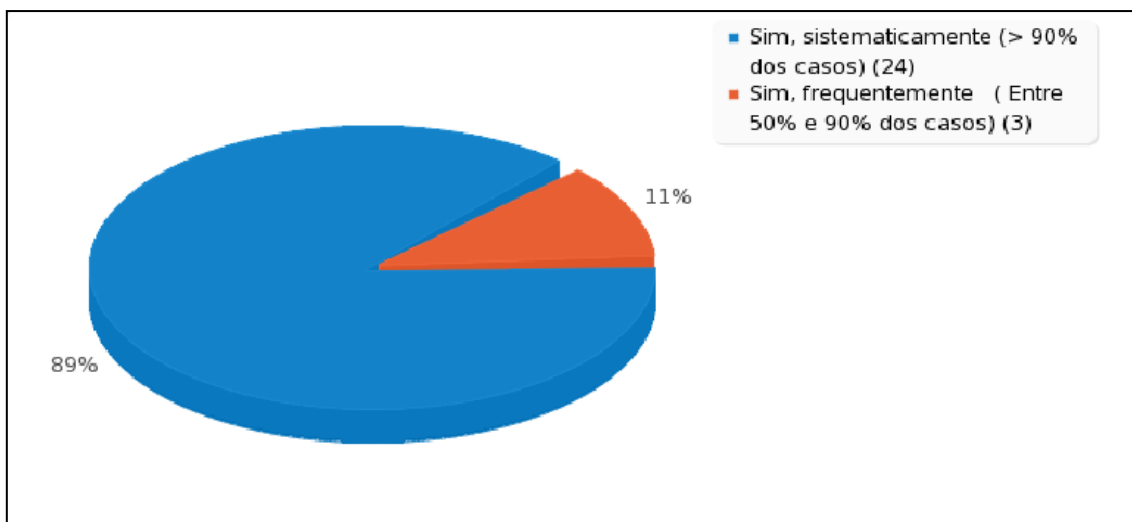


Gráfico 5 - Disponibilização da analgesia epidural à parturiente

3.2.2.1 Fator limitante da oferta

Os 3 centros que não disponibilizam sistematicamente a analgesia epidural indicam como motivo a indisponibilidade da equipa anestesiológica.

3.2.3 Prevalência da analgesia epidural

Observou-se que apesar de uma disponibilização elevada, nem sempre a vontade da utente é recorrer à analgesia epidural, assim sendo a maioria dos centros hospitalares recorre à analgesia epidural em 76-95% dos casos (59%; n=16). Apenas um centro hospitalar tem uma prevalência baixa de analgesia epidural entre 6-25%. Dos restantes, 26% (n=7) recorrem à epidural em mais de 95% dos casos e 11% (n=3) têm uma prevalência de epidural entre 51-75% (Gráfico 6).

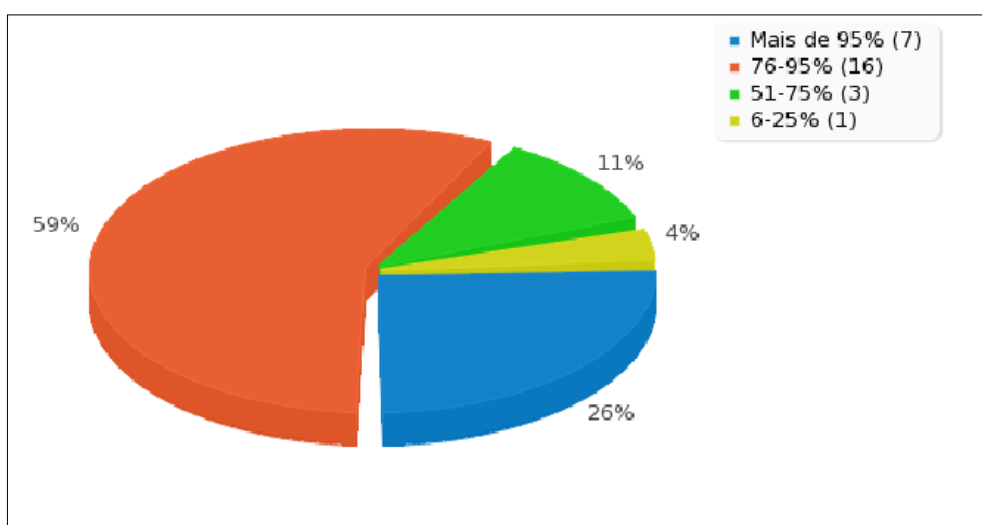


Gráfico 6 - Prevalência do recurso à analgesia epidural

3.3 Uma visão sobre os métodos complementares e/ou alternativos à analgesia epidural

3.3.1 Métodos Complementares

Apenas 15% (n=4) dos Serviços não utilizam métodos complementares à epidural (Gráfico 7). Dos restantes 44% (n=12) utilizam-nos por vezes, se a analgesia epidural se mostra insuficiente e 41% (n=11) empregam estes métodos (Gráfico 7).

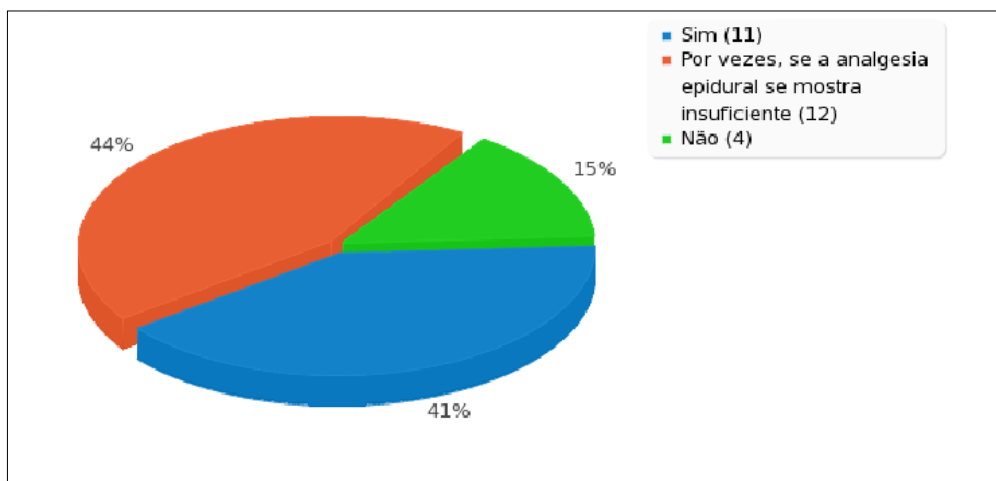


Gráfico 7 - Utilização de métodos analgésicos complementares à epidural

3.3.2 Outros métodos farmacológicos

Todos os hospitais em estudo utilizam outros métodos farmacológicos quando a analgesia epidural não é realizável (recusa da parturiente, contraindicação ou indisponibilidade técnica). A maioria utiliza opióides, e nos outros métodos se incluem paracetamol, tramadol (n=2) e remifentanil endovenoso (Gráfico 8)

