

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 1/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023	Próxima revisão: 31/10/2025
		Versão: 1	

SUMÁRIO

SIGLAS E CONCEITOS.....	1
APRESENTAÇÃO	2
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
JUSTIFICATIVA.....	6
OBJETIVO(S).....	9
EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	9
ELEGIBILIDADE DAS PARTURIENTES.....	10
APLICABILIDADE DESTE PROTOCOLO.....	10
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	11
ABORDAGEM INICIAL A PARTURIENTE.....	12
MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS.....	13
MÉTODOS FARMACOLÓGICOS.....	15
TÉCNICA DA ANALGESIA REGIONAL NO TRABALHO DE PARTO.....	16
MANUTENÇÃO DA ANALGESIA DE PARTO	19
CUIDADOS PÓS-ANALGESIA DE PARTO.....	25
MODELOS DE BOMBAS INFUSORAS PCA/PCEA/PIEB.....	27
CUIDADOS COM MANUTENÇÃO IC/PIEB/PCEA.....	28
ANÁLISE DE CUSTOS E IMPACTO ECONÔMICO DA APLICAÇÃO DESTE PROTOCOLO.....	29
APÊNDICES.....	30
ANEXOS.....	37
MONITORAMENTO.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
HISTÓRICO DE REVISÃO.....	41

1. SIGLAS E CONCEITOS

ASA: SOCIEDADE AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA

DPE: EPIDURAL COM PUNÇÃO DURAL

EBSERH: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

FC: FREQUÊNCIA CARDÍACA

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 2/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

HUPAA: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

INR: INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO

NEP: NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

NPLD – GHI: NO PAIN LABOR & DELIVERY-GLOBAL HEALTH INICIATIVE

PANI: PRESSÃO ARTERIAL NÃO INVASIVA

PCA: ANALGESIA CONTROLADA PELO PACIENTE

PCEA: ANALGESIA EPIDURAL CONTROLADA PELO PACIENTE

PIEB: BOLUS EPIDURAL INTERMITENTE PROGRAMADO

TALE: TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCLE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TENS: TRANSCUTANEOUS ELECTRICAL NERVE STIMULATION

TTPA: TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

2. APRESENTAÇÃO

2.1. Elaboração deste protocolo

Inicialmente foi feita a definição do escopo, tema e construção da pergunta norteadora da pesquisa que deu embasamento científico a este protocolo. A partir disto, foi construído um projeto de pesquisa com submissão à Plataforma Brasil para apreciação ética e liberação da pesquisa no HUPAA. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme parecer n 6.074.824 atendendo ao rigor necessário de um produto de mestrado. Após a aprovação foi designado um grupo de trabalho, denominado **grupo elaborador**, com profissionais médicos (um obstetra e dois anestesiólogos), três enfermeiras obstetras, uma fisioterapeuta obstetra e uma farmacêutica, que exercem cargos de liderança na Unidade de Saúde da Mulher, setor responsável pela maternidade do HUPAA. Para iniciar a construção do protocolo, foram realizadas reuniões presenciais com o **grupo elaborador**. Nestas reuniões, foram definidos a operacionalização do processo de elaboração do protocolo, os tópicos relevantes a serem discutidos e abordados e a redação do texto preliminar do protocolo. Em seguida, foi realizada pela pesquisadora principal uma busca de artigos nas bases de dados das plataformas PUBMED (MEDLINE), *Science of Direct*, *Cochrane*, *Web of Science* dos últimos cinco anos, com os descritores que representam a pergunta da estratégia de busca *“Parturientes (P) submetidas à analgesia de parto (I) em comparação com parturientes sem analgesia de parto (C) tem risco aumentado para parto cesariano (O)?”* Foram definidos como critérios de inclusão: artigo de pesquisa completo, estar publicado nos idiomas inglês, português ou espanhol. O critério de avaliação da qualidade dos estudos selecionados foi a aceitação de ensaios clínicos e revisões sistemáticas com ou sem metanálise extraídas da busca citada acima para dar embasamento científico ao protocolo. Foi

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 3/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

apresentada a redação do protocolo para aprovação, que passou por revisão de português. E, posteriormente, foi adaptado para o formato institucional, atendendo a Norma Zero da EBSERH, e mais uma vez, revisado pelo grupo elaborador.

2.2. Validação externa deste protocolo

O instrumento utilizado para validação externa do protocolo foi o AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation), uma ferramenta internacional desenvolvida pelo Consórcio AGREE, para a avaliação de protocolos, diretrizes clínicas terapêuticas e guidelines, já traduzida e adaptada para uso no Brasil, que avalia o rigor metodológico e a transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida. Ele é composto por 23 itens, organizados em seis domínios, onde cada um deles capta uma única dimensão da qualidade da diretriz (1. Escopo e finalidade; 2. Envolvimento das partes interessadas; 3. Rigor do desenvolvimento; 4. Clareza da apresentação; 5. Aplicabilidade; 6. Independência editorial), seguido por dois itens de classificação global (“avaliação global”) (AGRE Next STeps Consortium, 2009). Para entender melhor o conteúdo dos seis domínios pode-se acessar o endereço: www.agreertrust.org.

A avaliação do conteúdo ocorreu através da análise de experts escolhidos por meio de amostragem não probabilística intencional por conveniência e convidados a partir de critérios como a titulação (doutorado ou mestrado), experiência em obstetrícia nos últimos 3 anos e conhecimento da temática em estudo, além de publicações na área de obstetrícia, que somaram no mínimo quatro pontos. A avaliação dos currículos ocorreu utilizando-se de busca na Plataforma Lattes. Responderam o formulário doze experts, denominados no estudo como avaliadores A1 a A12, para preservar o anonimato, sendo: três médicos(as) obstetras, três médicos anestesiológicos, quatro enfermeiros(as) obstétricas e dois fisioterapeutas obstétricos.

A análise dos dados obtidos das avaliações dos Experts foi realizada por meio de cálculo da adequabilidade proposto pelo próprio AGREE II®. Para cada item avaliado, foi utilizada uma escala Likert de sete pontos, sendo o escore um (discordo totalmente) e o escore sete (concordo totalmente) (AGRE Next STeps Consortium, 2009). Para cada um dos seis domínios do AGREE II® se calcula uma pontuação de qualidade. A pontuação dada por cada avaliador foi tabulada no programa Microsoft Excel® (versão 16.76 2023) e foram realizados os cálculos conforme o AGREE II®. Para o cálculo da pontuação dos domínios, realizou-se o somatório de todas as pontuações dos itens individuais, escalonando o total como uma porcentagem de pontuação máxima possível para o domínio.

Segundo o Consórcio AGREE, essas decisões deverão ser tomadas pelo usuário e orientadas pelo contexto no qual o AGREE II está sendo utilizado. O grupo elaborador do presente estudo adotou um percentual de 70% de adequabilidade para cada domínio, para considerar o protocolo validado.

