

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**RELAÇÃO ENTRE A ANALGESIA E O PARTO
INSTRUMENTAL EM UMA MATERNIDADE DE
BELO HORIZONTE - MG**

Patrícia Lima

**Belo Horizonte
2013**

Patrícia Lima

**RELAÇÃO ENTRE A ANALGESIA E O PARTO
INSTRUMENTAL EM UMA MATERNIDADE DE
BELO HORIZONTE - MG**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Torcata Amorim

Belo Horizonte

2013

L732r Lima, Patrícia

Relação entre a analgesia e o parto instrumental em uma maternidade de Belo Horizonte - MG / Patrícia Lima – Belo Horizonte : [s.n.], 2013.

45 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Orientadora: Torcata Amorim

Bibliografia: f. 41-43.

1. Parto instrumental. 2. Dor. 3. Analgesia. I. Amorim, Torcata. II.

Universidade Federal de Minas Gerais. III. Título

NLM: QV 81

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Daniel, pela sua experiência, dedicação, disciplina e pelas palavras de incentivo.

Ao meu filho Eduardo, que acompanhou todo percurso.

A minha família e a família do meu marido por todo incentivo.

À minha orientadora Professora Torcata Amorim, por sua compreensão, bondade, competência e conhecimento.

A todos que direta ou indiretamente, contribuíram para realização deste trabalho.

“Tudo é individual no indivíduo, até a menor célula o que significa que a totalidade toma parte em todas as experiências e em todos os passados. Daí a possibilidade da procriação”.

(NIETZSCHE)

RESUMO

O presente estudo de abordagem quantitativa tem como objetivo avaliar a relação entre o uso de analgesia e o parto instrumental em uma maternidade de Belo Horizonte - MG. Os motivos que tornam a realização de um parto instrumental necessário são variados, dentre esses encontrou-se a perda de intensidade das contrações uterinas devido à utilização da analgesia, sendo conveniente acelerar a fase de expulsão do feto através da utilização de instrumentos como o fórceps e o vácuo extrator. Considerando o número expressivo de mulheres que utilizam a analgesia como recurso de alívio da dor durante o trabalho de parto e, os investimentos das instituições e do governo na disponibilização dessa tecnologia, torna-se importante conhecer as repercussões da analgesia em relação à variação das modalidades do parto vaginal. As informações para o estudo foram levantadas através da aplicação de formulário semi estruturado e consulta ao livro de registro de partos. O instrumento de coleta de dados foi elaborado buscando responder os objetivos do estudo. Os sujeitos da pesquisa foram as parturientes de um hospital de Belo Horizonte que utilizaram analgesia durante o trabalho de parto e evoluíram ou não para o parto vaginal instrumental. Os principais resultados apontam que entre as parturientes que receberam analgesia no período analisado, as que mais optaram por este método de alívio da dor tinham faixa etária entre 15 e 20 anos (34%) e, as primigestas foram em maior quantidade 59,85%. A relação entre o uso de analgesia e a evolução para o parto vaginal instrumental no período estudado foi que, 86% das mulheres que receberam analgesia evoluíram para o parto vaginal sem utilização de intervenção instrumental. Conclui-se que a relação entre analgesia e o parto instrumental é complexa e que a parturiente deve ter o conhecimento prévio sobre os seus riscos e benefícios, incluindo a possibilidade de o parto evoluir com a necessidade de intervenção instrumental e com necessidade de episiotomia. Entende-se que a administração da analgesia só aconteça quando esteja esgotada a possibilidade de utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Palavras Chave: Dor. Analgesia. Parto instrumental.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	Recursos não farmacológicos para alívio de dor no trabalho de parto e sua aplicação.....	12
QUADRO 2	Técnicas de analgesia para o controle da dor.....	14
GRÁFICO 1	Ocorrência de partos vaginais sem analgesia.....	30
GRÁFICO 2	Pacientes que receberam analgesia e sua relação com a intervenção instrumental.....	31
GRÁFICO 3	Partos que necessitaram de intervenção.....	31
GRÁFICO 4	Faixa etária das pacientes que optaram pela analgesia	32
GRÁFICO 5	Relação entre episiotomia e analgesia.....	33
GRÁFICO 6	Relação entre a episiotomia e a intervenção instrumental.....	33
GRÁFICO 7	Relação entre os partos com episiotomia e o tipo de intervenção.....	34
GRÁFICO 8	Número de consultas pré-natal das gestantes que optaram pela analgesia.....	34
GRÁFICO 9	Relação entre o número de gestações e a opção da gestante pela analgesia.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEE0	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
HSF	Hospital Sofia Feldman
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SBA	Sociedade Brasileira de Anestesiologia
SCIELO	Scientific Eletronic Librari Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de parto

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	Histórico das vias de parto.....	20
3	OBJETIVO.....	24
3.1	Objetivo geral.....	24
3.2	Objetivos específicos.....	24
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Apresentando o referencial metodológico.....	25
4.2	Sujeitos da pesquisa.....	25
4.3	Procedimentos.....	26
4.4	Aspectos éticos.....	26
5	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
5.1	Apresentação dos dados.....	27
5.2	Análise de dados.....	30
6	DISCURSÃO DOS RESULTADOS.....	36
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42
	APÊNDICE.....	44
	ANEXO.....	45

1 INTRODUÇÃO

A dor do parto é para a maioria das mulheres uma das grandes preocupações no momento de parir essa sensação dolorosa pode ser influenciada por fatores psicológicos, funcionais e emocionais. Quando estamos com medo, ficamos tensos e essa relação é diretamente proporcional ao aumento da dor, cuja intensidade varia de mulher para mulher e, depende do limiar de cada mulher. A sensação de dor também varia a cada gestação, pois sofre influência de diversos fatores: grau de relaxamento, intimidade com o ambiente, apoio de familiares e profissionais, cursos de preparação para o parto, gestação não planejada, ausência do companheiro ou de outra pessoa de sua escolha que lhe apoie não aprovação da família, dentre outras.

Esta dor se destaca entre as dores agudas ou crônicas porque, diferentemente destas, não esta associada a uma doença, mas sim a uma básica e fundamental experiência de vida: o início de um a nova vida (FERNANDES; ANDRADE, 2009).

A dor não controlada durante o trabalho de parto (TP) resulta em aumento nas catecolaminas circulantes, o que pode levar a diminuição do fluxo sanguíneo uterino, com alterações na frequência cardíaca fetal. As consequências endócrino-metabólicas dessa dor se assemelham a resposta ao trauma cirúrgico, com aumento na concentração plasmática de endorfinas, lactato e ácidos graxos, gerando acidose metabólica fetal e materna (FERNANDES; ANDRADE, 2009).

Dentro desse contexto, o processo de parir é intrínseco a mulher-mãe e ao meio em que ela está inserida, razão pela qual seu TP e parto podem ser vivenciados com maior ou menor intensidade. Nesse período onde o nascimento pode ser uma experiência negativa devido à forte intensidade das dores, vários métodos de alívio da dor podem ser utilizados pela equipe que presta a assistência à parturiente.

Entre esses métodos, os mais difundidos nas maternidades vinculadas a Rede Cegonha, que é um programa do Governo Federal, instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011, e que consiste em uma rede de cuidados que “visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e

puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a humanização da assistência ao parto e isso inclui o incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno, ao alojamento conjunto e presença de acompanhante. Ao proporcionar práticas favoráveis ao parto normal e ao nascimento seguro com menor percepção dolorosa, promove-se humanização do atendimento a gestante e isso é uma das recomendações do ministério da saúde (FREITAS; MEINBERG, 2009).

Promover alívio da dor utilizando os métodos não farmacológicos, não excluindo os métodos farmacológicos (FREITAS; MEINBERG, 2009). Os Métodos não Farmacológicos, utilizados durante o TP, são tecnologias de cuidado que envolve conhecimentos estruturados, mas que não necessitam de equipamentos sofisticados para sua utilização, podendo ser aplicados, até mesmo, pelo acompanhante de escolha da mulher (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

O uso desses métodos vem sendo alvo de estudos desde a década de 1960, entretanto, de maneira geral, passaram a ser introduzidos em algumas maternidades brasileiras a partir da década de 90, com o movimento de humanização do nascimento e com as recomendações do Ministério da Saúde (MS) para assistência ao parto (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010). Eles podem reduzir a percepção dolorosa no alívio da dor de parto, sendo considerado como métodos não invasivos, e podemos citar: Banho de chuveiro, Massagem, Exercícios respiratórios, Deambulação, Bola Bobath, Ambiente, Acupuntura, Aromaterapia e Cromoterapia e outros (DAVIM, 2007).

QUADRO 1

Recursos não farmacológicos para alívio de dor no trabalho de parto e sua aplicação

MÉTODO	APLICAÇÃO
Banho de chuveiro	A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente.
Massagem	A massagem é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio da dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.
Exercícios respiratórios	Os exercícios respiratórios no trabalho de parto têm a função de reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de O ₂ , proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade.
Deambulação	A deambulação é um recurso terapêutico utilizado para reduzir a duração do trabalho de parto, beneficiando-se do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica, que atuam na coordenação miométrial e aumentam a velocidade da dilatação cervical e descida fetal.
Bola Bobath	A bola Suíça é um recurso que deve ser utilizado com o objetivo de facilitar a adoção de postura vertical pela parturiente de forma confortável.
Ambiente	Pouca claridade, um ambiente tranquilo, repleto de harmonia, proporcionará à gestante um maior bem estar emocional, com isso ela poderá se sentir mais relaxada e conseqüentemente, com menos propensão à dor.
Acupuntura	A realização da acupuntura durante o trabalho de parto e o nascimento pode reduzir a necessidade do uso de medicamentos para dor ou de métodos mais invasivos para o alívio da dor. Essa terapia é eficaz e pode ser aplicada no trabalho de parto por pessoas treinadas, como os fisioterapeutas acupunturistas, que possuem formação profissional. Para diminuir a dor no trabalho de parto, o acupuntor utiliza as agulhas nos pontos responsáveis pela liberação de endorfinas.
Aromaterapia e Cromoterapia	Técnica que utiliza os óleos essenciais das plantas com fins medicinais. Sobretudo, para promover o relaxamento durante o trabalho de parto, mas também para alívio de dores nas costas lombares. Podem ser aplicados na pele através de uma massagem no banho ou em compressas. Na Inglaterra, a aroma terapia é muito utilizada nas salas de parto, especialmente por parteiras.