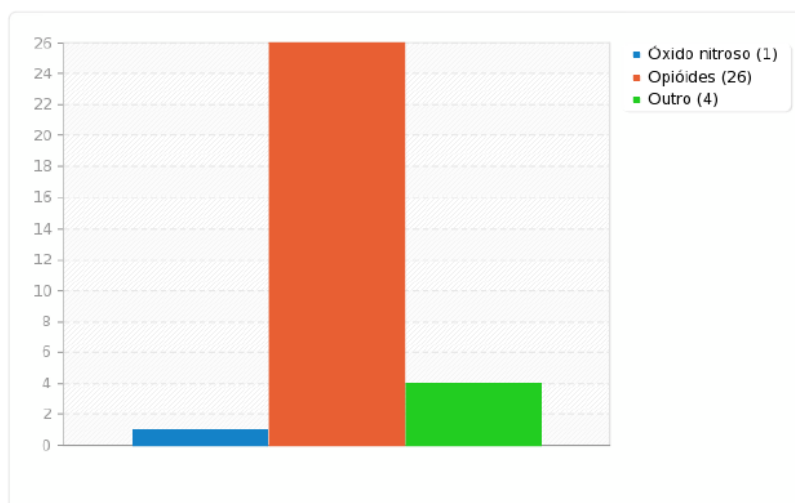


Gráfico 8 - Outros métodos farmacológicos de analgesia, excluindo epidural

3.3.3. Métodos não farmacológicos

Verificou-se que somente 3 hospitais, dos estudados, não disponibilizam métodos não farmacológicos. Os restantes 24 disponibilizam uma variedade de métodos, entre os quais exercícios respiratórios (n=23), relaxamento muscular (n=15), musicoterapia (n=14), que são os 3 mais praticados. Banho de chuveiro/imersão (n=11), pilates (n=7) e massagem lombossagrada (n=6) também são com frequência utilizados. Entre os menos utilizados estão a pressoterapia (n=2), hidroterapia (n=1), aromaterapia (n=1), Acupuntura (n=1) e hipnose (n=1). Os outros métodos incluem bola de partos e reflexologia (Gráfico 9).

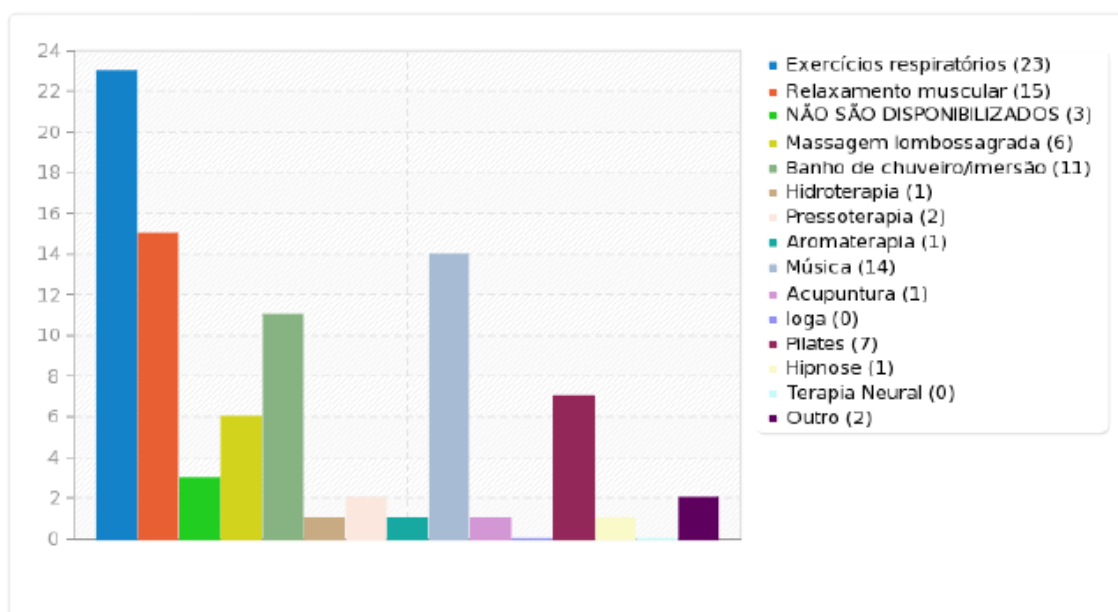


Gráfico 9 - Oferta alternativa de métodos não farmacológicos de alívio/ajuda à parturiente, em complemento ou alternativa

3.3.4. Ensino e Preparação para o parto

Os hospitais em estudo que disponibilizam métodos não farmacológicos fazem a sua promoção durante as aulas de preparação para o parto.

3.4 Nutrição e trabalho de parto

3.4.1 Modo como é assegurada a nutrição durante o TP

Na maioria dos centros a nutrição é assegurada apenas por via endovenosa (44%; n=12) ou associada a líquida *per os* (41%; n=11). Uma minoria (11%; n=3) assegura a alimentação por via oral, incluindo líquidos e sólidos. O único centro que assinalou outro descreveu que se o parto for para indução e a grávida ainda não estiver em TP fornece-se uma refeição ligeira (Gráfico 10).

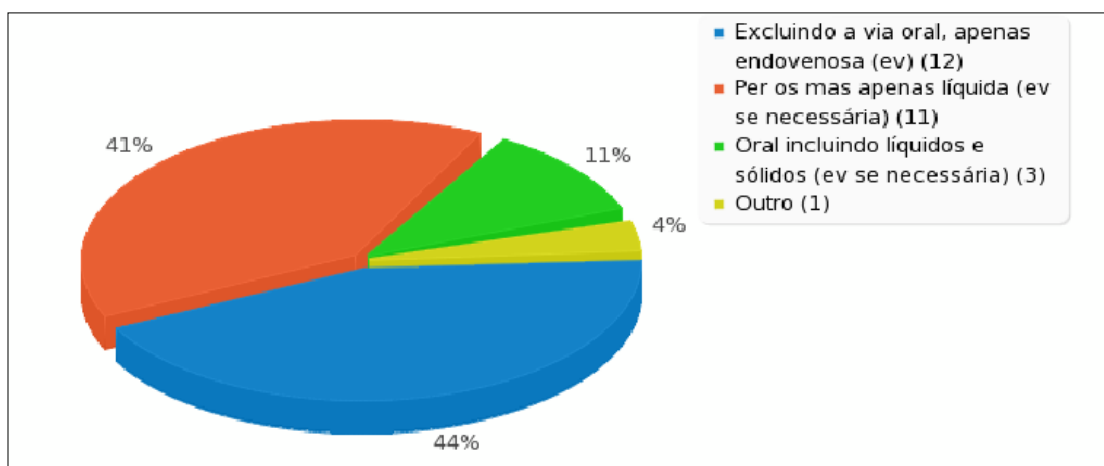


Gráfico 10 - Modo como a nutrição é assegurado durante o Trabalho de Parto

3.4.2 Critérios para permissão de alimentação oral durante TP

Apurou-se que para estabelecer até que fase do TP é permitida a alimentação oral a maioria dos hospitais em estudo aponta o critério dilatação (n=21), o critério atividade uterina motora é apontado por 12 hospitais e o critério extinção por 9 hospitais (Gráfico 11).

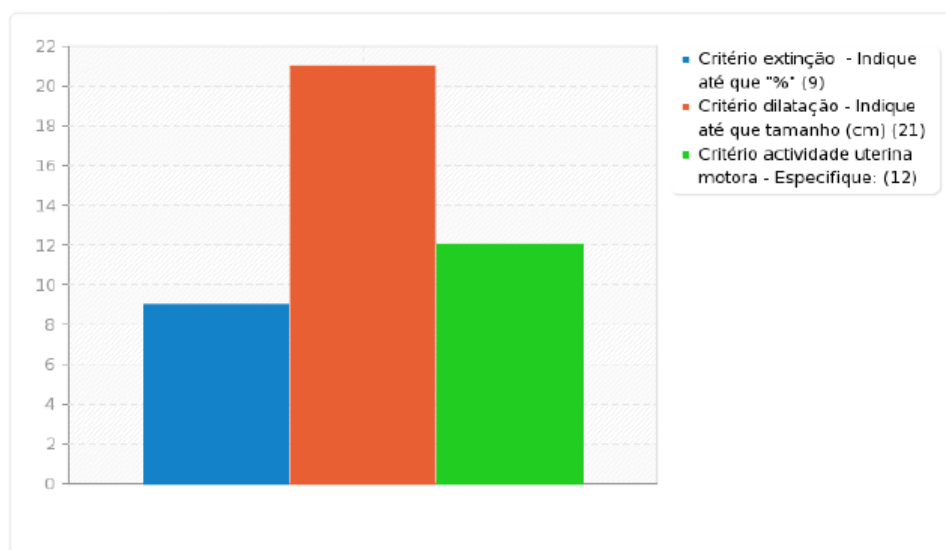


Gráfico 11 - Critérios para permissão de alimentação oral durante TP

Dos hospitais que apontam o critério extinção (n=9) temos respostas muito variadas, dois apontam 100% de extinção, um 90% de extinção, um outro entre 60-80% de extinção e um 50% de extinção. Obteve-se ainda duas respostas que não correspondem a este critério, nomeadamente “até início da fase ativa do TP”. Um hospital permite sempre independentemente do estado da extinção. (Gráfico 12).