Além do cálculo de adequabilidade proposto pelo AGREE II, calculou-se o Coeficiente de Variação de Person (CVP). Este fornece a variação dos dados obtidos em relação à média. Portanto, quanto menor for o seu valor, significa que as opiniões dos avaliadores são mais

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 4/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

homogêneas e, conseqüentemente, as pontuações atribuídas pelos avaliadores. O coeficiente é considerado baixo quando menor ou igual a 25%, apontando um conjunto de dados homogêneos. O cálculo do CVP é dado pelo desvio padrão dividido pela média das notas (BRASIL; DA SILVA; MOURA, 2018)

Na ocorrência de domínio com resultado abaixo de 70% e/ou CVP maior do que 25%, o grupo elaborador decidiu fazer as modificações do protocolo e enviar para os avaliadores para reavaliação e novo cálculo de adequabilidade do domínio. O objetivo é alcançar o consenso no julgamento, contribuindo para a qualidade e a excelência do material apreciado (BRASIL; DA SILVA; MOURA, 2018).

2.3. Validação interna deste protocolo

O protocolo clínico interprofissional de analgesia de parto será submetido, após validação com os especialistas, a análise dos coordenadores dos serviços de obstetrícia e anestesiologia do HUPAA e, posteriormente, pela coordenação do Serviço de Controle de Infecção Relacionados a assistência a Saúde e Coordenação do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente com aprovação final pela chefia da divisão de Gestão do Cuidado (DGC). O documento final será disponibilizado para publicação no site do HUPAA.

2.4. Procedimento de revisão

A próxima revisão deverá ser realizada em dois anos através da criação de um grupo de trabalho determinado pela instituição.

2.5. Independência Editorial

2.5.1. Parecer do órgão financiador

Este protocolo não teve órgão financiador

2.5.2. Declaração de Conflitos de Interesse

Os membros do grupo elaborador declararam seus Conflitos de Interesse (vide Apêndice A).

3. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

3.1. Médicos(as) anestesiológicos: Deverão usar este protocolo para auxiliar as condutas referentes à tomada de decisão quanto ao uso da analgesia farmacológica após esgotados os recursos da analgesia não farmacológica; ter habilidade e conhecimento em anestesiologia e analgesia de parto; realizar avaliação prévia da parturiente quanto aos critérios de inclusão e exclusão, assim como a aceitabilidade quanto à realização do método farmacológico; aplicar questionário de fadiga materna; cumprir as etapas do protocolo para realização do método, assim como o acompanhamento durante o trabalho de parto até o nascimento do recém-nascido e a retirada do cateter peridural;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 5/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

3.2. Médicos(as) obstetras: Deverão usar este protocolo para auxiliar as condutas referentes a tomada de decisão quanto aos métodos não farmacológicos e farmacológicos; ter habilidade e conhecimento em obstetrícia e parto normal; realizar durante todo o trabalho de parto avaliações quanto à necessidade do método farmacológico caso haja falha dos métodos não farmacológicos propostos; acompanhar a evolução do trabalho de parto e realizar o preenchimento do partograma; aplicar questionário de fadiga materna, dialogar com a parturiente a respeito da aceitabilidade para o método farmacológico, caso seja necessário;

3.3. Enfermeiros (as) obstétricos(as): Deverão usar este protocolo para auxiliar as condutas referentes à tomada de decisão quanto aos métodos não farmacológicos; ter habilidade e conhecimento em obstetrícia e parto normal; realizar durante todo o trabalho de parto avaliações quanto à necessidade do método farmacológico juntamente com o(a) médico(a) obstetra e o(a) fisioterapeuta, caso haja falha dos métodos não farmacológicos propostos;

3.4. Enfermeiros(as) assistenciais: Deverão usar este protocolo para auxiliar as condutas referentes à tomada de decisão quanto aos métodos não farmacológicos; ter habilidade e conhecimento em obstetrícia e parto normal; realizar durante todo o trabalho de parto avaliações quanto à necessidade do método farmacológico juntamente com o(a) médico(a) obstetra e o(a) fisioterapeuta, caso haja falha dos métodos não farmacológicos propostos; acompanhar o trabalho de parto, aplicar questionário de fadiga materna, dialogar com a parturiente a respeito da aceitabilidade para o método farmacológico, caso seja necessário;

3.5. Técnicos de enfermagem: Deverão usar este protocolo para auxiliar as condutas referentes aos métodos não farmacológicos; ter habilidade e conhecimento em obstetrícia e parto normal; prestar assistência às parturientes quanto aos métodos não farmacológicos sob supervisão do enfermeiro(a) obstétrico(a) ou assistencial; auxiliar a equipe médica durante a realização dos métodos farmacológicos sob supervisão do enfermeiro(a) obstétrico(a) ou assistencial;

3.6. Fisioterapeutas obstétrico(as): Deverão usar este protocolo para auxiliar as condutas referentes à tomada de decisão quanto aos métodos não farmacológicos e prestar assistência às parturientes quanto aos métodos não farmacológicos; ter habilidade e conhecimento em obstetrícia e parto normal; realizar durante todo o trabalho de parto avaliações quanto à necessidade do método farmacológico juntamente com o(a) médico(a) obstetra e o(a) enfermeiro(a), caso haja falha dos métodos não farmacológicos propostos; acompanhamento do partograma, aplicar questionário de fadiga materna, dialogar com a parturiente a respeito da aceitabilidade para o método farmacológico, caso seja necessário;

3.7. Farmacêuticos(as): Gerenciar os processos de reposição de estoque, armazenamento, controle e dispensação dos medicamentos que fazem parte do protocolo, realizar análise de prescrição dos medicamentos que fazem parte do protocolo, para posterior dispensação; prestar orientações sobre o preparo e uso dos medicamentos que fazem parte do protocolo às equipes assistenciais.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 6/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

3.8. Psicólogos(as): Deverão prestar assistência às mulheres em trabalho de parto, principalmente àquelas com transtornos mentais ou descompensação emocional.

4. INTRODUÇÃO

A dor do parto é provavelmente a dor mais intensa que a maioria das mulheres suportará em sua vida (DE ARAGÃO et al., 2019; ZHAO et al., 2020). Apesar de a dor durante o trabalho de parto não ameaçar a vida da parturiente, traz consequências importantes para a mãe e para o feto (DE ARAGÃO et al., 2019)(TORRES; SOARES; PINHEIRO, 2017). As respostas fisiológicas à dor do parto vaginal influenciam o bem-estar materno e fetal, bem como a evolução do trabalho de parto (DE ARAGÃO et al., 2019; SNG; SIA, 2017).