Fonte: GALLO et al., 2011, p. 42-44

A literatura tem registrado avanços notáveis no conhecimento sobre os recursos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto (GALLO et al., 2011). A efetividade desses métodos varia de mulher para mulher, pois a dor pode ser percebida de forma diferente, em maior ou menor intensidade avaliando todo um contexto de inserção da parturiente ao momento do trabalho de parto.

Nos casos em que não ocorre efetividade destes métodos, é recomendado utilizar os métodos farmacológicos, entre eles, a analgesia, um método moderno e

popular na prática obstétrica (FERNANDES; ANDRADE, 2009). Sua eficácia no controle da dor durante o trabalho de parto é indiscutível, além do alívio considerável que traz para as parturientes, entretanto não ausente de eventos adversos.

A adequada analgesia de parto pode beneficiar a mãe e o feto. A partir dela consegue-se controlar o exagerado aumento da frequência cardíaca, do débito cardíaco, e da pressão arterial maternas, resultantes de contrações uterinas dolorosas. Esse efeito se deve pela redução da liberação de secreção de catecolaminas maternas, pode também beneficiar o feto por cessar a hiperventilação materna em resposta a dor. A hiperventilação promove aumento do volume e do consumo de oxigênio na mãe. Isto resulta em hipocardia e alcalemia maternas, vasoconstrição umbilical importante e redução do fluxo sanguíneo umbilical e da tensão de oxigênio arterial fetal. Pode ocorrer desvio para a esquerda na curva de dissociação da hemoglobina, com aumento da afinidade do oxigênio pela hemoglobina materna, dificultando a sua transferência placentária para o feto. (FERNANDES; ANDRADE, 2009).

Embora seus benefícios sejam conhecidos e a analgesia seja amplamente aceita pelo aumento do conforto materno, possíveis efeitos indesejáveis ainda são motivo de controvérsia em relação a sua utilização. Entre os riscos temidos estão hipotensão arterial, prolongamento do TP, aumento da prevalência de mau posicionamento fetal, instrumentação do parto e necessidade de ocitócitos (FERNANDES; ANDRADE, 2009). Ao eliminar a dor excessiva durante o trabalho de parto e o parto, o anestesiolegista contribui para a humanização do atendimento ao trabalho de parto e deve procurar garantir (MARTINS; MARQUES; TOMÉ, 2002):

Um menor desgaste físico e emocional desencadeados pelo estresse e tensão gerados pela dor;

A estabilidade metabólica materno-fetal;

A postura ativa da mulher durante o trabalho de parto (deambular) e a possibilidade de escolha da posição do parto (horizontal ou vertical);

Fortalecimento do vínculo afetivo entre a mãe e o filho;

Aleitamento materno;

A redução no índice de cesarianas;

Satisfação e bem estar do binômio mãe e filho.

A deposição do anestésico local próximo às vias de condução nervosa permite uma boa analgesia seletiva, sem depressão do feto e permitindo a cooperação materna. Durante o trabalho de parto ou o parto, varias técnicas podem ser empregadas, sendo a analgesia regional método mais eficaz para o controle da dor e pode ser realizada com três diferentes técnicas:

QUADRO 2

Técnicas de analgesia para o controle da dor

(Continua)

NOME DA TÉCNICA	DESCRIÇÃO
RAQUIANESTESIA	<p>A raquianestesia é, sem dúvida, uma das anestésias mais realizadas na atualidade. Tem sido utilizada mais frequentemente para a realização de cesariana e em situações em que é necessário usar fórceps, ou até mesmo para partos normais no seu final (período expulsivo), permitindo a realização da episiotomia e a expulsão do bebê sem sentir dor. Variam em cada caso os tipos e as quantidades dos anestésicos empregados. Existem alguns anestésicos que podem ser utilizados, associados ou não com outros analgésicos. Uma das combinações mais comuns se dá com a morfina, um analgésico potente, que é usado em doses pequenas na raquianestesia, para promover um aumento do efeito analgésico (ausência de dor) por um período mais prolongado de até 24 horas. A associação com morfina pode levar a algumas consequências, como prurido (coceira pelo corpo) e retenção urinária. Para o bebê, as baixas dosagens não causam consequências relevantes e seus efeitos são praticamente inexistentes.</p>
ANESTESIA PERIDURAL E ANESTESIA PERIDURAL CONTÍNUA	<p>A anestesia peridural tem suas particularidades por apresentar um tipo de técnica e materiais diferentes dos utilizados na raquianestesia. O local da punção normalmente é o mesmo, o que torna o decorrer do procedimento semelhante, porém a agulha utilizada é mais calibrosa, necessitando sempre antes de anestesia local na pele, no local da punção. O termo peridural se refere ao local em que se dá a injeção do anestésico. O espaço peridural está localizado após o ligamento amarelo (tecido fibroso que fixa os corpos vertebrais) e imediatamente antes da dura-máter (membrana que envolve e protege a medula), o que faz desse pequeno lugar um espaço praticamente virtual.</p> <p>A anestesia peridural contínua é assim chamada, pois, no espaço peridural, é introduzido um cateter (conduto plástico), o que permite a injeção contínua de pequenas doses dos medicamentos, em vez da injeção em dose única, com a vantagem de menos efeitos colaterais para mãe e o bebê, podendo permanecer anestesiada por muito mais tempo, o que será útil nos casos em que o parto vai demorar ou quando ainda não se tem certeza se o parto será normal. Esse tipo de anestesia pode ser usado na fase inicial do trabalho de parto para alívio da dor (analgesia), ajudando-a, assim, a suportá-la. A anestesia peridural como anestesia única vem perdendo seu espaço em decorrência da maior dificuldade técnica e tempo para sua execução em relação à raquianestesia. Ultimamente, com o surgimento de novos anestésicos, esse tipo de anestesia tem sido resgatado por alguns anestesiológicos por apresentar maior estabilidade e segurança, sendo indicado também para certos procedimentos e em determinadas doenças.</p>

QUADRO 2

Técnicas de analgesia para o controle da dor

(Conclusão)

NOME DA TÉCNICA	DESCRIÇÃO
BLOQUEIO COMBINADO OU ANESTESIA COMBINADA	Este foi o maior avanço na assistência obstétrica, contribuindo enormemente para o sucesso e a satisfação do parto normal. Nas gestantes em que a dor é limitante para a evolução do trabalho de parto ou quando se necessita de um relaxamento melhor para a descida do feto, após discussão com a equipe médica, poderá ser indicada a analgesia de parto. Esta modalidade anestésica é realizada combinando-se a raquianestesia com a peridural contínua, técnica nova essa que permite um tempo prolongado de analgesia e com menos complicações, visto as baixas doses das drogas utilizadas. Esse procedimento pode ser realizado já em fases mais iniciais do trabalho de parto, quando a sua indicação não irá interromper a evolução do parto, pois não interfere na sua atividade motora, agindo apenas no sistema sensitivo condutor do estímulo doloroso, permitindo que a parturiente se movimente livremente e até ande, o que determina assim uma analgesia muito satisfatória e eficaz.

Fonte: BRASIL, 2001, p. 68-70

É direito de a mulher brasileira receber uma atenção durante o trabalho de parto, que ofereça possibilidades de controle da dor quando/se necessário, e garantido pelas Portarias do MS nº 2.815, de 1998, e nº 572, de 01 de junho de 2000, as quais incluem a analgesia de parto (BRASIL, 2000a). O uso da analgesia tem diversas vantagens, como aumentar o número de mulheres que se submetem ao parto vaginal, por ter a possibilidade de alívio efetivo da dor com segurança para o feto, principalmente em mulheres que já foram submetidas a um parto cesáreo anterior. Porém, não há consenso na prática obstétrica atual, acerca da relação entre a utilização da analgesia no parto com a utilização de instrumentação no momento de parir (Baraldi et al., 2007).

Um grande impasse na oferta da analgesia, para as mulheres em que os métodos não farmacológicos não foram suficientes para amenizar a dor, é a relação com a evolução do instrumental após analgesia ou seja a necessidade de utilização de um instrumento especificamente concebidos para isso. Uma vez que a analgesia pode estar relacionada com a parada de progressão do trabalho de parto e, se o parto já está em estágio avançado e parar de progredir, é perigoso para o feto ficar parado no canal de parto, então podem ser utilizados instrumentos para auxiliar a sua saída, transformando-o em parto instrumental.

O objetivo deste estudo é conhecer a associação entre a analgesia com o parto instrumental na maternidade Sofia Feldman. A realização de um parto instrumental

pode ser necessária para evitar situações de risco tanto para a mãe como para o feto, entre os riscos possíveis pode ocorrer perda de intensidade das contrações uterinas devido à utilização da analgesia, sendo conveniente acelerar a fase de expulsão do feto através da utilização de instrumentos especificamente concebidos para isso como fórceps, ventosa ou vácuo extrator (LEVENO; CUNNINGHAM; BLOOM, 2012). No caso da referida instituição de realização da pesquisa podem ser utilizados como instrumentos o fórceps ou vácuo extrator.