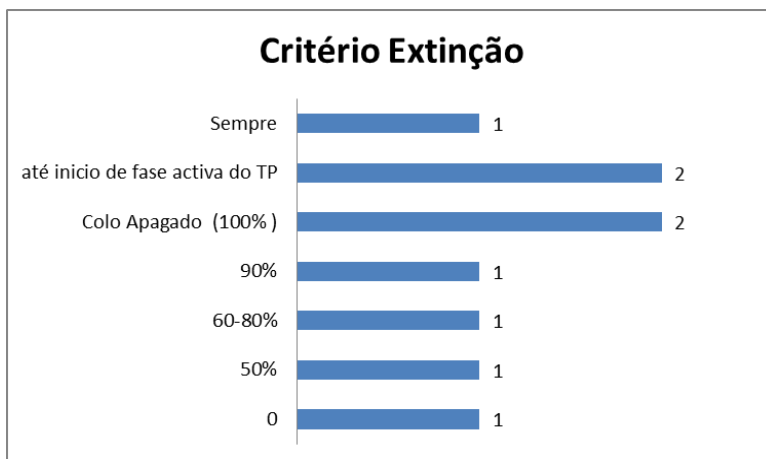


Gráfico 12 - Critério Extinção

Dos que apontam o critério dilatação, esta é variável mas assumindo uma maioria em torno de 3cm (n=6), 3-4cm (n=3) e 4cm (n=3). Os restantes critérios de dilatação foram os seguintes 1cm (n=1), 4-6cm (n=1), 5cm (n=2), 6cm (n=1) e 10cm (n=1). Obteve-se duas respostas que não correspondem a este critério, nomeadamente “ até início de fase activa do TP”. Um hospital permite sempre independentemente do estado da dilatação do colo uterino (Gráfico 13).



Gráfico 13 - Critério Dilatação

Dos que apontam o critério atividade uterina motora, a maioria, mais precisamente metade, especifica a fase activa do TP (n=6). Obteve-se ainda 3 contrações em 10 minutos (n=1) e contrações regulares (n=1). Um hospital permite sempre independentemente da atividade uterina motora e um hospital refere que a alimentação oral só é limitada em suporte de sofrimento fetal (Gráfico 14).

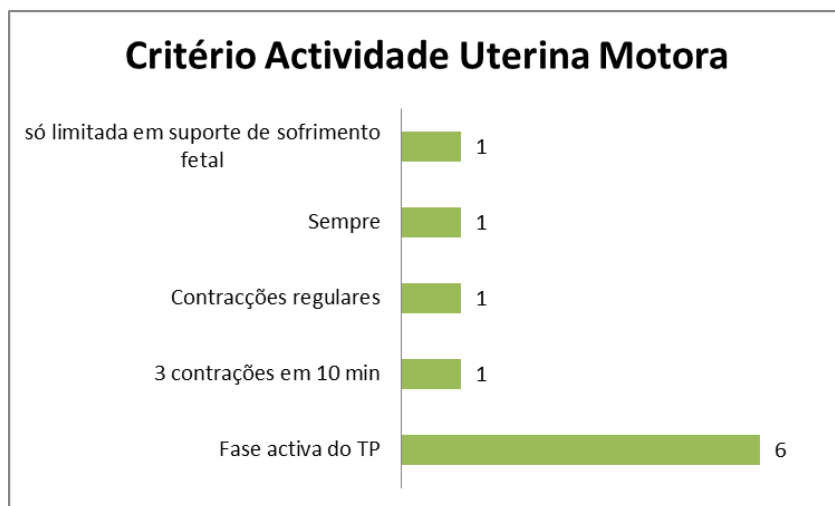


Gráfico 14 - Critério Atividade Uterina Motora

3.4.3 Relação entre alimentação oral e tipo de analgesia

Embora a maioria dos centros (n=24) não relacione a alimentação oral com o tipo de analgesia, verificaram-se especificações, como, quando com epidural e em fase ativa só é permitida alimentação de líquidos; interdita a alimentação oral no caso de ministração de opióides; não se utiliza alimentação oral pela necessidade eminente de qualquer atitude emergente durante o trabalho de parto (Gráfico 15).

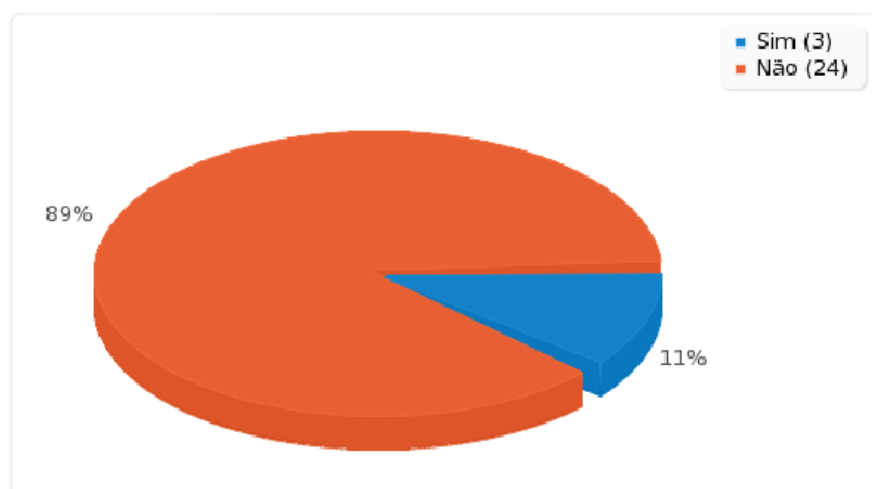


Gráfico 15 - Relação entre alimentação oral e tipo de analgesia

3.5 Deambulação e TP

3.5.1 Deambulação durante TP

Constatou-se que a maioria (86%; n=23) dos hospitais em estudo permite a deambulação e destes 19% fomentam-na. Apenas uma minoria (15%, n=4) não permite a deambulação durante o TP e o principal motivo prende-se com a analgesia epidural (Gráfico 16 e 17).