A dor intensa durante o trabalho de parto causa aumento do consumo de oxigênio e secreção de catecolaminas, contração da artéria uterina, redução da perfusão placentária, hiperventilação da parturiente, desvio da curva de dissociação da oxi-hemoglobina e diminuição do suprimento do oxigênio fetal, desencadeando assim uma série de complicações, como contrações uterinas anormais, trabalho de parto anormal, acidose e sofrimento fetal (ZHOU et al., 2022). Ainda estão associadas à dor crônica: depressão pós-parto, vulnerabilidade psicológica e síndrome de estresse pós-traumático (TORRES; SOARES; PINHEIRO, 2017).

A melhor compreensão dos efeitos provocados pela estimulação dolorosa e sua repercussão negativa sobre a gestante e o feto, aliada a sínteses de novos fármacos e ao aprimoramento de materiais e técnicas anestésicas, proporcionou um grande impulso à analgesia em obstetrícia (TORRES; SOARES; PINHEIRO, 2017). Por isso, o uso de técnicas analgésicas para aliviar a dor do trabalho de parto tem se tornado cada vez mais frequente (DE ARAGÃO et al., 2019).

A experiência do parto é complexa e a eficácia do alívio da dor é apenas uma das muitas dimensões que podem afetar a experiência geral da mulher com o processo de parto e nascimento. Além do grau de alívio da dor, qualquer modalidade escolhida também pode impactar o senso de concentração, controle, bem-estar, satisfação e sentimentos de apoio da mulher e de seu parceiro (NANJI; CARVALHO, 2020).

Existem técnicas farmacológicas e não farmacológicas que podem ser oferecidas à gestante para o alívio da dor do trabalho de parto. Técnicas analgésicas não farmacológicas, tais como: hidroterapia, acupuntura e estimulação elétrica nervosa transcutânea estão disponíveis (DE ARAGÃO et al., 2019b), assim como exercícios de relaxamento e respiração, programas de educação pré-natal, aromaterapia e hipnose, entre outros (NANJI; CARVALHO, 2020).

A escolha apropriada do medicamento deve levar em consideração o estágio e a progressão do trabalho de parto, os protocolos de segurança locais e os efeitos colaterais materno e fetais/neonatais. A dor do parto é complexa e as mulheres devem participar totalmente do processo de tomada de decisão, antes que qualquer modalidade seja acionada (NANJI; CARVALHO, 2020). Dependendo das preferências particulares da mulher, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda analgesia epidural, opioides sistêmicos, técnicas de relaxamento e técnicas

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 7/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

manuais (como massagem) como opções de alívio da dor para mulheres em trabalho de parto (NANJI; CARVALHO, 2020).

Em 2013, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou as técnicas de analgesia neuro axial peridural e espinhal como sendo o padrão ouro para o alívio dessa dor. A analgesia de parto neuro axial bloqueia, parcial ou completamente, os efeitos da dor sobre o sistema cardiovascular e respiratório e promove conforto a parturiente por controlar, de modo efetivo, a dor associada as contrações, sendo, portanto, um recurso terapêutico eficaz e seguro para o binômio materno fetal (TORRES; SOARES; PINHEIRO, 2017). Portanto, as técnicas neuroaxiais modernas, para o início e manutenção da analgesia, permitem que a analgesia de parto seja fornecida com sucesso com excelente segurança materna e fetal/neonatal (NANJI; CARVALHO, 2020).

A analgesia neuroaxial para o trabalho de parto é um método seguro e comumente disponível em países desenvolvidos, que tem sido recomendado como uma abordagem proativa para parturientes durante o trabalho de parto (ZHAO et al., 2020). Baixas taxas de analgesia peridural de parto resultam em altas taxas de cesariana. Três estudos de grande impacto com aproximadamente 50.0000 parturientes liderados pelo No Pain Labor & Delivery-Global Health Initiative (NPLD-GHI), desde a sua criação na China, em 2008, confirmaram que a implementação dos serviços de analgesia epidural do trabalho de parto por 24h por dia durante 7 dias da semana, está correlacionada com taxas mais baixas de cesariana, uma vez que a analgesia aumentou de 1% para 31% em alguns hospitais ou regiões de 2007 a 2018 (ZHAO et al., 2021).

A indicação e o início da analgesia devem ser baseados na intensidade da dor. O início da analgesia deve ser individualizado e ocorrer quando a parturiente determinar que a dor se tornou elemento de grande desconforto, a fim de evitar respostas negativas no sistema respiratório, cardiovascular e gastrointestinal (TORRES; SOARES; PINHEIRO, 2017). No passado, a indicação do início da analgesia era suspensa até que a parturiente estivesse na fase ativa do trabalho de parto e a dilatação do colo do útero apresentasse 4 a 6 cm (TORRES; SOARES; PINHEIRO, 2017). Atualmente, com o uso de baixas concentrações de anestésicos locais junto com opioides, é possível iniciar a analgesia na fase latente do trabalho de parto, quando a dor se tornar incômoda, sendo, então, a solicitação da analgesia pela parturiente uma indicação suficiente para sua realização (SNG; SIA, 2017).

A epidural lombar tem sido usada para analgesia de parto desde a década de 1930 e continua sendo o padrão ouro. Estimativas recentes para 13 países de alta renda sugerem que as epidurais são usadas em 10 a 64% dos nascimentos, com o uso continuando a aumentar. As epidurais têm sido associadas ao trabalho de parto prolongado e ao aumento de taxas de parto cirúrgico/instrumental; no entanto, não está claro se esses efeitos são causais ou relacionados a um aumento da necessidade de analgésicos para um trabalho de parto mais difícil (HALLIDAY et al., 2022).

A proporção de nascidos vivos por cesariana na China é significativa, com algumas províncias particularmente rurais, relatando até 62,5% (DRZYMALSKI et al., 2021). Uma iniciativa No Pain Labor & Delivery-Global Health Initiative (NPLD-GHI) foi criada para melhorar os resultados

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 8/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

obstétricos e neonatais na China, inclusive com redução da taxa de cesariana por meio de esforços educacionais. É um projeto não governamental cujo objetivo é ajudar parturientes chinesas e seus profissionais de saúde sobre o uso seguro e eficaz da analgesia neuroaxial (ZHAO et al., 2020). De acordo com os dados coletados no Hospital de Obstetrícia e Ginecologia de Shijiazhuang, onde o projeto foi introduzido pela primeira vez em 2008, a taxa de cesariana geral diminuiu de 40,5 para 33,6% no período em que a taxa de analgesia de parto neuroaxial aumentou de 0 para 33,5% (ZHAO et al., 2020).

Foi realizado um estudo de análise temporal em um hospital rural Chinês que realiza aproximadamente 10.000 partos por ano onde, após implantação do programa NPLD-GHI, houve uma diminuição na proporção de partos por cesariana e uma tendência mensal decrescente no uso de cesariana. Esses achados sugerem associação entre maior uso de analgesia peridural do parto e diminuição sustentada na proporção de partos por cesariana (DRZYMALSKI et al., 2021)

Os programas educacionais, incluindo protocolos de analgesia de parto, podem diminuir a variabilidade das condutas entre os profissionais no processo de assistência às mulheres que demandem manejo farmacológico da dor do parto, resultando em alterações significativas das práticas associadas aos resultados maternos e neonatais.