Considerando o número expressivo de mulheres que utilizam a analgesia como recurso de alívio da dor durante o trabalho de parto, e os investimentos das instituições e dos governos na disponibilização dessa tecnologia, torna-se imprescindível conhecer as repercussões da analgesia em relação ao tipo de parto vaginal. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar a relação entre este método de alívio da dor com a evolução para o parto instrumental.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A busca pelo controle da dor durante o trabalho de parto tem longa história. Há relatos de uso de opiáceos, bebidas alcoólicas e poções inaladas, ingeridas ou aplicadas na pele da mulher em trabalho de parto na China antiga, Pérsia e na Europa da Idade Média. A civilização ocidental deu um grande salto em relação ao alívio da dor no trabalho de parto em 19 de janeiro de 1847, quando James Young Simpson usou éter diétilico para anestésiar uma parturiente que tinha deformação em sua pelve (FREITAS; MEINBERG, 2009). Na época, ele enfrentou intensa oposição da Igreja e também de obstetras, mas continuou promovendo o método. Simpson era uma dos profissionais mais conhecidos da Grã Bretanha, se não do mundo e reconheceu os problemas que gerava o uso do éter. Seria necessário pesquisar os efeitos dessa anestesia sobre o útero, os músculos abdominais, sua influência sobre a parturiente e seu feto e outras possíveis complicações após sua administração (CELESIA, 2004).

Somente em 1853 esta prática foi respeitada e aceita, quando John Snow, sob influência de Simpson aplicou clorofórmio na rainha Vitória, para o nascimento de seu oitavo filho, o príncipe Leopoldo. Porém, esta técnica de anestesia tinha contra indicações. O clorofórmio provocava hipotonia, hemorragia e depressão fetal. Simpson em sua busca por aperfeiçoar uma técnica de alívio da dor no parto teve um grande oponente Meigs. O centro da disputa entre os dois era a diferente interpretação sobre a natureza e o significado da dor do parto. Simpson acreditava que toda dor, inclusive a do parto era sem valor fisiológico. Meigs ao contrário afirmava que a dor do parto tinha seu propósito e que a dor era inseparável das contrações e que, qualquer droga poderia interferir (CELISIA, 2004).

Meigs também afirmava que o parto era um processo normal e que terminava bem e que os médicos não deveriam intervir com drogas poderosas e que alteravam o parto (CELISIA, 2004).

Até o século XVIII os estudos sobre a anatomia e a fisiologia da dor eram incipientes. Em 1850 após alguns estudos a maioria dos médicos apoiava a teoria de Meigs. Os profissionais dessa época tinham receio do uso principalmente do clorofórmio, pela atribuição de mortes maternas ao seu uso. A maior inovação de anestesia obstétrica ocorreu aproximadamente 50 anos depois, quando Vam

Steinbuchel criou uma técnica chamada TWILISTH SLEEP, ou seja, “sono crepuscular” (CELESIA, 2004). (Essa técnica combinava opióides com escopolamina para produzir amnésia e conforto para a mulher em trabalho de parto).

Até então os opióides não eram de grande utilização em obstetrícia, em grande parte, devido à dificuldade em sua obtenção. Esse produto tornou mais acessível em 1809 e em 1853 com o início da utilização de seringas e agulhas de metais, este avanço técnico permitiu a administração de opióides e facilitou a ampliação e melhorias da técnica “SONO CREPUSCULAR” (FREITAS; MEINBERG, 2009). Os médicos religiosos eram contrários à nova técnica assim como foram com a utilização do éter.

No período próximo a segunda guerra mundial a obstetrícia já havia ganhado grande destaque e sua reputação crescia como uma das mais excitantes e avançadas especialidades, as novas drogas e os novos métodos criados em obstetrícia levaram médicos e sociedade a reconsiderar sobre a importância do tema. Muito se evoluiu desde então: técnicas anestésicas, novas drogas, conhecimentos sobre fisiopatologia de mãe e filho e sobre a dinâmica do trabalho de parto foram esclarecidas (CELESIA, 2004).

As alterações que as técnicas descobertas desde 1847 provocavam sobre o organismo materno e fetal foram evidenciadas e a administração das técnicas modificadas com o intuito de minimizar os riscos e elevar as melhorias propostas para o alívio da dor no parto e os estudos sobre novas técnicas são realidade até nos dias atuais (CUNHA, 2010).

Com a evolução da medicina, entram em cena outros métodos de anestesia, como o bloqueio regional e a raquianestesia. Só que a taxa de mortalidade com esta técnica foi elevada, o que resultou no abandono do alívio da dor do parto até 1950. Este período ficou conhecido como um dos piores da anestesia obstétrica. Entre 1940 e 1950 foram introduzidos alguns anestésicos locais, como a lidocaína e a cloroprocaína, dando início ao uso da analgesia espinhal na obstetrícia. Outro fator importante foi a descoberta, em 1950, da bupivacaína, agente com propriedade ideal para analgesia eficiente e bloqueio motor discreto, eliminando os efeitos colaterais no bebê (CELESIA, 2004).

No final do século XX, no auge da era eletrônica, desenvolveu-se a anestesia peridural. Antes da década de 80, havia obstáculos de ordem prática para sua utilização generalizada. Os anestesistas haviam sido treinados originalmente para

possibilitar operações cirúrgicas, mas não para intervir durante um processo fisiológico.

No Brasil, a fase contemporânea iniciou-se em 1948 com a fundação da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) no Rio de Janeiro, destinada à divulgação e incremento da Anestesiologia em todo o território nacional. Os encontros científicos serviriam de escopo para a formação dos primeiros anesthesiologistas especializados em anestesia obstétrica: em lugar de exercer a função de anestesista, o obstetra apenas se restringia a exercer sua função primordial: o ato obstétrico cirúrgico, delegando ao anestesista o controle analgésico, motor e hemodinâmico da parturiente (VALE, 1998), primeiro relato de anestesia com cateter peridural lombar é de 1962, com o Dr. Reis Júnior (FREITAS; MEINBERG, 2009).

Porém, o marco decisivo para o avanço da analgesia, especialmente a obstétrica, foi a descoberta dos receptores opióides, em 1970. Este fato contribuiu para transformar a anestesia em analgesia de parto. A associação de opióides com pequenas doses de anestésico local promove analgesia eficiente e discreto bloqueio motor, permitindo a deambulação, ou seja, que a paciente consiga caminhar, tanto na técnica de bloqueio combinado raquiperidural, quanto na peridural contínua (FREITAS; MEINBERG, 2009).

Assim como em outros países, no Brasil a técnica de anestesia passou a ser domínio dos anesthesiologistas a partir da década de 1980, pela técnica peridural lombar em administração única ou contínua (que acompanha todo o trabalho de parto). A partir do ano 2000, além do domínio da analgesia peridural contínua, a técnica combinada raquiperidural passou a fazer parte da analgesia de parto no Brasil. Esta técnica contribuiu para a compreensão da importância da administração de soluções diluídas e tituladas de anestésicos locais, associados aos opióides. Além do mais, a prática da anestesia peridural teve que esperar até a década de 90, quando se dispunha de um número suficiente de praticantes, e também quando as técnicas mais sofisticadas de "peridural deambulante" que permite que a mulher possa ficar em posição vertical e até mesmo deambular depois de confirmada a eficiência da técnica de administração da analgesia, e essa é uma prática que tem sido estimulada com a introdução do conceito de humanização do trabalho de parto que visa adoção de uma postura ativa da gestante durante o processo de parturição (BRASIL, 2000 a).

Segundo o documento do MS, a humanização da assistência ao parto é um conjunto de condutas, procedimento e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal, oferecendo, portanto, bem-estar e segurança à parturiente. Entre estas medidas, a possibilidade de deambulação durante o trabalho de parto tem assumido um papel preponderante. O que foi um grande ganho das mulheres em relação à analgesia do parto normal. Ela proporciona o alívio da dor e não retira da mulher a possibilidade de deambular após sua administração (BASTOS, 2011).

2. 1 Histórico das vias de parto

O parto normal (parto vaginal) é o método fisiológico do nascimento, processo através do qual um útero gravídico, por meio de atividade contrátil, expulsa um feto (COX et al., 1971).

Na história, o parto era tratado como uma experiência divina e atribuída as deusas a responsabilidade por sua boa evolução. Na idade média as deusas deram lugar para as parteiras, estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio. O nascimento era considerado resultado da habilidade das parteiras, mas, acima de tudo do desejo de deus. A boa evolução do parto associava-se a algumas superstições, entre elas que o homem não poderia presenciá-lo. Somente a partir do sec. XVII alguns homens passaram a poder observar e participar do parto (COX et al., 1971).

O parto cesárea é definido como o nascimento de um feto por meio de incisão feita na parede abdominal (laparotomia) e na parede uterina (histerotomia). (LEVENO; CUNNINGHAM; BLOO, 2012). A origem do termo cesariana não está bem esclarecida, são sugeridas três explicações:

Na primeira, o imperador Júlio Cesar teria nascido por abertura do abdômen de sua mãe, e conseqüentemente, o procedimento teria se tornado conhecido como operação cesariana. Vários fatos tornam duvidosa esta explicação. Primeiro, a mãe de Júlio César viveu muitos anos após ter dado a luz ao imperador, no ano 100 A.C e até o final do séc. XVII a cirurgia era quase invariavelmente, fatal e também não há descrição por nenhum médico, deste procedimento realizado em seres vivos ou cadáveres antes da idade média (LEVENO; CUNNINGHAM; BLOO, 2012)

Na segunda explicação o nome da cirurgia teria origem em uma lei romana, supostamente editada no século VIII a.c. por Numa Pompilus, determinando que o procedimento fosse realizado na esperança de salvar a criança das mulheres que estivessem morrendo nas últimas semanas de gestação. Essa Lex regia (lei real), mais tarde se tornaria uma Lex cesárea, tendo o procedimento se tornado conhecido como cesariana (LEVENO; CUNNINGHAM; BLOO, 2012).