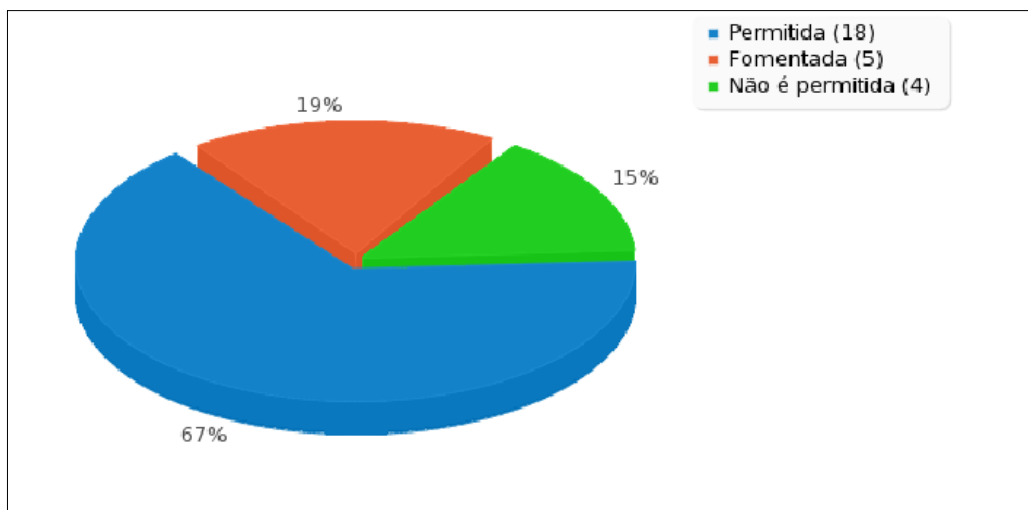


Gráfico 16 - Deambulação durante TP

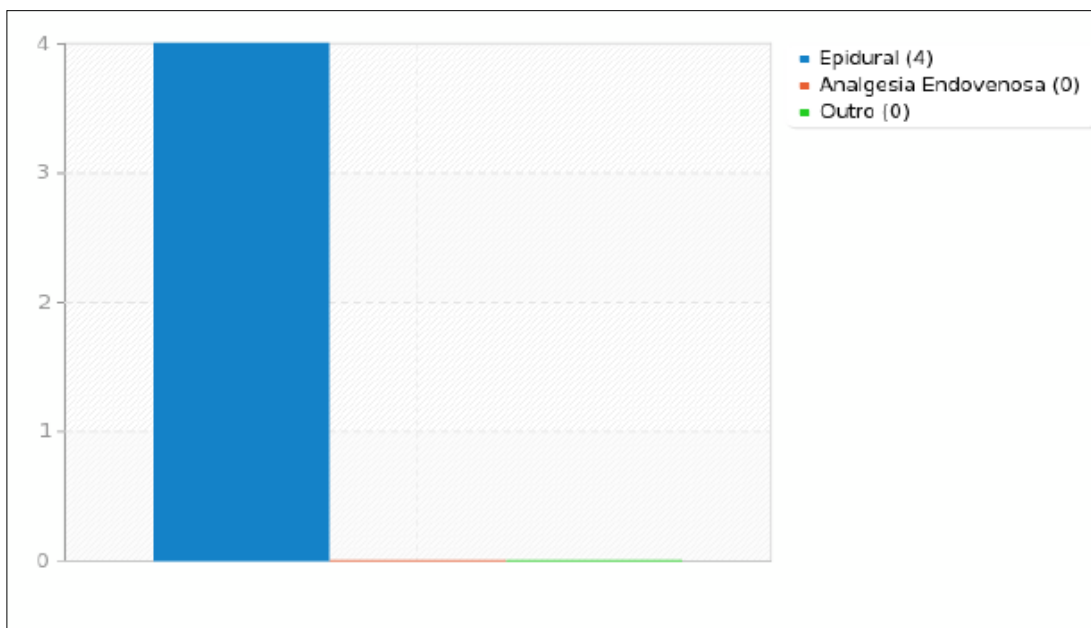


Gráfico 17 - Motivos pelo qual a deambulação não é permitida

3.5.2 Critérios para permissão de deambulação durante TP

Apurou-se que para estabelecer até que fase do TP é permitida a deambulação a maioria dos hospitais em estudo aponta o critério dilatação (n=17), o critério atividade uterina motora é apontado por 9 hospitais e o critério extinção por 7 hospitais (Gráfico 18).

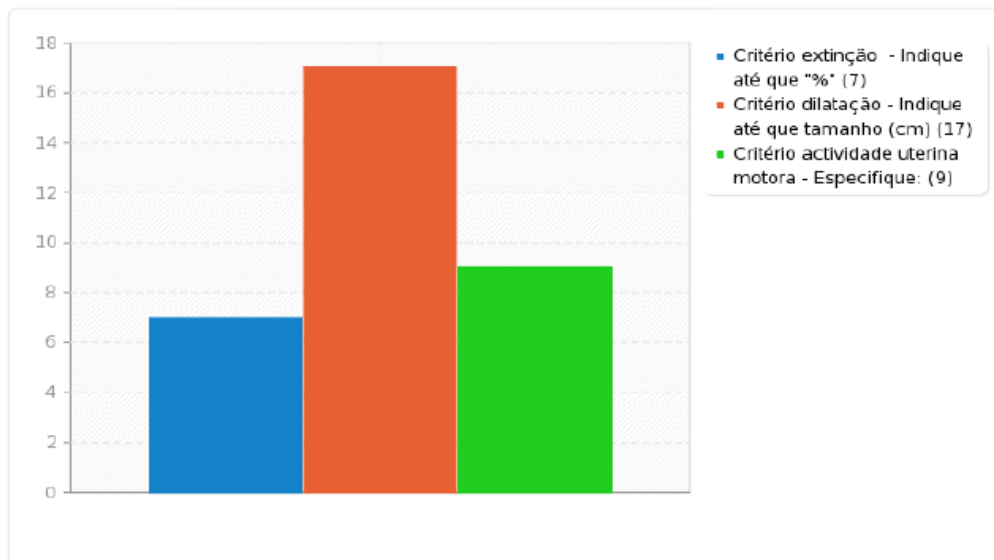


Gráfico 18 - Critérios para permissão de deambulação durante TP

Dos hospitais que apontam o critério extinção (n=7) temos respostas muito variadas, um hospital aponta 50% de extinção, um hospital entre 60-80% de extinção, um hospital até à rotura da bolsa de águas. Obteve-se ainda uma resposta que não corresponde a este critério, nomeadamente “até início da fase ativa do TP”. Dois hospitais permitem sempre independentemente do estado da extinção e um hospital afirma que há variabilidade inter equipas no que se refere a este critério (Gráfico 19).

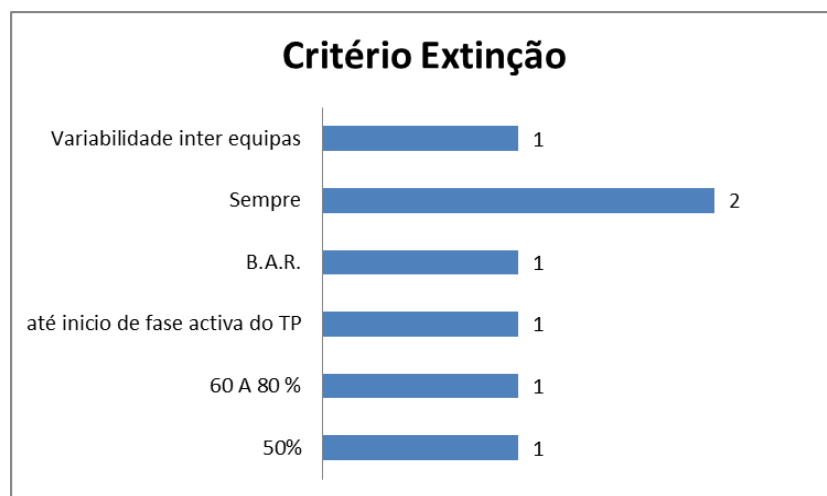


Gráfico 19 - Critério Extinção

Dos que apontam o critério dilatação, esta é variável mas assumindo uma maioria em torno de 4-6cm (n=4). Os restantes critérios de dilatação foram os seguintes 3-4cm (n=2), 6-7cm (n=2), 8-9cm (n=2), 10cm (n=2), até rotura das membranas (n=1), completa não havendo condicionantes obstétricos (n=1). Dois hospitais permitem sempre independentemente do estado da dilatação do colo uterino e um hospital afirma que a dilatação é variável de acordo com a tolerância à dor (Gráfico 20).



Gráfico 20 - Critério Dilatação

Dos que apontam o critério atividade uterina motora, obteve-se respostas muito variadas. Obteve-se respostas incluindo 3 contrações em 10 minutos (n=1) até início da fase ativa do TP (n=1), fase ativa condicionada pela rotura de membranas (n=1), dependendo de cada parturiente e equipa obstétrica (n=1), até ao período expulsivo (n=1) e se possível até as grávidas o desejarem (n=1). Dois hospitais permitem sempre independentemente da atividade uterina motora (Gráfico 21).