5. JUSTIFICATIVA

Diante de todos os prejuízos à mulher, ocasionados pela ausência de um programa de analgesia de parto, já citados anteriormente, e, diante do impacto social resultante das altas taxas de cesariana, tornou-se necessário a elaboração e validação externa e interna de um protocolo clínico de cuidados e gerenciamento de Analgesia de Parto aplicado à população obstétrica em trabalho de parto ativo na Maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes.

6. OBJETIVO(S)

6.1. Gerais:

6.1.1. Orientar os profissionais de saúde envolvidos na assistência a pacientes em trabalho de parto acerca dos cuidados e gerenciamento em analgesia não farmacológica e farmacológica: médicos(as) obstetras, médicos(as) anesthesiologistas, residentes em anesthesiologia e obstetrícia, enfermeiros(as) obstétricos(as) e assistenciais, residentes de enfermagem em obstetrícia, técnicos(as) de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos(as), psicólogos(as);

6.1.2. Recomendar as técnicas e procedimentos voltados ao alívio da dor durante o trabalho de parto embasados nas melhores e mais atuais evidências científicas.

6.2. Específicos:

6.2.1. Orientar os profissionais quanto a escolha de métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto como primeira escolha e, após esgotadas as possibilidades

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 9/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

da analgesia não farmacológica, deverá ser oferecido um método farmacológico descrito neste protocolo;

6.2.2. Padronizar as práticas e técnicas utilizadas pelos anestesiólogos para uma adequada analgesia de parto farmacológica a fim de obter como desfecho o controle efetivo da dor, sem bloqueio motor e com mínimos efeitos colaterais;

6.2.3. Diminuir a variabilidade das condutas entre os profissionais no processo de assistência às mulheres em trabalho de parto que demandem manejo não farmacológico e farmacológico da dor do parto;

6.2.4. Facilitar a universalização da analgesia de parto a todas as gestantes em trabalho de parto atendidas na instituição.

7. EDUCAÇÃO PERMANENTE

A disseminação das informações deste protocolo consistirá em propagar e divulgar as recomendações de forma clara e adequada a todos os envolvidos, através de formato eletrônico e impresso para os profissionais de saúde e gestores. Os profissionais de saúde deverão ser capacitados, assim como os recursos deverão estar disponíveis, visando otimizar o processo. Portanto, cabe aos gestores garantir treinamentos periódicos organizados pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) com a finalidade de capacitar todos os profissionais de saúde que prestam assistência as parturientes e estão citados neste protocolo no item 3.

Para a Implementação deste protocolo, será necessário que a instituição ofereça e garanta os recursos materiais necessários para realização dos métodos não farmacológicos e farmacológicos, além dos recursos humanos. Deverá haver por parte das lideranças e dos gestores uma mudança organizacional e de cultura com incentivo a participação coletiva, ações educativas e adesão ao monitoramento e preenchimento dos dados pelos colaboradores.

8. ELEGIBILIDADE DAS PARTURIENTES

Este protocolo deverá servir de referência e orientação para assistência às seguintes pacientes:

8.1. Mulheres grávidas de qualquer faixa etária, em trabalho de parto, em qualquer idade gestacional, que demandem controle da dor;

8.2. Mulheres no período expulsivo do parto com indicação de parto vaginal operatório, com demanda de analgesia regional;

8.3. Mulheres sob analgesia regional que evoluírem para cesariana.

Para acesso ao **Infográfico 1 e 2** (vide apêndice B ou acesse https://www.canva.com/design/DAFjrC7Bpj0/f8an9_NCgXwWhVD8VxG4Rw/edit?utm_c

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 10/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

ontent=DAFjrC7Bpj0&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton).

9. APLICABILIDADE DESTE PROTOCOLO

9.1. Fatores facilitadores: criação por parte da gestão de um grupo de trabalho para a elaboração do protocolo, sendo profissionais capacitados com alto nível de experiência em analgesia não farmacológica e farmacológica; capacitações dos profissionais de saúde, que prestam assistência as parturientes, organizadas pelo NEP; será aplicado em maternidade de um hospital escola com foco em ensino e práticas baseadas em evidências;

9.2. Barreiras: não disponibilidade de equipe multiprofissional assistencial, sendo a disponibilidade insuficiente de médicos(as) anesthesiologistas e obstetras, enfermeiros(as) e fisioterapeutas obstetras um fator limitante para analgesia farmacológica e não farmacológica; falta de insumos e materiais necessários a realização das técnicas não farmacológicas e farmacológicas; ausência das bombas de infusão usadas na analgesia farmacológica; o nível intelectual e/ou ansiedade das parturientes pode dificultar a aplicação do questionário proposto e realização de técnicas farmacológicas.

10. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

10.1. Inclusão:

- 10.1.1. Solicitação da parturiente;
- 10.1.2. Parturientes nulíparas ou múltiparas em estados físicos II ou III da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA);
- 10.1.3. Trabalho de parto espontâneo ou induzido por medicamentos;
- 10.1.4. Parto vaginal espontâneo ou parto vaginal assistido instrumental;
- 10.1.5. Parto a termo ou prematuro;
- 10.1.6. Boa vitalidade fetal assegurada pelo obstetra;
- 10.1.7. Mulheres no período expulsivo do parto com indicação de parto vaginal operatório com demanda de analgesia regional;
- 10.1.8. Mulheres sob analgesia regional que evoluem para cesariana;
- 10.1.9. Disponibilidade do anesthesiologista de plantão para o método farmacológico;
- 10.1.10. Disponibilidade de equipe de enfermagem sendo no mínimo um enfermeiro(a) obstétrico(a) e um(a) técnico de enfermagem para auxílio ao anesthesiologista na realização do método farmacológico;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 11/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

10.1.11. Materiais disponíveis para aplicação dos métodos não farmacológicos e farmacológicos;

10.1.12. Assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), caso a parturiente seja menor de idade e proposto ser submetida a analgesia de parto farmacológica.

Referências: (OJO et al., 2020; ZHAO et al., 2020)

10.2. Exclusão:

10.2.1. Recusa da paciente;

10.2.2. Coagulopatia (plaquetopenia menor que 80.000 ou INR maior que 1.3 ou TTPA maior que 1.5);

10.2.3. Infecção ou tumores no local da punção;

10.2.4. Pressão intracraniana elevada;

10.2.5. Alteração do nível de consciência;

10.2.6. Instabilidade cardiovascular;

10.2.7. Alergia conhecida às drogas utilizadas (anestésicos locais ou opioides);

10.2.8. Uso de anticoagulantes (heparina de baixo peso molecular há menos de 12 horas se dose profilática ou 24h se dose terapêutica);

10.2.9. Baixa colaboração da paciente ou impossibilidade de posicionamento adequado;

10.2.10. Cardiopatia materna descompensada ou incompatível com os bloqueios neuroaxiais;

10.2.11. Situações desfavoráveis ou situações extremas (falha de progressão ou distocia) a partir de critérios avaliados e definidos pelo obstetra.