Na terceira explicação a palavra cesariana teria sua origem em algum momento da idade média a partir do verbo em latim caedere, (cortar). Esta explicação é bastante lógica, mas não se sabe a partir de quando teria sido aplicada a cirurgia (LEVENO; CUNNINGHAM; BLOO, 2012).

As primeiras cesarianas foram realizadas em gestantes mortas e, em sua origem, era realizada em benefício da criança com o sacrifício da mãe. Existia controvérsia religiosa acerca desse procedimento uma vez que, os muçulmanos se opunham à prática, enquanto a Igreja Católica a indicava para permitir o batismo da criança (MANDARINO, 2008).

O primeiro registro de cesariana na qual tenham sobrevivido mãe e filho data de 1500, na Suíça. Não foi realizada por um médico, mas pelo castrador de porcos, Jacob Nufer, marido da parturiente. Sua esposa encontrava-se há vários dias em trabalho de parto, assistida por parteiras, sem sucesso. Após conseguir permissão das autoridades, Nufer abriu o ventre da esposa em golpe único, como abatendo porcos, e extraiu seu filho vivo. A mulher sobreviveu e, posteriormente, deu à luz cinco filhos via parto vaginal (MANDARINO, 2008).

Embora haja referências a casos isolados de cesarianas em parturientes vivas antes do século XVI, somente em 1581 o parto cesáreo passou a ser considerado viável (CUNHA, 2010). Em quase todas as cesarianas realizadas por médicos sob anestesia geral, morriam o feto e/ou a mãe de hemorragia ou infecção a posterior. Somente após a técnica cesariana realizada pelo cirurgião italiano Porro (1877), com retirada fetal após histerectomia subtotal, foi possível que nem todas as parturientes submetidas à cesariana morressem de choque hemorrágico ou infeccioso. A grande mudança cirúrgica iniciou-se na Alemanha (1881), quando Ferdinand Kehrer suturou com sucesso o segmento uterino de parturiente sem necessidade de histerectomia. No século XX, acrescentaram-se novos conhecimentos básicos e clínicos: anatomia, fisiologia autonômica e cardiovascular, fisiopatologia da dor, novos anestésicos locais e adjuvantes (CUNHA, 2010).

O aprimoramento clínico-cirúrgico, transfusão sanguínea e o avanço na farmacologia de uterotônicos, antissépticos, quimioterápicos e antibióticos também tornaram a cesárea uma operação segura (LEVENO; CUNNINGHAM; BLOO, 2012).

Entre o parto normal e a origem da cesariana teve o surgimento do parto a fórceps (parto vaginal assistido ou parto instrumental). É o parto via vaginal, no qual se utiliza um instrumento cirúrgico semelhante a uma colher, que é colocado no canal genital da mulher, ajustando-se nos lados da cabeça do feto para ajudar a retirá-lo do canal de parto em casos de emergência ou sofrimento fetal. É utilizado quando o parto já está no final (LEVENO; CUNNINGHAM; BLOO, 2012).

A invenção do fórceps remonta ao século XVI ou XVII, tendo sido, ao que tudo indica, Chamberlain o primeiro a imaginar servir-se de uma pinça com articulação móvel para a extração da cabeça fetal (CUNHA, 2010). Em sua origem eram aplicados com fetos mortos ou sem chances de vida, com o objetivo de salvar a vida da mãe. Até o século XVII, o parto obstruído era conduzido com craniotomia e embriotomia, através de ganchos e perfuradores (CASTRO; PINHEIRO, 2003).

A utilização do fórceps obstétrico teve seu auge no início do século XX, quando, nos Estados Unidos, quase 50% dos nascimentos eram feitos com o auxílio do mesmo. Atualmente o fórceps são instrumentos de uso obstétrico e que devem ser utilizados no parto vaginal em casos de indicações maternas e fetais. As indicações maternas compreendem situações em que o parto deve ser ultimado para reduzir o risco da mãe, como as limitações funcionais da paciente ou para poupá-la de maior esforço. Na atualidade, permanecem válidas as indicações de proteger a mãe nos casos de cardiopatia (risco de descompensação pelo esforço do período expulsivo), as pneumopatias, em que a paciente tem sua reserva pulmonar diminuída e dificuldade em executar o referido esforço, e tumores cerebrais ou aneurismas, em que o esforço expulsivo pode ocasionar acidente vascular hemorrágico (CUNHA, 2010).

As indicações fetais, em que o parto deve ser ultimado para redução do risco, compreendem o sofrimento fetal e a parada de progressão durante o período expulsivo. A persistência dessas condições pode determinar o óbito fetal ou deixar sequelas irreparáveis. O sofrimento fetal pode ser diagnosticado pela ausculta fetal com o auxílio de recurso, que vão desde o clássico estetoscópio fetal de Pinard, sonar obstétrico à cardiotocografia. Hoje em dia, embora ainda carregue esse

estigma do passado, o fórceps é considerado um instrumento bastante seguro, quando empregado por um obstetra experiente (CUNHA, 2010).

Com a evolução da medicina surgiu um novo instrumento para o parto vaginal (parto instrumental), o vácuo-extrator. Este aparelho foi desenvolvido em 1954 por Malmstrom, o aparelho consiste em uma bomba conectada a uma cúpula a vácuo por tubos e fios que é acoplada a cabeça do feto, sobre a sutura sagital e cerca de três cm à frente da fontanela posterior, na direção da face, em seguida deve ser realizada tração positiva intermitente e coordenada com os esforços expulsivos maternos. Nos EUA o instrumento é conhecido como extrator a vácuo sendo na Europa descrito comumente como ventosa (LEVENO; CUNNINGHAM; BLOO, 2012).

Em comparação com o fórceps, as vantagens teóricas do extrator a vácuo são: dispensar a inserção das colheres de aço na cavidade vaginal; não requer que a cabeça fetal esteja posicionada adequadamente; provoca menos traumatismo; produz menor pressão intracraniana durante a tração do feto. O parto vaginal instrumental deve ser abandonado quando não houver evidência de progressão com tração moderada após cada contração, ou não houver iminência de parto após três contrações com aplicação correta por um obstetra experiente (CUNHA, 2010).

Da mesma forma, o parto vaginal sequenciado (vácuo seguido de fórceps) está associado a aumento da morbidade neonatal e materna, e deve ser evitado em favor da cesárea. A indicação do parto instrumental, devido a circunstâncias específicas em que se mostra superior à cesárea são parada de progressão e sofrimento fetal no período explosivo, justificando a grande frequência com que é praticado, entretanto, nas últimas três décadas ocorreram em nível mundial, uma diminuição de parto vaginal instrumental concomitante a um aumento do número de operações cesarianas (CUNHA, 2011).

Existe uma grande relação entre a analgesia e o parto instrumental. Essa relação se deve ao fato de que a analgesia pode provocar o insucesso da rotação espontânea, podendo também retardar o segundo estágio do trabalho de parto e enfraquecer os esforços expulsivos maternos (LEVENO; CUNNINGHAM; BLOO, 2012).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

- Analisar a relação entre a utilização de analgesia e a evolução para parto instrumental.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil das parturientes que optam pela analgesia;
- Identificar a prevalência da administração de analgesia em parturientes;
- Identificar a prevalência de partos instrumentais em parturientes que não utilizaram analgesia
- Relacionar a utilização de analgesia no trabalho de parto e o parto vaginal instrumental
- Levantar que tipo de intervenção foi utilizada nos partos instrumentais.

4 METODOLOGIA

4.1 Apresentando o referencial metodológico

Trata-se de um estudo transversal, retrospectiva, descritivo em que se observa, registra, analisa, correlaciona os fatos ou fenômenos, variáveis, sem manipulá-los, com o fim de buscar resultados úteis e fidedígnos.(DRIESSNACK, et al. 2007)

Para avaliar a relação entre a analgesia com a evolução do parto instrumental, adotou-se primeiro a pesquisa bibliográfica que procura explicar um problema a partir das referências teóricas em artigos, livros, dissertações, e outros. Assim, fez-se uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde sobre a temática em questão nos bancos de dados informatizados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Librari Online (SCIELO) e consulta manual dos periódicos da área. Utilizando os descritores: analgesia no parto normal, parto normal, assistência humanizada ao parto, parto vaginal instrumental.

A partir desta busca foram encontrados os artigos utilizados para subsidiar a revisão da literatura. Após reunir esse material, realizou-se uma leitura do tipo exploratória, e do tipo analítica. A partir daí foi possível uma maior familiaridade ao tema da investigação.

O estudo foi realizado na maternidade Sofia Feldman (HSF) que presta assistência materno-infantil para o SUS.

4.2 Sujeitos da pesquisa

Os critérios de inclusão da pesquisa foram as parturientes que receberam analgesia e que evoluíram para parto vaginal com ou sem utilização de instrumental e, as parturientes e as parturientes que não receberam analgesia e tiveram partos instrumentais.

Foram excluídas da pesquisa as mulheres que receberam analgesia e evoluíram para parto cesárea.