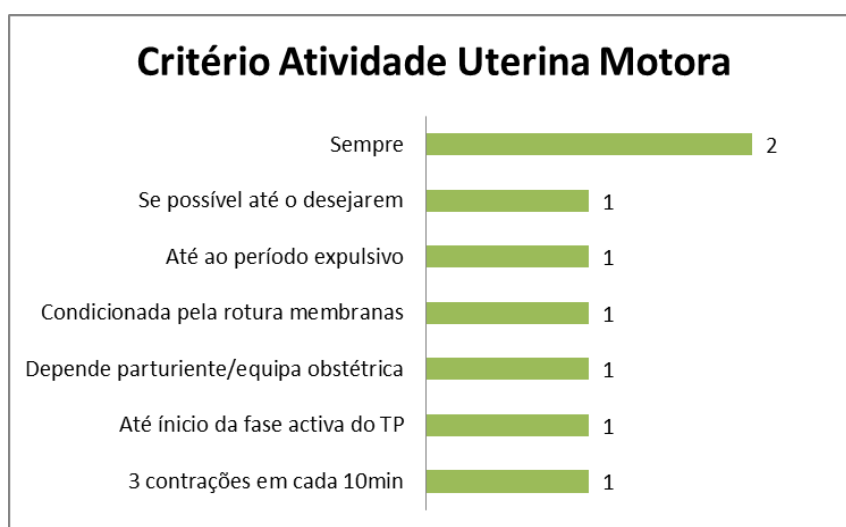


Gráfico 21 - Critério Atividade Uterina Motora

4. Discussão

Dos 34 centros hospitalares convidados a participar num questionário referente a partos realizados em 2012, 27 responderam (79,4%), o que constitui uma boa representação. Os Centros Hospitalares participantes localizam-se nas 5 regiões de Portugal Continental e ainda das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. A amostra compõe-se de centros hospitalares incluídos nas 4 tipologias (A1, A2, B1, B2) e 37% (n= 10) têm apoio perinatal diferenciado. Ainda em relação à amostra 41% tiveram menos de 1500 partos em 2012. Sendo uma amostra representativa do universo em estudo.

A dor, considerada como algo natural ou como uma experiência valorizada é reconhecida e esperada durante o parto em todas as sociedades, sendo considerada uma das variantes mais marcantes e melhor recordadas, que mais interfere negativamente com a experiência do parto.²¹⁻²³ Numa era em que, cada vez mais, se procura implementar o conceito de parto humanizado ou desmedicalizado, urge a necessidade de compreender as circunstâncias e reunir esforços para contrariar tal facto, uma vez que o alívio da dor do parto é já contemplado há vários anos pela DGS. Primeiramente em 2001, com o Plano Nacional da Luta Contra a Dor e, em 2008, com uma versão mais atualizada **do plano anterior, com o Plano Nacional de Controlo da Dor**, visando aumentar a oferta de analgesia para o trabalho de parto, nomeadamente com o uso da anestesia epidural.²⁴ As técnicas de analgesia que abordam o neuroeixo (Bloqueio epidural e subaracnoideu) constituem o método mais eficaz de alívio da dor durante o parto.²⁵ O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetria juntamente com ASA emitiram um parecer em que afirmavam de forma determinada que “o pedido materno é uma indicação médica suficiente para alívio da dor durante o parto e que a analgesia por via epidural é geralmente o método escolhido”.⁶ Verificou-se que em Portugal, dos centros hospitalares em estudo a maioria disponibiliza analgesia epidural sistematicamente (89%; n=24) e mesmo os restantes a disponibilizam em mais de 50% dos casos (11%; n=3). Há 3 centros que não disponibilizam sistematicamente a analgesia epidural, por indisponibilidade da equipa anestesiológica. Apesar de disponibilizada na generalidade dos casos, a real prevalência desta é entre 76-95% na maioria dos casos (59%; n=16) e 1 centro hospitalar tem uma prevalência baixa de analgesia epidural entre 6-25%. Dos quatro hospitais que têm taxas de epidural inferior a 75%, a maioria (n=3) são HAP de tipologia B, com um número de partos realizados inferior a 1500 partos/ano e com nutrição EV, todos permitem a deambulação e oferecem outros métodos não farmacológicos de analgesia (tabela 2). Perante estas analogias, hospitais com menor número de partos e de tipologia B são os que têm as mais baixas prevalências de epidural. Estas diferenças dever-se-ão possivelmente à menor disponibilidade de recursos, humanos e financeiros, indisponibilidade técnica em hospitais de menor dimensão e às dificuldades de organização do serviço que isso acarreta. Por outro lado, também quanto maior é o número de partos de um hospital, maior será a pressão dos utentes

para uma resposta eficaz à analgesia de parto, que se refletirá nas opções de gestão de recursos das direções.

Tabela 2 - Características dos hospitais que têm taxas de epidural <75%

Região do Hospital	Tipologia Hospitalar	Tipo de Apoio	Partos/ano	Nº métodos não farmacológicos	Deambulação	Nutrição
Algarve	A2	HAPD	>1500	5	Permitida	Per Os líquido
Lisboa e Vale do Tejo	B1	HAP	<1500	4	Permitida	EV
Centro	B2	HAP	<1500	4	Permitida	EV
Centro	B2	HAP	<1500	6	Permitida	EV

Salgado et al.,⁸ num estudo em Portugal em 2009, concluíram que dos 41 hospitais nacionais de então, 36,6% não tinham analgesia de parto sempre disponível e a média de analgesias de parto efetuadas foi de 63,9%, sendo 69,6% em hospitais centrais e 57,8% em hospitais distritais. Hospitais com menos de 1500 partos/ano tiveram uma média de analgesias de parto inferior (41,9%) relativamente aos com mais de 1500-2000 partos/ano (61,5%), e aos com mais de 2000 partos/ano (68,2%). Verificando-se então que tem havido um aumento da prevalência de analgesia epidural. Constatou-se também, no presente estudo, que todos os hospitais utilizam outros métodos farmacológicos quando a analgesia epidural não é realizável (recusa da parturiente, contra-indicação ou indisponibilidade técnica). A maioria (96,3%) utiliza opióides.

Apesar de existir evidência que as técnicas do neuroeixo são as mais eficazes em termos analgésicos, a melhoria da dor não se acompanha necessariamente de um nível de satisfação mais elevado. A satisfação materna é um processo multidimensional e complexo, envolvendo a sensação de controlo pessoal sobre a dor experienciada. Por outro lado, a perceção de controlo vai para além da tomada de decisões relativas à analgesia, envolvendo estratégias de coping como exercícios de relaxamento, técnicas de respiração ou técnicas cognitivas.⁴ Perante estas considerações, apurou-se que em Portugal dos centros hospitalares em estudo a maioria (85%; n= 23) utilizam métodos complementares à epidural. Constatando-se então que somente 4 hospitais, dos em estudo, não disponibilizam métodos complementares à epidural. Estes são hospitais de nível B1 e B2, HAP e a maioria realizam menos de 1500 partos/ano (n=3) e apresentam taxas de epidural entre 76-95% (n=3) (tabela 3).

Tabela 3 - Características dos hospitais que não têm métodos complementares à epidural

Região do Hospital	Tipologia Hospitalar	Tipo de Apoio	Partos/ano	% Epidural
Norte	B2	HAP	<1500	76-95
Lisboa e Vale do Tejo	B1	HAP	<1500	76-95
Centro	B2	HAP	<1500	51-75
Região Autónoma dos Açores	B1	HAP	>1500	76-95

Os restantes 24 disponibilizam uma variedade de métodos. Dentre os métodos não farmacológicos usados nos diversos hospitais, os exercícios respiratórios (n=23), relaxamento muscular (n=15), musicoterapia (n=14) são os 3 mais praticados. Banho de chuveiro/imersão, pilates e massagem lombossagrada também são com frequência utilizados. Perante estas considerações apura-se que HAP, de tipologia B, com baixo número de partos, não estão tão aptos na realização e oferta de métodos alternativos, seja pela falta de pessoal técnico com formação em métodos não farmacológicos para alívio da dor, seja pela falta de divulgação destes métodos uma vez que o número de partos reduzidos pode não justificar estas práticas. Enquanto hospitais HAPD de tipologia A centrais, com elevado número de partos, apesar de elevadas taxas de epidural, apostam cada vez mais nestes métodos para fornecer o melhor apoio possível à parturiente.