10.2.12. Parturientes em trabalho de parto prematuro que necessitem de inibição.

Referências: (ZHAO et al., 2020)

11. ABORDAGEM INICIAL A PARTURIENTE

11.1. Informar todas as gestantes internadas na maternidade, na sala de triagem, que este hospital fornece analgesia de parto farmacológica e não farmacológica, devendo ser aplicado obrigatoriamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e esclarecido (TALE) pelo médico obstetra responsável pelo internamento, no momento do preenchimento da Autorização da Internação Hospitalar (AIH);

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 12/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

11.2. Inicialmente, oferecer no início do trabalho de parto e esgotar as possibilidades de analgesia não farmacológica disponíveis na instituição, conforme **Infográfico I e II (apêndice B e C)**. Para detalhamento dos métodos não farmacológicos veja POP. UREAB.T048 V.1 2021 – Assistência Fisioterapêutica no Trabalho de Parto na Maternidade do HUPAA, disponível no link <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupaa-ufal/aceso-a-informacao/procedimento-operacional-padrao/unidade-de-reabilitacao/fisioterapia>

11.3. Aplicar formulário de monitoramento de analgesia de parto desde o início da analgesia até o parto (**apêndice D em construção**). Dentre os itens avaliados será feita a avaliação da analgesia. Estes dados servirão como indicadores de saúde para tomadas de decisão (apêndice III em construção).

11.4. Aplicar questionário validado de fadiga materna para auxílio na tomada de decisão; devendo ser respeitada a autonomia da parturiente no processo decisório, conforme anexo III (DELGADO et al., 2019);

11.5. Avaliação conjunta com médico obstetra para decisão sobre os métodos farmacológicos;

11.6. Acionamento do Serviço de Anestesiologia pela equipe de enfermagem;

11.7. O anestesiolista perguntará se a parturiente deseja que execute o procedimento de analgesia de parto farmacológica e explicará detalhadamente sobre as etapas e potenciais riscos e efeitos colaterais, já descritos no TCLE e TALE. Se houver o aceite, averiguar se o TCLE ou TALE está assinado pela parturiente ou responsável legal, respectivamente.

11.8. Realizar avaliação pré-anestésica e conduzir a parturiente a sala de parto para realização da técnica escolhida pelo anestesiolista. Em caso de os leitos estarem ocupados, deverá ser feita a analgesia farmacológica no leito da enfermagem, desde que tenha condições mínimas de monitoramento. Caso a parturiente esteja em período expulsivo e com idade gestacional abaixo de 34 semanas deverá ser vista a disponibilidade de sala no centro obstétrico para realização da analgesia, conforme fluxo de parto normal. Este protocolo não inclui o fluxo de parto, devendo este ser elaborado pela instituição.

Para acesso ao **Infográfico I e II (vide apêndice B ou acesse https://www.canva.com/design/DAFjrC7Bpj0/f8an9_NCGXwWhVD8VxG4Rw/edit?utm_content=DAFjrC7Bpj0&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton)**.

12. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS

12.1. Aromaterapia (ver disponibilidade do serviço);

12.2. Massagens pelo fisioterapeuta, enfermeira obstétrica, técnicos de enfermagem, cuidadores e/ou acompanhantes;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 13/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

- 12.3. Exercícios respiratórios pelo fisioterapeuta;
- 12.4. Cinesioterapia pelo fisioterapeuta;
- 12.5. Banhos de aspersão (chuveiro quente);
- 12.6. Escalda-pés pela fisioterapeuta, enfermeira obstétrica, técnicos de enfermagem;
- 12.7. Exercícios na bola terapêutica pela fisioterapeuta, enfermeira obstétrica, técnicos de enfermagem (orientados pelo fisioterapeuta ou enfermeira obstétrica);
- 12.8. Acupressão por profissional qualificado;
- 12.9. Musicoterapia e penumbra;
- 12.10. TENS (ver disponibilidade do serviço);

Para acesso ao **Infográfico I e II** (vide apêndice C ou acesse https://www.canva.com/design/DAFjrC7Bpj0/f8an9_NCgXwWhVD8VxG4Rw/edit?utm_content=DAFjrC7Bpj0&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton).

A escolha dos métodos não farmacológicos irá depender da disponibilidade dos profissionais, estágio do trabalho de parto e aceitabilidade da parturiente. Para detalhamento destes métodos veja o POP. UREAB.T048 V.1 2021 – Assistência Fisioterapêutica no Trabalho de Parto na Maternidade do HUPAA, citado no item 11.2., acima.

12.11. Evidências sobre alguns métodos não farmacológicos

Durante a busca para o referencial teórico, não foi encontrado um número expressivo de estudos clínicos, ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas com e sem metanálise, que mostrassem evidência científica para os métodos não farmacológicos. Abaixo, algumas evidências disponíveis na literatura.

A **aromaterapia** é um método não farmacológico descrito para o alívio da dor do parto. Ela consiste na utilização de óleos essenciais concentrados ou essências destiladas de plantas com propriedades terapêuticas, podendo ser ministrada de diferentes maneiras: via pele, por meio de massagens, pela via oral, por meio de compressas e banhos (PEREIRA et al., 2020). Um ensaio clínico randomizado, conduzido na Tailândia com 104 primigestas, comparando o uso da aromaterapia na primeira fase do trabalho de parto e mulheres que não a receberam, concluiu que ela é útil na redução da dor na fase latente e ativa precoce e, provavelmente, pode ser usada como um método adjuvante para o controle do trabalho de parto, sem efeitos colaterais graves (TANVISUT; TRAIRISILP; TONGSONG, 2018).

Um estudo randomizado, controlado, publicado em 2020, com 60 parturientes primíparas e gestação única, no qual aquelas do grupo experimental receberam **massagem sacral** por 30 minutos, em três fases do trabalho de parto - comparado com o grupo controle que não recebeu a intervenção - concluiu que a massagem sacral aplicada durante o trabalho de parto foi

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 14/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

capaz de reduzir a dor durante o trabalho de parto, bem como diminuiu os níveis de preocupação e ansiedade, dando maior satisfação às mulheres grávidas durante seus partos, o que afetou positivamente a percepção do trabalho de parto e não produziu efeitos colaterais fetais (AKKÖZ ÇEVİK; KARADUMAN, 2020).

A eficácia dos **exercícios respiratórios** durante o segundo estágio do trabalho de parto, na avaliação da dor e duração do trabalho de parto, foi avaliada em um ensaio clínico controlado, envolvendo 250 gestantes. A conclusão deste estudo foi que os exercícios respiratórios com inspirações e expirações profundas são capazes de reduzir a percepção da dor do trabalho de parto e encurtar a duração da segunda etapa do parto, recomendando, portanto, os exercícios respiratórios como uma modalidade eficaz (YUKSEL et al., 2017).