4.3 Procedimentos

Análise sistemática do livro de registro de parto e aplicação de questionário (APÊNDICE A), buscando responder os objetivos do estudo. Foram investigadas as mulheres que utilizaram analgesia durante o trabalho de parto evoluíram ou não para o parto vaginal instrumental no Hospital Sofia Feldman, no período de julho a setembro de 2012. Este período se justifica pela atuação da pesquisadora na assistência ao parto na referida instituição, atendendo as exigências para a formação de especialista, do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

4.4 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HSF CAAE: 17064013.3.0000.5132 e, após aprovação pelo referido comitê (ANEXO A), deu-se início ao levantamento dos dados, conforme recomenda as diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Apresentação dos dados

TABELA 1

Distribuição das parturientes de parto normal segundo utilização de analgesia e de instrumental no parto

(Continua)

	Julho	Agosto	Setembro	Total
Total de partos vaginais	432	498	557	1487
Parto Vaginal sem intervenção	274	334	361	969
Total de partos vaginais com	23	26	22	71
Parto Fórceps	17	15	15	47
Parto Vácuo Extrator	6	11	7	24
	3	2	1	6
Fórceps com analgesia	14	13	14	41
	1	2	0	3
Vácuo Extrator com analgesia	5	9	7	21
Total de partos vaginais com Analgesia	158	164	196	518
	136	142	169	447
Com intervenção	22	22	27	71

TABELA 1
Distribuição das parturientes de parto normal segundo utilização de analgesia e
de instrumental no parto

(Continua)

	Julho	Agosto	Setembro	Total
Total de partos com Episiotomia	24	18	27	69
	21	16	26	63
Episiotomia sem analgesia	3	2	1	6
	13	12	14	39
Episiotomia sem intervenção	11	6	13	30
Intervenção em partos com Episiotomia	13	11	13	37
Vácuo	0	1	1	2
15 A 20 anos	51	62	64	177
21 A 25 anos	54	39	57	150
26 A 30 anos	32	45	40	117
Acima de 30 anos	21	18	35	74
Total	158	164	196	518
Procedência				
Urbana	152	162	193	507
Rural	6	1	3	10

TABELA 1
Distribuição das parturientes de parto normal segundo utilização de analgesia e de instrumental no parto

(Continua)

	Julho	Agosto	Setembro	Total
Número de gestações das 518 gestantes que optaram pela analgesia				
1 Gestação		310		
2 Gestações		113		
3 Gestações		58		
4 Gestações		24		
Acima de 5 Gestações		13		
Total		518		
Número de consultas de Pré-Natal das 518 gestantes que optaram pela analgesia				
Mais de 06 consultas		296		
De 04 a 06 consultas		187		
Até 03 consultas		33		
Nenhuma consulta		2		

Fonte: Livro de registro de parto do HSF

5.2 Análise dos dados

Dos 1487 partos vaginais, 969 ocorreram sem que a parturiente recebesse analgesia e a utilização de analgesia foi 35% (518) parturientes optaram por receber analgesia.

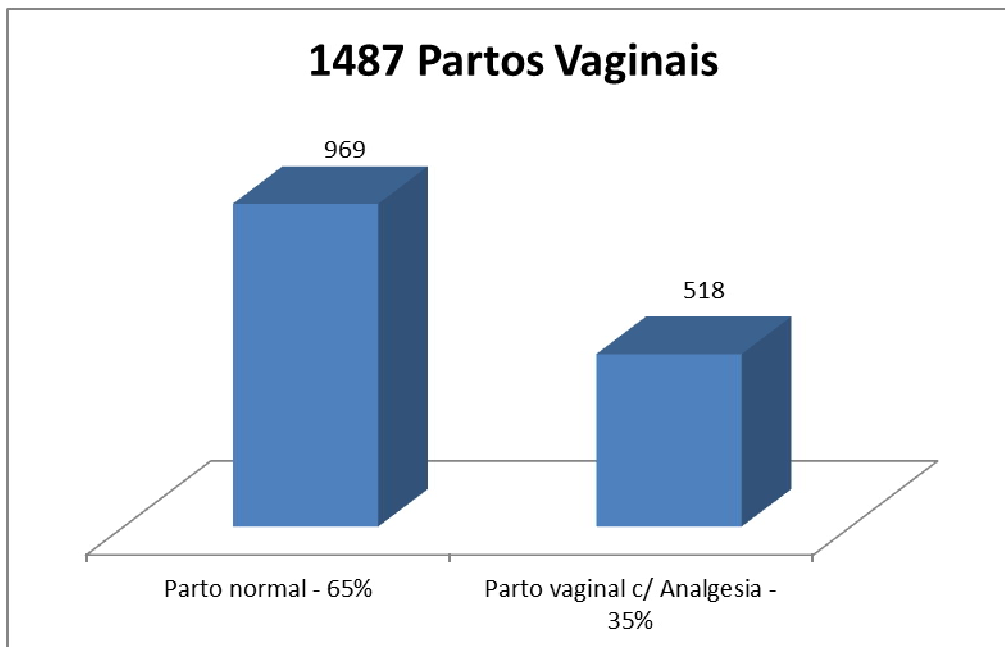


GRÁFICO 1 –Distribuição dos partos vaginais segundo utilização de analgesia
Fonte: Livro de registro de parto do HSF

A prevalência de partos instrumentais dentre os partos vaginais foi de 4,8%, sendo esta prevalência de 12,0% entre as parturiente que receberam analgesia e 0,9% entre parturientes sem uso de analgesia.

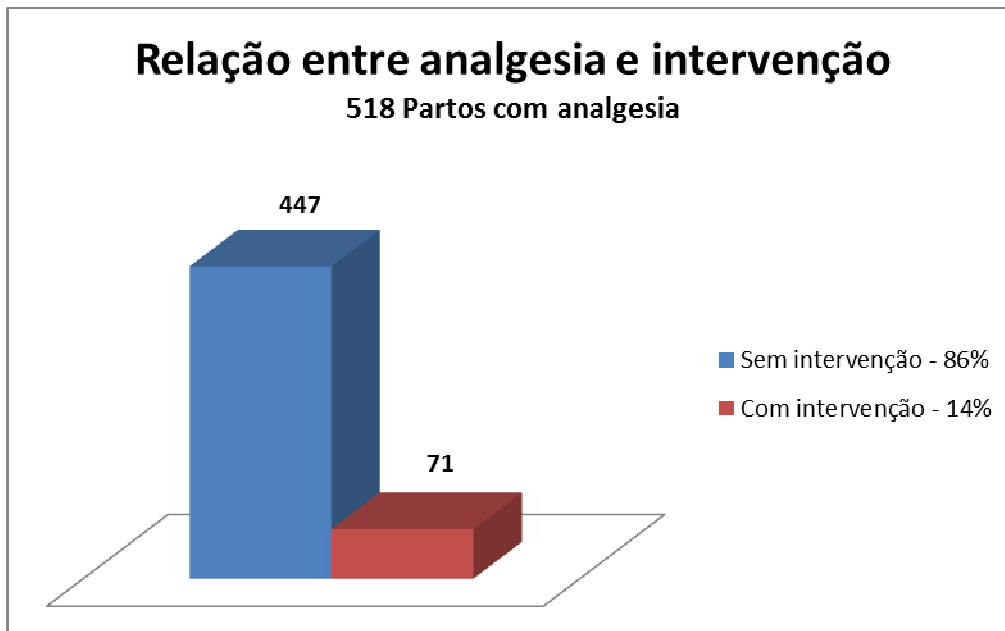


GRÁFICO 2 – Pacientes que receberam analgesia e sua relação com a intervenção instrumental

Fonte: Livro de registro de parto do HSF

Dos 71 partos que necessitaram de instrumental, 66% os partos tiveram o fórceps como Instrumental e 34% os partos tiveram o vácuo extrator como instrumento de intervenção. O fórceps foi o instrumento mais utilizado.

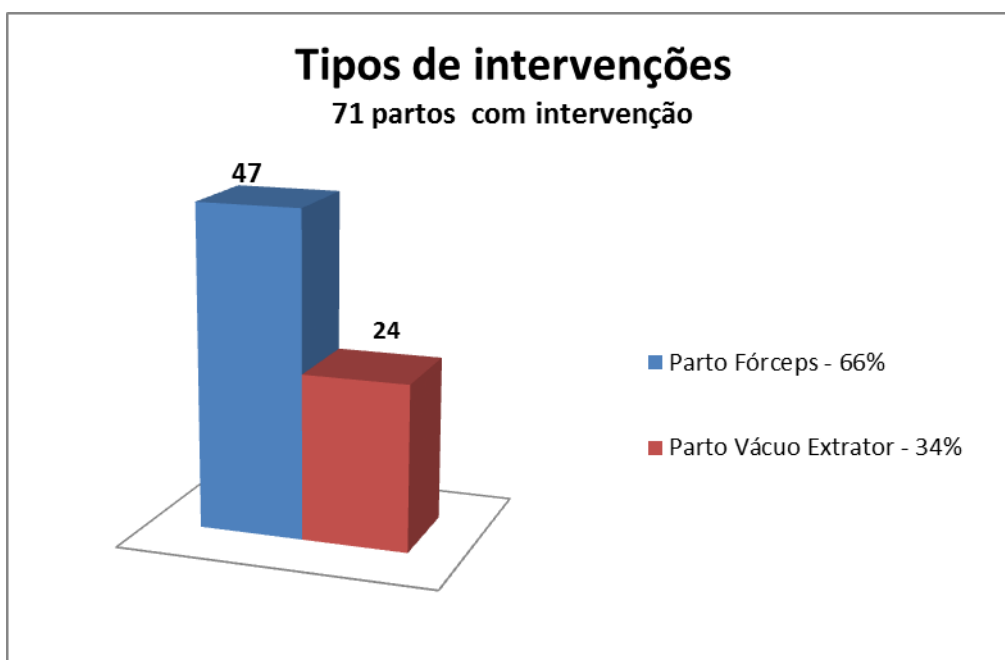


GRÁFICO 3 – Partos que necessitaram de intervenção

Fonte: Livro de registro de parto do HSF

Das 518 parturientes que optaram por analgesia 177 tinham idade entre 15 a 20 anos, 150 parturientes tinham idade entre 21 a 25 anos, 117 parturientes tinham idade entre 26 a 30 anos, e 74 parturientes tinham idade acima de 30 anos.