As aulas de preparação para o parto induzem auto-controlo.²⁶ As mulheres que frequentam cursos de preparação atribuíram a satisfação à sua capacidade de controlo, enquanto as parturientes que não frequentaram foram mais influenciadas pelos profissionais de saúde.²⁶ A explicação dos procedimentos, o envolvimento na escolha e sua realização foram classificados como muito importantes.²⁶ E todos os hospitais em estudo que disponibilizam métodos não farmacológicos fazem a sua promoção durante as aulas de preparação para o parto. Assim sendo reveste-se de extrema importância a sensibilização das grávidas para a participação neste tipo de aulas, com o intuito de reduzir a tríade tensão-medo-dor através de diferentes técnicas de relaxamento e respiração.²⁷

Uma forma adequada de mensuração da dor durante o trabalho de parto é indispensável para avaliar o conforto, a satisfação da parturiente e os métodos analgésicos utilizados.²⁸ O nível de concordância entre as perceções da mulher com o alívio fornecido e as perceções dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, difere bastante.²⁶ Para tal foram desenvolvidas escalas estandardizadas de avaliação da dor. Constatou-se que há uma grande divergência quanto há utilização dessas mesmas escalas durante o trabalho de parto. 37% (n=10) afirmam que as utilizam sistematicamente e 33% (n=9) afirmam que não as utilizam por sistema. Os hospitais que as utilizam sistematicamente em mais de 90% dos casos são

hospitais com mais de 1500 partos/ano estando a sua maioria (70%) incluídos na tipologia A e alguns com apoio perinatal diferenciado (tabela 4). Pelo contrário os hospitais que não as utilizam por sistema ou só nalguns casos compõem-se na sua maioria (81,8%) por hospitais de tipologia B, não havendo nenhum com apoio perinatal diferenciado (tabela 5). As diferenças regionais não foram significativas. Por isso conclui-se que hospitais centrais de tipologia A e com grande número de partos têm uma melhor organização no que diz respeito à utilização e promoção de escalas standardizadas para avaliação da dor durante o TP. Enquanto hospitais regionais e/ou de tipologia B com baixo número de partos não estão tão bem organizados no que diz respeito à promoção destas escalas. Não havendo então um protocolo institucionalizado para a utilização dessas mesmas escalas durante o TP, torna-se necessária a sua promoção especialmente junto dos hospitais de tipologia B e/ou com baixo número de partos, tentando colmatar o motivo para a baixa adesão, seja a falta de formação na área, seja pela equipa obstétrica mais reduzida, seja a falta de organização ou outro.

Tabela 4 - Características dos hospitais que utilizam sistematicamente (>90%) escalas standardizadas para avaliação da dor no TP

Tipologia Hospitalar	Tipo de Apoio	Partos/ano
A1	HAPD	>1500
A1	HAPD	>1500
A1	HAPD	>1500
A2	HAPD	>1500
A2	HAPD	>1500
A2	HAP	>1500
A2	HAP	>1500
B1	HAP	>1500
B1	HAP	>1500
B2	HAP	<1500

Tabela 5 - Características dos hospitais que não utilizam por sistema ou só nalguns casos escalas standardizadas para avaliação da dor no TP

Tipologia Hospitalar	Tipo de Apoio	Partos/ano
A2	HAP	>1500
A2	HAP	<1500
B1	HAP	>1500
B1	HAP	>1500
B1	HAP	>1500
B1	HAP	>1500
B1	HAP	>1500
B2	HAP	>1500
B2	HAP	<1500
B2	HAP	<1500
B2	HAP	<1500

Na assistência clássica ao trabalho de parto, é rotina restringir a nutrição oral e administrar fluidos intravenosos para prevenir ou tratar desidratação, cetose e falta de balanceamento eletrolítico.¹⁷ Esse uso rotineiro de fluido endovenoso pode ter efeitos adversos para o bem-estar materno como sobrecarga de fluidos, desconforto e restrição de movimentos, podendo

ainda causar no feto/recém-nascido hiponatremia, hiperglicemia e subsequente hipoglicemia.^{17,18} Embora a infusão intravenosa seja necessária em muitas circunstâncias obstétricas, para administração de medicamentos e anestesia, não é considerada substituto completamente seguro de alimento e líquidos no trabalho de parto.¹⁸

Recomenda-se, atualmente, que, na fase ativa do trabalho de parto, as gestantes de baixo risco devem ingerir pequenas quantidades de líquidos não espessos como água, sumo de frutas sem polpa, chá, café e refrigerante. No entanto, não existem estudos que informem qual a dieta nutricional adequada durante o trabalho de parto.¹⁶

Ao não haver conclusivos sobre a dieta adequada durante o trabalho de parto, a nutrição não segue um padrão de hospital para hospital, verificando-se vários protocolos. Em 44% dos casos (n=12) a nutrição é assegurada excluindo a via oral, apenas endovenosa e em 41% dos casos (n=11) *per os* mas apenas líquida e *ev se* necessária. Uma minoria (11%; n=3) asseguram a nutrição por via oral tanto de líquidos e sólidos e *ev se* necessário. Analisando-se os hospitais que só permitem alimentação EV verificou-se que não existe um padrão bem estabelecido. Estes são hospitais de várias regiões do país, das 4 tipologias hospitalares, com apoio quer perinatal quer perinatal diferenciado, metade com menos de 1500 partos/ano a outra metade com mais de 1500 partos/ano e ainda com prevalências de analgesia epidural dentro de um largo espectro de percentagens (tabela 6). Apenas 33,3% (n=4) destes não permitem a deambulação, o que não seria de esperar, visto que a deambulação requer nutrição não EV.

Região do Hospital	Tipologia Hospitalar	Tipo de Apoio	Partos/ano	% Epidural
Centro	B2	HAP	<1500	6-25
Centro	B1	HAP	>1500	76-95
Norte	B1	HAP	>1500	>95
Norte	A2	HAPD	<1500	>95
Centro	A1	HAPD	>1500	76-95
Alentejo	B2	HAP	<1500	>95
Norte	B1	HAP	<1500	76-95
Norte	B1	HAP	>1500	>95
Lisboa e Vale do Tejo	B1	HAP	<1500	51-75
Região Autónoma dos Açores	B1	HAP	>1500	76-95
Centro	B2	HAP	<1500	51-75
Norte	A2	HAPD	>1500	>95

Apurou-se ainda que para estabelecer até que fase do TP é permitida a alimentação oral a maioria dos hospitais em estudo aponta o critério dilatação (n=21), sendo essa dilatação variável mas assumindo uma maioria em torno de 3cm (n=6), 3-4cm (n=3) e 4cm (n=3). A

maioria (n=24) nega qualquer relação entre a alimentação oral e o tipo de analgesia. Tranmer et al.,²⁹ num estudo realizado em Ontario em 2005, compararam parturientes que estavam em restrição completa de líquidos ou sólidos e parturientes que podiam alimentar-se livremente, e concluíram que não foram encontradas diferenças clinicamente importantes em termos de partos eutócicos e distócicos, taxa de Apgar nos recém-nascidos, náuseas, vômitos, cetoacidose e duração do TP. Sendo assim beber e/ou comer durante o TP não teve impacto significativo sobre a incidência de partos distócicos e/ou desfechos maternos ou neonatais adversos. Num outro estudo mais recente realizado em Londres em 2009, O'Sullivan et al., investigaram o efeito da alimentação durante a gravidez, comparando parturientes que só ingeriram água durante o TP com parturientes que ingeriram uma dieta ligeira e obtiveram conclusões semelhantes uma vez que não foram encontradas diferenças clinicamente significativas em termos de partos eutócicos e distócicos, taxa de Apgar nos recém-nascidos, náuseas, vômitos e cetoacidose, também não houve diferenças consideráveis em termos de duração do TP (597min nas parturientes que se alimentaram vs 612min nas parturientes que só beberam água). Assim conclui-se que o consumo de uma dieta leve durante o parto não influenciou os resultados obstétricos ou neonatais nas participantes, nem aumentou a incidência de vômitos. As mulheres que têm permissão para comer durante o TP têm duração semelhante de TP e taxas de parto cirúrgico relativamente aquelas que só lhes é permitido o consumo de água.