As terapias complementares como **banho quente de chuveiro e exercício perineal com bola suíça** foram testadas em 128 parturientes, alocadas de forma isolada e combinadas em um ensaio clínico randomizado. A percepção da dor e ansiedade foram avaliadas antes e 30 minutos após a intervenção terapêutica e, como resultados, houve aumento no escore de dor e redução da ansiedade em todos os grupos, sobretudo quando utilizaram o banho de chuveiro. A dilatação cervical aumentou em todos os grupos de intervenção bem como o número de contrações uterinas, principalmente em quem utilizou banho e bola associados (CAVALCANTI et al., 2019).

Um método estudado pela medicina tradicional chinesa é a **acupressão**. Essa terapia tem o objetivo de manter o equilíbrio das energias corporais, a partir da realização de pressão sobre determinadas estruturas corporais, resultando em redução da dor e sensação de relaxamento (PEREIRA et al., 2020). Um estudo randomizado, controlado, conduzido com 156 gestantes em trabalho de parto concluiu que o uso da acupressão no ponto SP6 é um método complementar, não invasivo e capaz de aliviar a dor durante o parto, sem apresentar efeitos adversos para gestantes em trabalho de parto e neonatos (MAFETONI; SHIMO, 2016).

No entanto, o efeito do tratamento na redução da dor é pequeno, o que sugere que a **acupressão** pode ser mais eficaz onde há dilatações cervicais de até 8cm e há apresentação cefálica (MAFETONI; SHIMO, 2016). Um outro estudo randomizado, conduzido a seguir e publicado em 2019, avaliou o efeito da acupressão (SP6) na primeira fase da dor e duração do trabalho de parto. Este ponto SP6 está localizado 3 a 4 dedos acima dos ossos maléolos mediais. Este estudo observou um efeito positivo na experiência de trabalho de parto de mulheres grávidas, reduzindo a dor do parto e encurtando a duração do primeiro estágio do trabalho de parto nas mulheres que receberam a acupressão (SP6) em comparação com o toque no SP6 (TÜRKMEN; ÇEBER TURFAN, 2020).

13. MÉTODOS FARMACOLÓGICOS

Esgotados os recursos não farmacológicos e, não havendo contraindicações, poderá ser realizada a anestesia regional pelo anestesiológico. Neste caso, a paciente deverá ser informada previamente a respeito dos riscos descritos no TCLE ou TALE e benefícios da técnica e de como deve conduzir-se após a instalação da analgesia regional.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 15/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

Deverá haver o preenchimento obrigatório do formulário de monitoramento de analgesia de parto e do boletim anestésico (em construção) realizado pelo Serviço de Anestesiologia através de avaliações intermitentes, se optado pelo uso da analgesia farmacológica. A escolha da técnica anestésica deverá levar em conta:

- 13.1. A paridade da paciente;
- 13.2. Avaliação da evolução do trabalho de parto pela equipe de obstetrícia;
- 13.3. Dilatação cervical e altura da apresentação.

Para acesso ao **fluxograma 1 e 2** (vide apêndice E e F ou https://www.canva.com/design/DAFkbLdRp68/qpunW8iaqTawbLFXodmJUw/edit?utm_content=DAFkbLdRp68&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton).

14. TÉCNICA DA ANALGESIA REGIONAL NO TRABALHO DE PARTO

- 14.1. Venóclise com cateter intravenoso periférico 18 ou 20G;
- 14.2. Solução cristalóide 500ml para manutenção do acesso periférico;
- 14.3. Monitorização dos sinais vitais com Cardioscopia, PANI, Oximetria de pulso;
- 14.4. Verificar e registrar FC, PANI e Oximetria de pulso antes de iniciar o procedimento;
- 14.5. Posicionar a paciente sentada na maca da sala de analgesia com os pés apoiados na escadinha ou em decúbito lateral esquerdo em posição fetal;
- 14.6. Realizar anti-sepsia extensa da região da punção com álcool a 70% ou solução alcoólica de clorexidina;
- 14.7. Proceder técnica de analgesia regional adequada à fase do trabalho de parto apresentada pela parturiente conforme descrição abaixo.

- **Parturiente em trabalho de parto inicial - dilatação < 7cm (dor em cólica e/ou lombar leve a moderada)**

O anesthesiologista deverá escolher uma das duas técnicas propostas abaixo, dando preferência à que tiver mais experiência. Contudo, o padrão ouro é a técnica epidural com punção dural.

Analgesia Peridural com Implante de Cateter

- Realizar infiltração da pele e subcutâneo com lidocaína a 1% e agulha fina;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 16/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

- Punção peridural L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, com agulha Tuohy, calibre 17, usando a técnica de perda de resistência à solução salina ou ao ar;
- Introduzir o cateter de calibre 20 deixando 4 a 5cm no espaço peridural;
- A checagem do posicionamento do cateter deve ser feita com SF 0.9% 5ml através de aspiração negativa para sangue ou líquido. Não administrar dose teste com lidocaína 2% associada a vasoconstritor;
- Após aspiração negativa para sangue ou líquido, realizar a administração do Bolus Clínico de 10ml de Levobupivacaína 0,125% ou Ropivacaína a 0,1% com um opioide lipossolúvel e sem conservantes Fentanil 2 a 3mcg/ml ou Sufentanil 0,2 a 0,3mcg/ml da solução;
- O curativo do cateter deverá sempre ser fixado para o lado direito com objetivo de facilitar o decúbito lateral esquerdo;
- Acoplar Filtro Epidural (se disponível) ao cateter para reduzir risco de infecções;
- A técnica de escolha da manutenção analgésica varia conforme disponibilidade de bomba de PCA – vide tópico de manutenção da analgesia de parto.