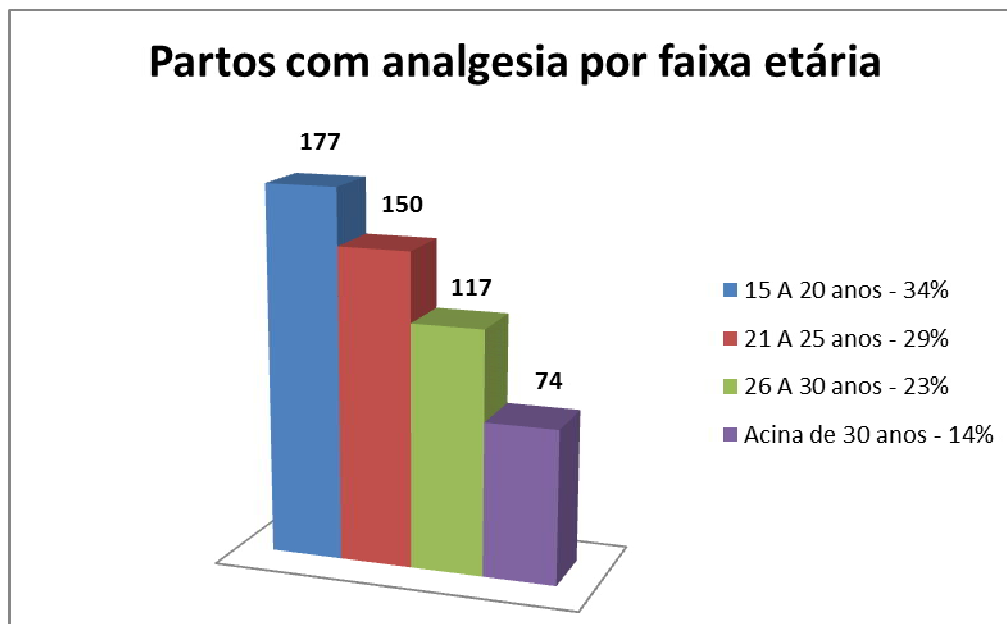


GRÁFICO 4 – Distribuição das parturientes segundo idade
Fonte: Livro de registro de parto do HSF

No total de partos vaginais a prevalência de episiotomia foi de 4,6%, sendo essa prevalência de 12,2% no grupo de parturientes que receberam analgesia e de 0,6% no grupo sem analgesia e de 55,0% no grupo de partos com uso de instrumental.

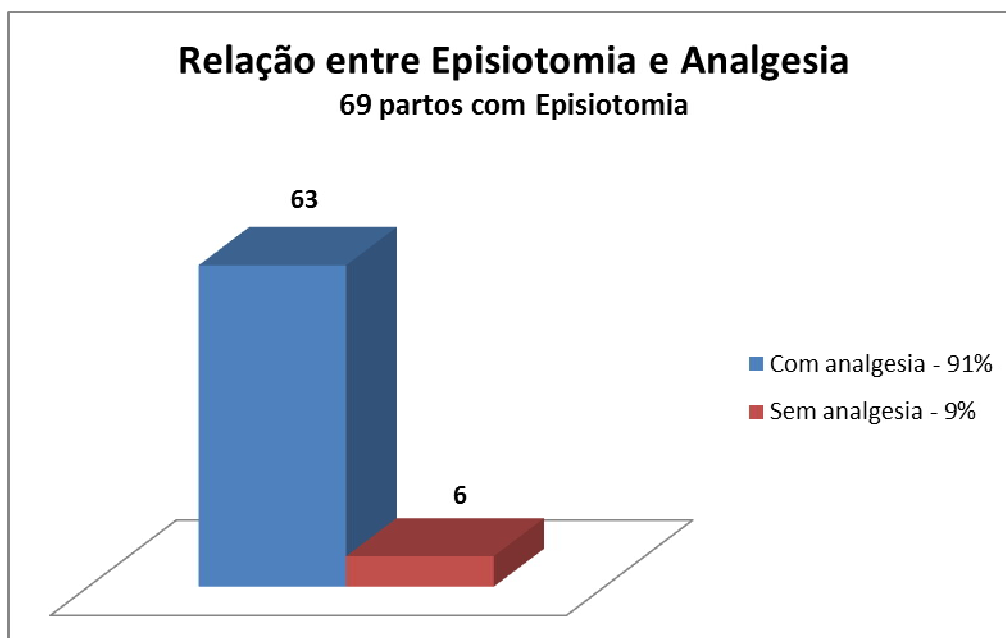


GRÁFICO 5 – Relação entre episiotomia e analgesia
Fonte: Livro de registro de parto do HSF

A prevalência de episiotomia entre os partos com uso de instrumental foi de 55,0%.

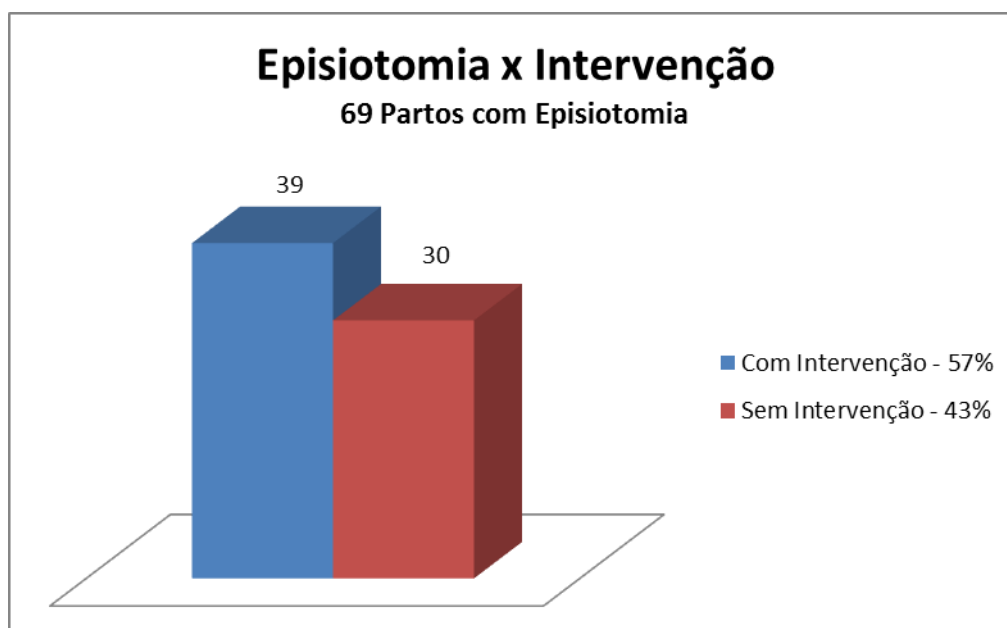


GRÁFICO 6 – Relação entre a episiotomia e a intervenção instrumental
Fonte: Livro de registro de parto do HSF

O número de consultas realizadas pelas gestantes que optaram pela analgesia foi de 296 realizaram mais de 6 consultas, 187 de 4 a 6 consultas, 33 realizaram 3 consultas e 0,39% nenhuma consulta.

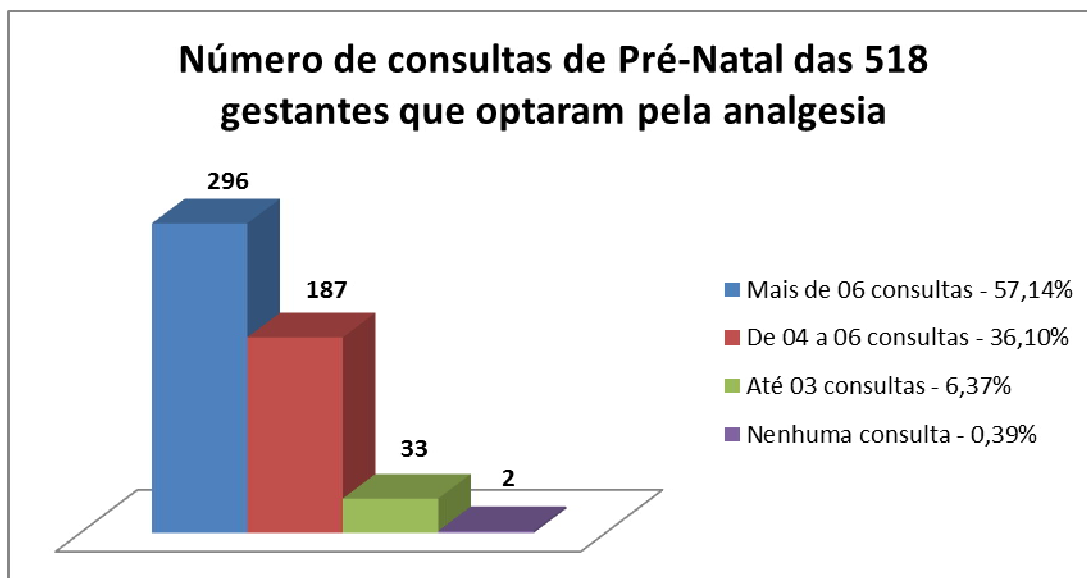


GRÁFICO 7 – Número de consultas pré-natal das gestantes que optaram pela analgesia
Fonte: Livro de registro de parto do HSF