Não havendo consenso em Portugal quanto à nutrição no TP e perante as considerações dos estudos citados, as mulheres devem ter a autonomia e a liberdade de escolher se querem ou não comer ou beber no TP, e ao fazê-lo não experimentar nenhum impacto adverso sobre o TP.

A relação funcional entre contração uterina, feto e pelve pode ser alterada pela posição materna. Dependendo da posição pode haver vantagem ou desvantagem no mecanismo do trabalho de parto por alterar o efeito da gravidade e da sua relação com as partes do corpo que são importantes para a progressão do trabalho de parto.³⁰ A posição horizontal muda a relação entre a pelve e a coluna vertebral. Nessa posição há uma compressão dos grandes vasos sanguíneos pelo útero, o que pode levar à hipotensão materna, sofrimento fetal e hemorragia durante e após o parto.³¹ Assim, quando a gestante adota uma posição verticalizada (em pé, sentada, de cócoras ou ajoelhada), o seu tronco pode ser ligeiramente flexionado, o que diminui a lordose lombar e permite que a ação da gravidade faça com que o útero se projete para frente, e fique apoiado na musculatura abdominal, provocando o seu alinhamento com o canal do parto. Quando a mulher está deitada não ocorre o movimento da pelve e o alinhamento do útero com o canal de parto, dificultando a progressão do trabalho de parto.³⁰ O objetivo da adoção de uma posição ereta foi a valorização das contrações uterinas e a condição fetal, bem como a promoção de conforto maternal.¹² No entanto, embora a questão tenha sido frequentemente examinada, a alternativa ideal ainda não está clara.¹²

Em Portugal dos hospitais em estudo, a maioria (86%; n=23) permite a deambulação e destes 19% fomentam-na, correspondendo estes últimos a 2 HAPD tipo A1 com mais de 1500 partos/ano e epidural entre 76-95% e 3 HAP com menos de 1500 partos/ano estando bem de acordo com a generalidade dos mais recentes estudos (tabela 7). Apenas uma minoria (15%, n=4) não permite a deambulação durante o TP e o motivo prende-se com a analgesia epidural. Dentre os hospitais que não permitem a deambulação, 2 são da região centro e 2 da região norte, a maioria B1 (n=3), HAP (n=3), todos com mais de 1500 partos/ano e altas taxas de analgesia epidural (tabela 8). Relacionando-se então esta restrição com as altas taxas de analgesia epidural.

Tabela 7 - Características dos hospitais que fomentam a deambulação

Região do Hospital	Tipologia Hospitalar	Tipo de Apoio	Partos/ano	% Epidural
Lisboa e Vale do Tejo	A1	HAPD	>1500	76-95
Norte	A1	HAPD	>1500	76-95
Lisboa e Vale do Tejo	B1	HAP	<1500	51-75
Norte	B2	HAP	<1500	>95
Alentejo	A2	HAP	<1500	>95

Tabela 8 - Características dos hospitais que não permitem deambulação

Região do Hospital	Tipologia Hospitalar	Tipo de Apoio	Partos/ano	% Epidural
Centro	B1	HAP	>1500	76-95
Norte	B1	HAP	>1500	>95
Norte	B1	HAP	>1500	>95
Centro	A1	HAPD	>1500	76-95

Ao longo dos últimos 20 anos houve um crescente interesse em avaliar o conforto da parturiente durante o TP e as preferências por posições neste período. Foi observado, na maioria destes estudos, que as mulheres preferiram adotar diferentes posições durante o início da primeira fase do trabalho de parto, isto é, até 4 cm de dilatação cervical. Porém, a partir de 5cm de dilatação, a grande maioria das mulheres preferiu ficar deitada.³²⁻³⁴

Verificou-se que para estabelecer até que fase do TP é permitida a deambulação a maioria dos hospitais em estudo aponta o critério dilatação (n=17), sendo essa dilatação variável mas assumindo uma maioria em torno de 4-6cm (n=4). Estando então as práticas portuguesas no que diz respeito à deambulação de acordo com vários estudos a nível internacional.

5. Considerações finais

Conclui-se com este estudo que em Portugal a prática da analgesia epidural está bastante generalizada com elevada prevalência no TP. Contudo apurou-se também que os métodos não farmacológicos de ajuda à parturiente são bastante praticados. Entre os 3 mais usados estão exercícios respiratórios, relaxamento muscular, musicoterapia. Tais métodos são de uma forma geral ensinados e promovidos durante as aulas de preparação para o parto. Conclui-se também que na maioria dos hospitais em estudo a deambulação durante o TP é permitida, apesar dos critérios para permissão da deambulação não obterem um consenso generalizado. Em relação à nutrição há grandes divergências e poucos estudos conclusivos que apontem para um modelo ideal.

Este estudo pretendeu colher uma visão panorâmica nacional em termos de analgesia, nutrição e deambulação durante o TP e relacionar o que se faz em Portugal com estudos e publicações científicas acerca do assunto. Seria desejável a realização de estudos prospetivos de colaboração, para comparar os resultados das diferentes práticas clínicas apuradas no presente estudo, criando suporte à elaboração de orientações para a prestação dos melhores cuidados à grávida a nível nacional.

6. Referências Bibliográficas

1. Christiaens W, Verhaeghe M, Bracke P. Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:268.
2. Davim RMB, Torres GDV, Melo ES. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007;15(6):1150-6.
3. Ferreira DQ, Souza E De, Camano L. Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto. *Femina.* Dez 2010; 38 (12).
4. Cunha ADA. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. *Femina.* Nov 2010; 38 (11).
5. Raynes-Greenow CH, Nassar N, Torvaldsen S, Trevena L, Roberts CL. Assisting informed decision making for labour analgesia: a randomised controlled trial of a decision aid for labour analgesia versus a pamphlet. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10:15.
6. American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice guidelines for Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology.* 2007;106:843-63.
7. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. Recomendações - anestesia em Obstetrícia. *Rev SPA.* 2010;19(4): 8-10.
8. Salgado, H; Crisóstomo, MR; Gonçalves, M. Analgesia de Parto em Portugal - um estudo nacional. *Rev SPA.* 2010;19:11-15.
9. Nesheim B-I, Kinge R. Performance of acupuncture as labor analgesia in the clinical setting. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(4):441-3.
10. Macario A, Scibetta WC, Navarro J, Riley E. Analgesia for Labor Pain. *Anesthesiology.* 2000;92(3):841-850.
11. Bhattacharya S, Wang T, Knox F. Analgesia for labour pain--analysis of the trends and associations in the Grampian region of Scotland between 1986 and 2001. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2006;6:14.
12. Souza JP, Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Maternal position during the first stage of labor: a systematic review. *Reprod Health.* 2006;3:10.
13. Mamede FV, Mamede MV, Maria L, Dotto G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery R Enferm.* 11(2):331-6.
14. Sabatino H, Dunn PM, Caldeyro-Barcia R. *Parto humanizado: formas alternativas.* (Campinas (SP): Ed Unicamp); 2000.
15. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8).
16. Melo C, Peraçoli J. Mensuração da energia despendida no jejum e no aporte calórico (mel) em parturientes. *Rev Latino-am Enferm.* 2007;15(4):612-617.