Analgesia Peridural com Punção Dural com Implante de cateter

- Realizar infiltração da pele e subcutâneo com lidocaína a 1% e agulha fina;
- Punção peridural L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, com agulha Tuohy, calibre 17, usando a técnica de perda de resistência à solução salina ou ao ar;
- Punção subaracnóidea com agulha Whitacre de calibre A25. Não injetar nenhum fármaco. Retirar a agulha;
- Introduzir o cateter de calibre 20, deixando 4 a 5cm no espaço peridural;
- A checagem do posicionamento do cateter deve ser feita com SF 0.9% 5ml através de aspiração negativa para sangue ou líquido. Não administrar dose teste com lidocaína 2% associada a vasoconstritor;
- Após aspiração negativa para sangue ou líquido, realizar a administração do Bolus Clínico de 10ml de Levobupivacaína 0,125% ou Ropivacaína a 0,1% com um opioide lipossolúvel e sem conservantes, Fentanil 2 a 3mcg/ml ou Sufentanil 0,2 a 0,3mcg/ml da solução;
- O curativo do cateter deverá sempre ser fixado para o lado direito com objetivo de facilitar o decúbito lateral esquerdo;
- Acoplar Filtro Epidural (se disponível) ao cateter para reduzir risco de infecções;
- A técnica de escolha da manutenção analgésica varia conforme disponibilidade de bomba de PCA – vide tópico de manutenção da analgesia de parto.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 17/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

Referências: (SONG et al., 2021)

- **Paciente em trabalho de parto avançado maior ou = 7 cm de dilatação (dor em cólica e/ou lombar severa, podendo apresentar dor perineal)**

Analgesia combinada Raquiperidural:

- Realizar infiltração da pele e subcutâneo com lidocaína a 1% e agulha fina;
- Punção subaracnóidea com agulha de raquianestesia nº 27 e administração de Bupivacaína + glicose 0,5% na dose de 2,5mg com Fentanil 20 mcg – sem conservantes (Bolus Clínico);
- Punção peridural L2-L3 ou L3-L4 pela técnica Dogliotti e posterior introdução do cateter no espaço epidural;
- A checagem do posicionamento do cateter deve ser feita com SF 0.9% através de aspiração negativa para sangue ou líquido. Não administrar dose teste com lidocaína 2% associada a vasoconstritor;
- Acoplar Filtro Epidural (se disponível) ao cateter para reduzir risco de infecções;
- A técnica de escolha da manutenção analgésica varia conforme disponibilidade de bomba de PCA – vide tópico de manutenção da analgesia de parto.

- **Paciente com dilatação completa = 10 cm, em período expulsivo, (apresentação fetal baixa e dor perineal intensa)**

Raquianestesia

- Punção subaracnóidea com agulha nº 27G e administração de Bupivacaína + glicose 0,5% na dose de 2,5mg associado a Fentanil 20 mcg;
- Manter a paciente sentada por 3 a 5 minutos.

- **Paciente com dilatação completa = 10 cm, em período expulsivo, com indicação de uso de fórceps**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 18/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

- Paciente portando cateter peridural deverá receber administração de Lidocaína a 2% com vasoconstritor num volume de 5 a 10ml e após 5 minutos liberar o obstetra para instrumentação do parto;
- Paciente sob analgesia subaracnóidea com tempo do bloqueio inferior a 2h e 30min: avaliar a presença de analgesia adequada;
- Paciente sob analgesia subaracnóidea com tempo superior a 2h e 30min, realizar novo bloqueio com Bupivacaína + glicose 0,5% 2,5 a 5,0mg - sem opioides.

<ul style="list-style-type: none"> • Paciente que evolui para cesariana

- Se cateter peridural: Lidocaína 2% com vasoconstritor 15 a 20ml + 1 a 2mg de Morfina;
- Ausência de cateter peridural: Realizar raquianestesia com Bupivacaína pesada 0,5% 10 a 12,5mg + Morfina 80 – 100 microgramas.

Para acesso ao **fluxograma 1 e 2** (vide apêndice E ou https://www.canva.com/design/DAFkbLdRp68/qpunW8aiaqTawbLFXodmJUw/edit?utm_content=DAFkbLdRp68&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton).

15. MANUTENÇÃO DA ANALGESIA DE PARTO

A seguir serão descritas as **técnicas anestésicas** com evidência científica, porém, elegemos para este protocolo, que seja preferencialmente realizada a técnica padrão ouro de manutenção de analgesia que é o Bolos Epidural Intermitente Programado.

TÉCNICAS

-Bolus Manual Intermitente;

-IC - Infusão Contínua;

-PCEA – Analgesia Epidural Controlada pela Parturiente;

-IC + PCEA – Infusão Contínua + Analgesia Epidural Controlada pela Parturiente;

-PIEB – Bolus Intermitente Epidural Programado;

-PIEB + PCEA – Bolus Intermitente Epidural Programado + Analgesia Epidural Controlada pela Parturiente.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 19/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

A opção de escolha para manutenção da analgesia peridural dependerá da disponibilidade de bombas de infusão portáteis e seus respectivos modelos, sendo as mesmas programadas exclusivamente pelo anestesiológico ou residente de anestesiologia previamente treinado.

- **Ausência de bombas de PCA/PCEA Bolos Manual Intermitente:**

- Bolos manual de 10 ml de solução de Levobupivacaína a 0,0625% ou Ropivacaína a 0,1% associado a Fentanil 2mcg/ml ou Sufentanil 0,2mcg/ml e realizar o repique a cada 1h30min ou por solicitação da paciente;
- Aumentar a concentração para Levobupivacaína 0,125% ou Ropivacaína 0,2% em caso de analgesia insatisfatória.

- **Bomba PCA/PCEA (Cadd Legacy ou Cadd Solis):**

Infusão contínua (IC) no grupo de analgesia epidural:

- Levobupivacaína a 0,0625% ou Ropivacaína 0,1% associada a Fentanil na concentração de 2 a 3mcg/ml ou Sufentanil 0,2 ou 0,3mcg/ml, a uma taxa inicial de 08ml/h conectado no cateter peridural;
 - Iniciar infusão contínua logo após Bolus clínico;
 - Em caso de resposta insatisfatória na primeira hora de infusão, deve ser elevada a taxa de infusão basal de forma escalonada (incrementos de 1 a 2ml/h) até o máximo de 20ml/h;
 - Mediante resposta persistentemente insatisfatória, deve-se elevar a concentração do anestésico, após checagem do adequado posicionamento do cateter peridural;
 - Concentração Máxima - Levobupivacaína 0,125% e Ropivacaína 0,2%.
- Fonte:** (CARVALHO et al., 2016; SONG et al., 2021).

Infusão contínua + Analgesia epidural controlada pela paciente (IC + PCEA):

- Administração de infusão contínua com Levobupivacaína 0,0625 % ou Ropivacaína 0,1% + Fentanil 2 a 3mcg/ml ou Sufentanil 0,2 a 0,3mcg/ml (sem conservantes) a uma taxa de 5 a 8ml/h começando imediatamente após a dose de ataque e programação de bolus de PCEA – volume de 5 a 10ml da solução em intervalos (Lockout) de 20min;
 - Solicitação de mais de 03 bolus em 1h demonstra analgesia insatisfatória e o volume da solução basal ou bolus de PCEA deve ser revisto.
- Fonte:** (CARVALHO et al., 2016; OJO et al., 2020).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 20/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

Bolos epidural intermitente programado (PIEB) (Bomba de PCA CADD Solis):

- Solução peridural – Levobupivacaína 0,0625% ou Ropivacaína 0,1% + Fentanil 2 mcg/ml ou Sufentanil 0,2 mcg/ml;
- Após 30min do Bolos Clínico - Programação de bolos intermitente de 8ml a cada 45min ou 10ml de solução peridural a cada 60 minutos;
- Taxa de Bolos – 250ml/min.