Dentre as 518 parturientes as primigestas receberam 310 analgesias

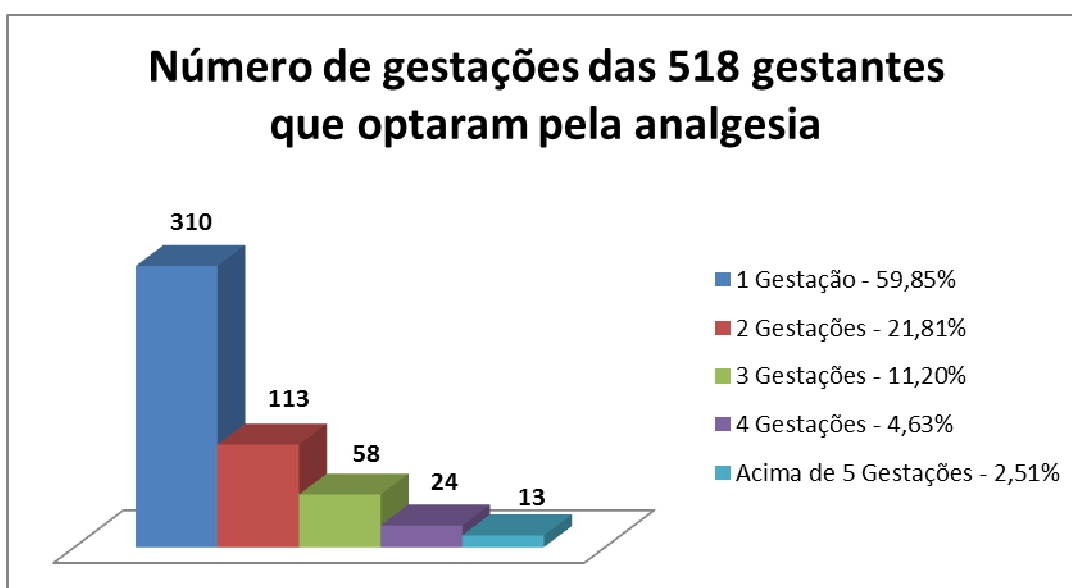


GRÁFICO 8 – Relação entre o número de gestações e a opção da gestante pela analgesia
Fonte: Livro de registro de parto do HSF

6 Discursão dos resultados

A prevalência de analgesia na instituição corresponde ao que preconiza o MS, que estimam uma frequência ótima, de aproximadamente 30% das gestantes que realizaram parto normal tenham acesso a medidas farmacológicas para o alívio da dor como analgesia. Preconizando que o ideal é que 100% tenham acesso a medidas não farmacológicas (BRASIL, 2001).

Conforme a literatura a relação entre analgesia e o parto instrumental é complexa. A incidência de parto vaginal instrumentado pode ser aumentada pela analgesia, embora essa prática varie muito entre equipes multiprofissionais que adotem práticas que permitem que a parturiente mantenha-se participativa em seu trabalho de parto, a dor do parto muitas vezes é amplificada por rotinas médicas como a imobilização (BASTOS, 2011; DINIZ, 2005).

Diversos autores têm relatado inúmeras vantagens apontadas quando a gestante se mantém em movimento durante o trabalho de parto, tais como uma evolução mais curta do trabalho de parto, menor compressão aorto-cava, menor intensidade dolorosa, melhor contratilidade uterina, além de elevada satisfação materna em decorrência da sensação de maior controle sobre a situação.

A possibilidade de deambulação durante o trabalho de parto tem assumido um papel preponderante. Diversas técnicas de analgesia espinhal têm sido utilizadas com sucesso, possibilitando a deambulação de gestantes durante o trabalho de parto (BASTOS, 2011).

Segundo Fernandes e Andrade (2009) e Freitas e Meinberg (2009), a utilização da analgesia do trabalho de parto, pode minimizar as consequências materno-fetais da dor excessiva experimentada por algumas parturientes e para o MS, a humanização da assistência ao parto é um conjunto de condutas, procedimento e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal, oferecendo, portanto, bem-estar e segurança à parturiente.

Não existe na literatura um consenso sobre a taxa ideal para intervenção instrumental no parto. No presente estudo observou-se que a ocorrência de partos instrumentais no período analisado foi relativamente baixa em relação ao número de gestantes que receberam analgesia.

Em relação ao tipo de intervenção mais utilizado no período, o fórceps foi o mais utilizado. Em relação a escolha do instrumento a ser utilizado, a literatura

mostra que, vários fatores influenciam se fórceps ou vácuo extrator será usado. Um fator é a habilidade e o nível de conforto do médico. Para o emprego do instrumento a perícia do médico é importante na redução do risco de lesões, isto é um fator importante. Formação e experiência. A posição do bebê vai contribuir para determinar qual é a melhor ferramenta, vácuo ou forceps. O vácuo é flexível e dependerá da posição da cabeça ser suficientemente baixo para criar a sucção necessária, Caso contrario, um forceps pode ser necessária. Além disso, se o bebê precisa ser girado para nascer, fórceps é o método mais eficaz. Há riscos com todas as intervenções médicas utilizadas durante o trabalho de parto. Médicos pesam esses riscos em fazer recomendações para os pacientes. No caso do vácuo extrator e fórceps, o médico determinará que o risco de usar essas ferramentas seja menor do que não fazer nada ou decidir uma cirurgia, cesariana. Em geral, ambos, o fórceps e vácuo são considerados mais seguros do que cesariana em muitas situações. (CUNHA, 2011)

O presente estudo não investigou os motivos que levam o obstetra a escolha do instrumento a ser utilizado.

Segundo a OMS (1996), a episiotomia é uma operação ampliadora para acelerar o desprendimento diante de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e iminência de laceração de 3º grau (BENTO, 2006). Sendo assim, alguns dos motivos que levam a realização de um parto instrumental também podem levar a necessidade de episiotomia. Para outros autores a finalidade clássica da episiotomia seria reduzir a probabilidade de lacerações perineais graves, enquanto a associação com o fórceps minimizaria o risco de trauma fetal, prevenindo hipóxia. Esse pressuposto passou a ser aceito como verdade incontestável e transcrito em diversos tratados de Obstetrícia em todo o mundo, embora não existissem evidências científicas confiáveis de sua efetividade e segurança (CASTRO; PINHEIRO, 2003; RIMOLO, 2011; BENTO). A proporção de episiotomia levantada neste estudo é elevada quando comparada com a estimativa da OMS que apesar de recomendar seu uso seletivo, não determinou a taxa ideal a ser atingida deste procedimento como uma política de saúde. De acordo com alguns autores, a OMS e o próprio MS, estimam uma frequência ótima entre 10 a 30 % do total de partos vaginais (BRASIL, 2001).

Quanto as variáveis sócio-demográficas observou-se no estudo que as mulheres com idade entre 15 e 20 anos foram as que mais optaram pela analgesia.

Este fato pode estar relacionado a ser este o intervalo de idade com maior número de partos, 34,17 %.

A gravidez na adolescência é um dos problemas de saúde reprodutiva mais relevantes no mundo. Estima-se que cerca de 15 milhões de adolescentes dão à luz a cada ano, o que corresponde a um quinto de todos os nascimentos. No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o percentual de nascidos vivos de mulheres com menos de 20 anos em 2005 representou 21,6%. Em outro extremo, principalmente em países desenvolvidos de 1970 a 2000, o nascimento entre mulheres com 35 anos ou mais aumentou de aproximadamente 5 para 13% de todos os partos. (GALLO; REIS; LEONE, 1995; SANTOS, 2009).

As primigestas foram as que mais optaram por este método de alívio da dor no período analisado. Para Almeida et al. (2012) e Pitangui et al. (2009) o fato de a primigesta estar vivenciando pela primeira vez o processo parturitivo, a sua percepção da dor do parto é maior, se comparada a multípara.

Em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes que optaram em receber analgesia, a maioria realizou mais de 6 consultas. O preparo adequado da gestante sobre o parto através de ações educativas em grupo ou individuais, durante as consultas de pré natal proporciona resultados positivos para a mãe e para o feto. As ações educativas podem proporcionar a inserção em sua problemática, para que, consciente dela, a gestante tenha consciência de suas decisões.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece o número mínimo de 6 (seis) consultas de pré-natal (BRASIL, 2002). Este programa fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério (BRASIL, 2002). A tranquilidade adquirida por meio da garantia de atendimento e o estabelecimento de vínculo entre a mulher e o profissional são quesitos importantes para a humanização da assistência e favorecem a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal, ao sentirem-se acolhidas (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005) A atenção pré-natal tem como objetivos principais: assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco. Essas medidas possibilitam a prevenção das

complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005; BESSA; MAMED, 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A analgesia no parto se destacou e ganhou grande espaço na medicina a partir de 1847, marco de sua primeira administração. Com a evolução da medicina e a descoberta de novas técnicas de aplicação, firmou-se na obstetrícia como possibilidade de alívio da dor no momento de parir.

Na atualidade governos e instituições tem investido muito na assistência ao parto e nascimento, buscando fazer com que esta experiência seja exitosa, com boas lembranças e que a mulher seja participante do processo. Para isso tem-se buscado oferecer métodos não farmacológicos ou farmacológicos de alívio da dor porém, Cabe ressaltar que os mais indicados são os métodos não farmacológicos conhecidos como métodos naturais.