17. Sleutel M, Sherrod S. Fasting in labor: relic or requirement. *J Obs Gynecol Neonatal Nurs*. 1999;28(5):507-12.
18. Ludka LM, Roberts CC. Eating and drinking in labor: a literature review. *J Nurse Midwifery*. 1993;38:199-207.
19. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas 2012. *INE* 2014; 37.
20. CNSMCA. Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente. 2012.
21. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A. Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*. 2002;2 (XX):203-217.
22. Robson, KM, Kumar R. Delay onset of maternal affection after childbirth. *Br J Psychiatry*. 1980;136:347-353.
23. MaClean LI, McDermott MR, May CP. Method of delivery and subjective distress: Women's emotional responses to childbirth practices. *J Reprod Infantant Psychol*. 2000;18(2): 153-162.
24. Lopes JMC. Programa Nacional de Controlo da dor. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. 2008
25. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12).
26. Rajan L. Perceptions of pain relief in labour: the gulf between experience and observation. *Midwifery*. 9:136-145.
27. Bobak I, Lowdermilk D, Jensen M, Perry S. *Enfermagem na Maternidade*. 4ª ed. (Lusociência L (Portugal):, ed.); 1999:121, 174, 235.
28. Morisot, P, Boureau F. Evaluation de la douleur obstétricale par questionnaire d'adjectifs. Comparaison de deux modalités d'analgésie péridurale. *Ann Fr Anesth Reanim*. 1991;10:117-26.
29. Tranmer JE, Hodnett ED, Hannah ME SB. The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *J Obs Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34(3):319-28.
30. Fenwick L, Simkin P. Maternal positioning to prevent or alleviate dystocia in labor. *Clin Obs Gynecol*. 1987; 30(1):83-9.
31. Dunn PM. Obstetric delivery today: for better or for worse? *Lancet*. 1976;1:790-3.
32. Lugina H, Mlay R, Smith H. Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospitals. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2004;4:3.
33. Hemminki E, Saarikoski S. Ambulation and delayed amniotomy in the first stage of labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1983;15(3):129-39.
34. Melzack R, Bélanger E, Lacroix R. Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manag*. 1991;6:476-80.

7. Anexos

Anexo I:



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER

Processo: CE-FCS-2013-031

Data conclusão processo: 20-12-2013

Tema Projecto/Proponente: “*Suporte nutricional e Analgesia no Trabalho de Parto: a prática portuguesa*” – Exma. Sra. Tânia Gonçalves

Exmo. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

Apreciado o pedido referente ao processo acima mencionado esta Comissão não detectou matéria que ofenda os princípios éticos.

Covilhã, 20 de Dezembro de 2013

O Vice-Presidente da Comissão de Ética

Prof. Doutor Joaquim Viana

Anexo II:

Questionário

O presente questionário destina-se à recolha de dados para análise do tema

“Suporte nutricional e Analgesia no Trabalho de Parto: a prática portuguesa”

no qual se fundamentará a minha dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Este estudo tem como objectivo explorar a prevalência da anestesia epidural nos vários serviços de obstetria assim como a disponibilização de outros métodos de analgesia, alimentação fornecida e deambulação permitida durante o trabalho de parto.

Para o efeito solicito a colaboração do Serviço que V.Ex.cia superiormente dirige para o preenchimento deste questionário, encaminhando-o, se assim o entender, para o responsável pela Unidade de Urgência.

O seu preenchimento não deverá exceder 5 minutos.

Embora a recolha não seja anónima, dada a necessidade de emparelhamento dos dados, sê-lo-á a descrição dos resultados, que será feita de modo global atendendo à categoria, movimento e região onde se insere a sua instituição.

Investigadores:

Tânia Raquel Correia Gonçalves (aluna do 5º ano – Mestrado Integrado em Medicina), a22916@fcsaude.ubi.pt

Prof. Doutor José Martinez de Oliveira (coordenador), jmo@fcsaude.ubi.pt

Telemóvel 917577343

Prof. Doutor Paulo Duarte

Gratos pela sua colaboração

Quando solicitado assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que pretende seleccionar. Se possível e a não ter havido prestação assistencial fora do habitual, basear a resposta nos dados referentes a 2012, ou ano anterior.

Identificação do Hospital: _____

Nome de quem responde: _____

Cargo de quem responde: _____

1. Quantos partos foram realizados durante o ano ____ (2012, por defeito)

2. Quantos partos foram realizados durante o ano ____ (2012, por defeito) com **feto único em apresentação cefálica**

Em relação a estes últimos e **apenas a estes**, responda por favor às seguintes perguntas

3. Durante o trabalho de parto é feita à parturiente com regularidade a avaliação da dor utilizando escalas standardizadas:

Sim, sistematicamente (>90%) !__!

Sim, frequentemente (> 50% dos casos) !__!

Sim, nalguns casos (<50%) !__!

Não por sistema (<10% dos casos) !__!

4. A analgesia epidural é **disponibilizada/oferecida** à parturiente :

Sim, sistematicamente (>90%) !__!

Sim, frequentemente (> 50% dos casos) !__!

Sim, nalguns casos (<50%) !__!

Não por sistema (<10% dos casos) !__!

4.1 Indique o fator que limita a oferta sistemática da analgesia epidural:

A disponibilidade da equipa anestesiológica !__!

Outro _____

5. **Prevalência** do recurso à epidural no TP:

≤5% !__!

6-25% !__!

26-50% !__!

51-75% !__!

76-95% !__!

>95 !__!

6. Utilizam métodos analgésicos complementares à epidural:

Sim !__!

Por vezes, se a analgesia epidural se mostra insuficiente !__!

Não !__!

7. Nos casos em que a analgesia epidural não é realizável (recusa da parturiente, contra-indicação ou indisponibilidade técnica) utiliza outros **métodos farmacológicos**:

Opióides !__!
Óxido nitroso !__!
Outro_____

8. Para além dos métodos farmacológicos qual a oferta de outros **métodos não farmacológicos** de alívio/ajuda à parturiente, em complemento ou alternativa:

Exercícios respiratórios !__!
Relaxamento muscular !__!
Massagem lombossagrada !__!
Banho de chuveiro/imersão !__!
Hidroterapia !__!
Pressoterapia !__!
Aromoterapia !__!
Música !__!
Acupunctura !__!
Ioga !__!
Pilates !__!
Hipnose !__!
Terapia neural !__!
Outro(s)_____

9. Os métodos referidos na alínea anterior são explicados e promovidos durante o ensino e preparação para o parto:

Sim !__!
Não !__!
Não se aplica (não se disponibilizam) !__!

10. Durante o Trabalho de Parto a **nutrição** é assegurada:

Excluindo a via oral, apenas endovenosa (ev) !__!
Per os mas apenas líquida (ev se necessária) !__!
Per os mas só sólida (ev se necessária) !__!
Oral incluindo líquidos e sólidos (ev se necessária) !__!
Outra(s)_____

11. Até que fase do trabalho de parto é permitida a **alimentação oral**:

Critério extinção !__! até ___%

Critério dilatação !__! até ___cm

Critério actividade uterina motora: especificar _____

12. Está a **alimentação oral** relacionada/condicionada pelo tipo de analgesia?

Não !__!

Sim !__! => como _____

13. Durante o Trabalho de Parto a **deambulação** é:

Permitida !__!

Fomentada !__!

Não é permitida por

epidural !__!

analgesia endovenosa !__!

outra razão: _____

14. Até que fase do trabalho de parto é permitida a deambulação:

Critério extinção !__! até ___%

Critério dilatação !__! até ___cm

Critério actividade uterina motora: especificar _____