A efetividade desses métodos varia de mulher para mulher, pois a dor pode ser percebida de forma diferente, em maior ou menor intensidade, avaliando todo um contexto de inserção da parturiente desde o pré-natal ao nascimento. Nos casos em que não ocorre efetividade dos métodos não farmacológicos, é recomendado utilizar os métodos farmacológicos, entre eles, a analgesia.

O uso da analgesia tem diversas vantagens, como aumentar o número de mulheres que se submetem ao parto vaginal, devido ao alívio efetivo da dor. Porém, a sua utilização pode levar a necessidade do uso de instrumentos para auxiliar o período expulsivo, conforme provou o presente estudo, apesar do baixo percentual.

Parece existir relação entre a analgesia e o parto vaginal instrumental ,porém, é preciso novas análises para elucidar esta relação . Após reflexão dos achados alcançados no presente estudo é possível perceber que em relação a analgesia no parto normal, é necessário que equipe que presta assistência a gestante desde o início do pré natal, ações educativas e informe as mulheres sobre a fisiologia do processo parturitivo, enfatizando as diversas estratégias que podem proporcionar maior bem estar e alívio da dor na hora de parir. As informações devem ser repassadas de forma clara e objetiva empoderando a gestante, para que ela seja a protagonista em seu trabalho de parto e parto. Deve-se também orientá-a e encorajá-la para construir o seu plano de parto e que ela tem liberdade de solicitar que atendam seus desejos no processo parturitivo e que deve participar das condutas que estão sendo tomadas. O estudo aponta que um terço das parturientes

receberam analgesia intra parto e que a maioria eram mulheres jovens, primiparas e que fizeram um número adequado de consultas de pré natal.

Conclui-se que a relação entre analgesia e o parto instrumental é complexa e que a parturiente deve ter o conhecimento prévio sobre os riscos e benefícios da sua utilização, incluindo a possibilidade de o parto evoluir para o parto instrumental, com necessidade de episiotomia. Entende-se que deve ser avaliada a indicação de sua administração, quando as medidas naturais de alívio da dor não apresentarem o efeito esperado e a parturiente solicitar um conforto maior para o alívio da dor.

Acredita-se que este estudo pode proporcionar ao profissional de saúde, gestantes e população em geral, uma visão mais ampliada sobre a utilização da analgesia durante o trabalho de parto e parto, tendo o conhecimento prévio de que é um direito da gestante mas, que é necessário reconhecer os riscos inerentes a sua aplicação, para a evolução do parto.

A enfermagem obstétrica tem um papel importante neste aspecto, pois pode atuar desde o pré natal ao acompanhamento do trabalho de parto e parto, apoiando a gestante, informando e empoderando essa mulher.

Cabe ressaltar que a literatura sobre a relação entre a analgesia e o parto instrumental é escassa, sendo necessários maiores estudos para ampliar o conhecimento sobre essa grande conquista da mulher em relação ao alívio da dor no momento de parir.

REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR. **Perspectiva de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal**. Florianópolis, Out-Dez 2012
- BASTOS, C. O. **Deambulação durante o trabalho de parto conduta e implicações anestésicas**. Campinas: Cothon Net, 2011.
- Baraldi ACP, Almeida AM, Panobianco MS, Mamede FV. **O uso da analgesia peridural em obstetrícia: UMA METANÁLISE**. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, jan/mar, 2007.
- BENTO, P. A. S.; SANTOS, R. S. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 552-559, dez. 2006.
- BESSA, L. F.; MAMEDE, M. V. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto?. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 24, n. 1/2/3, p. 11-22, jan./dez. 2010.
- BRASIL. Medida provisória n. 557, de 26 de dezembro de 2011. Institui o sistema nacional de cadastro, vigilância e acompanhamento da gestante e puérpera para prevenção da mortalidade materna, autoriza a união a conceder benefício financeiro, altera a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 de dez. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Resolução CNS 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 572/GM, de 01 de junho de 2000. Institui o componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF, 2000a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 11 maio 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa humanização do parto**: humanização do pré-natal e nascimento. Brasília: MS, 2002.
- CASTRO, D.; PINHEIRO, C. E. Utilização do fórceps obstétrico no Brasil e na Região Sul. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 96-100, abr./jun. 2003.
- CELESIA, C. Breve história de la analgesia em obstetrícia. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Buenos Aires, p. 122-125, 2004.
- COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.
- COX, S. M. et al. **Williams obstetrics**. 14th ed. New York: Apple Tom; Century-Crofts, 1971.

- CUNHA, A. A. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 12, p. 599-606, nov. 2010.
- CUNHA, A. A. Indicações do parto a fórceps. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 12, p. 549-554, dez. 2011.
- DAVIM, R. M. B. **Avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas para alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto**. 2007. 100f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Norte, 2007.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.
- DRIESSNACK, M.; SOUZA, V.D.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem **Revista Latino Americana de Enfermagem**; 2007 julho-agosto; 15(4).
- FERNANDES, M. L.; ANDRADE, F. C. J. Analgesia de parto: bases anatômicas e fisiológicas. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, Supl. 1, p. S3-S6, 2009.
- FREITAS, J. F.; MEINBERG, S. Analgesia de parto: bloqueios locorregionais e analgesia sistêmica. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, supl. 1, p. S7-S14, 2009.
- GALLO, R. B. S. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 41-48, jan. 2011.
- GAYESKI, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 774-782, out./dez. 2010.
- LEVENO, K. J.; CUNNINGHAM, F. G.; BLOOM, S. L. **Obstetrícia de Williams**. 23. Ed. Rio de Janeiro: Mcgraw Hill, 2012.
- MANDARINO, N. R. **Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto**: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão. 2008. 60f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2008.
- MARTINS, E.; MARQUES, M. J.; TOMÉ, J. Analgesia epidural obstétrica. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 18, p. 163-168, 2002.
- PITANGUI, A. C. R. et al. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 77-82, 2009.
- RIMOLO, M. L. **Critérios para realização de episiotomia**: uma revisão integrativa. 2011. 51f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- SANTOS, G. H. N. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.
- Vale NB - Sesquicentenário da Anestesia Obstétrica. *Rev Bras Anesthesiol*, 1998;48:424-440. [[Links](#)]

APÊNDICE A

Questionário para coleta de dados

<p>1 – Idade</p> <p>() Até 20</p> <p>() De 21 a 25</p> <p>() De 26 a 30</p> <p>() De 31 a 35</p> <p>() Acima de 36</p> <p>2 – Procedência</p> <p>() Zona urbana</p> <p>() Zona Rural</p> <p>3 – Paridade</p> <p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4 ou mais</p> <p>4 – Tipo de parto anterior</p> <p>() Normal</p> <p>() Cesárea</p> <p>5 – N° de consultas de pré-natal (Gestação atual)</p> <p>() 1 consulta</p> <p>() 2 consultas</p> <p>() 3 consultas</p> <p>() 4 consultas</p> <p>() 5 consultas</p> <p>() 6 consultas ou mais</p>	<p>6 - Analgesia</p> <p>() Sim</p> <p>() Não</p> <p>Desfecho do parto:</p> <p>7 - Fórceps</p> <p>() Sim</p> <p>() Não</p> <p>8 - Episiotomia</p> <p>() Sim</p> <p>() Não</p> <p>9 - Vácuo extrator</p> <p>() Sim</p> <p>() Não</p> <p>10 - Episiotomia</p> <p>() Sim</p> <p>() Não</p> <p>11 – Número de partos fórceps sem analgesia.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO A

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE A ANALGESIA E O PARTO INSTRUMENTAL EM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE MG

Pesquisador: Torcata Amorim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17064013.3.0000.5132

Instituição Proponente: Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 367.406

Data da Relatoria: 26/07/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa vinculada à conclusão do curso de especialização em enfermagem obstétrica da UFMG. Os autores pretendem analisar dados proveniente dos livro de registro de parto da maternidade do hospital Sofia Feldman no período entre Junho e dezembro de 2012.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a relação entre analgesia de condução e parto vaginal assistido (fórceps ou vácuo-estração)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não arrecada riscos considerando que utilizará de dados secundários e o anonimato dos sujeitos será garantido pelas autoras. O benefício do estudo constitui na elaboração de conhecimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante. As questões, que levaram à pendência do projeto, foram corrigidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto foi preenchido adequadamente

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 367.406

Recomendações:

Sem novas recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto já pode ser executada, uma vez que não há mais pendências do ponto de vista da ética em pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer de Relator 30/2013 CAE: 17064013.3.0000.5132

(favor citar esse número em suas comunicações com o CEP/HSF)

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) as pendências do Projeto de Pesquisa intitulado: Relação entre a Analgesia e o parto instrumental em Hospital Público de Belo Horizonte-MG das Pesquisadoras Torcata Amorim e Patrícia de Lima e o considerou APROVADO.

Reafirmamos que o relatório final deverá ser encaminhado ao CEP/HSF pela Plataforma Brasil ao término do estudo, para fins de conclusão do processo.

Atenciosamente,

Dra. Tatiana Coelho Loeps

Coordenadora do CEP/HSF

Belo Horizonte, 21 de Agosto de 2013.

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiinfeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 367.406

BELO HORIZONTE, 21 de Agosto de 2013

Assinador por:
Tatiana Coelho Lopes
(Coordenador)

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060
Bairro: Tupi CEP: 31.844-130
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 Fax: (31)3408-2218 E-mail: lep@sofiapfeldman.org.br