Fonte: (CARVALHO et al., 2016; OJO et al., 2020).

Bolos epidural intermitente programado (PIEB) + (PCEA) – (Bomba de PCA Cadd Solis):

- Solução peridural – Levobupivacaína 0,0625% ou Ropivacaína 0,1% + Fentanil 2mcg/ml ou Sufentanil 0,2mcg/ml;
- PIEB - 8ml da solução em intervalos de 60 minutos, sendo o primeiro bolus após 60min do Bolus Clínico;
- PCEA – 5ml da solução com Lockout de 20 minutos;
- Taxa de fluxo para bolus de 250ml/min;
- A dor irruptiva não corrigível por PCEA deverá ser tratada com bolus de Ropivacaina 0,125% 5ml;
- Proteção: PIEB ajustado para Lockout de PCEA (Figura 1).

Fonte: (CARVALHO et al., 2016; SONG et al., 2021).

- Se uma parturiente não obter uma analgesia adequada em 30 minutos, definida como um escore de dor maior que 4 ou solicitação de mais de 03 bolus em 1h, demonstra analgesia insatisfatória e o volume do PIEB ou bolus de PCEA deve ser revisto, assim como o posicionamento do cateter (adicionar referência).

A bomba CADD®-Solis permite programação de PIEB – Bolus Intermitente Programado associado a PCEA – Analgesia Epidural Controlada pela Parturiente com 02 opções de programação para fornecer maior segurança à paciente e evitar risco de overdoses. Na 1ª opção, uma dose de PCEA atrasa o início do próximo PIEB pelo tempo de bloqueio (Lockout) de PCEA (Figura 1). Na 2ª opção, uma dose administrada de PCEA atrasa o início do próximo PIEB pelo tempo de intervalo do bolus do próprio PIEB (Figura 2). Em alguns serviços, opta-se, preferencialmente, pela 1ª opção, devido ao menor risco de retardo prolongado do PIEB com uso repetitivo de PCEA (CARVALHO et al., 2016).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 21/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

Figura 1 - PIEB + PCEA com o intervalo de dose definido pelo Lockout da PCEA

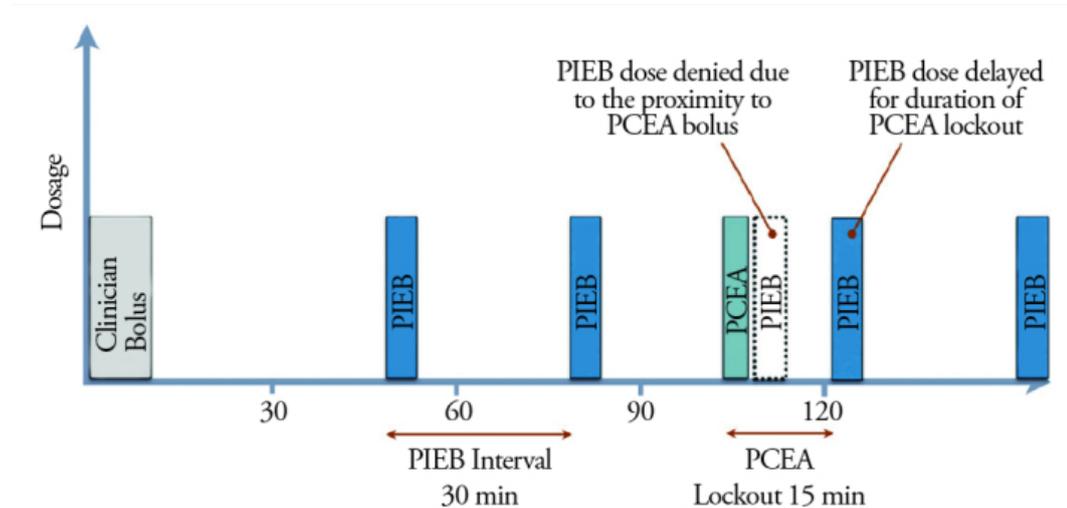
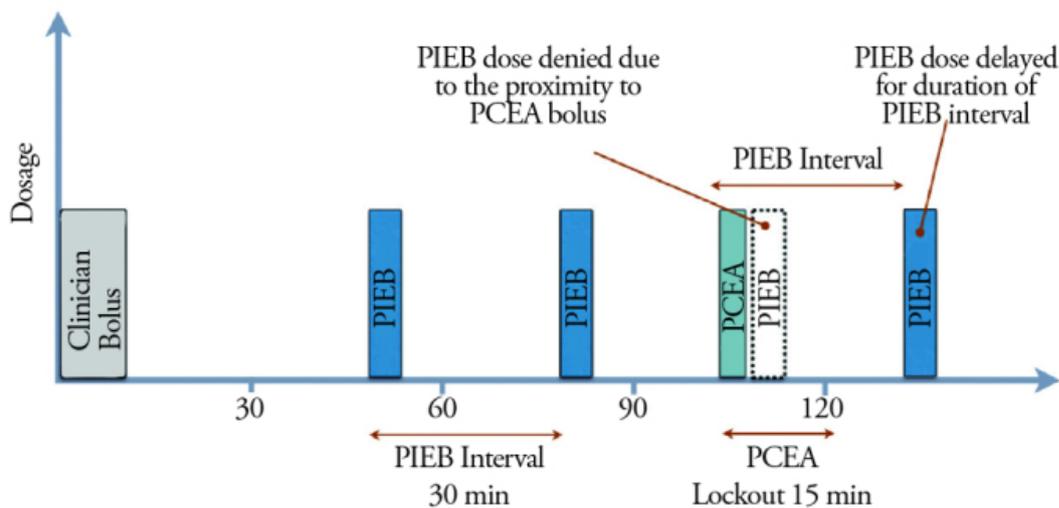


Figura 2 - PIEB + PCEA com intervalo de dose definido pelo próprio PIEB



Para acesso ao **fluxograma 1 e 2** (vide apêndice III ou https://www.canva.com/design/DAFkbLdRp68/qpunW8iaqTawbLFXodmJUw/edit?utm_content=DAFkbLdRp68&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton).

15.1. Material necessário para o uso da infusão contínua:

- Filtro antibacteriano acoplado ao cateter peridural;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 22/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

- Bomba PCA/PCEA Bbraun Infusomat → Equipo fotossensível sem injetor;
- Bomba PCA/PCEA Bbraun Space → Seringa Perfusora de 50ml + Perfusor fotossensível de 120 cm;
- Bomba PCA/PCEA Cadd Legacy ou Cadd Solis → Cassete de 250ml + Equipo âmbar sem injetor;
- Identificação da PCEA com etiqueta de cor “Laranja” – não deve ser conectado à infusão venosa.

Quadro 1 - Padronização da diluição da Solução Analgésica Peridural

Levobupivacaína 0,125% + Fentanil 2mcg/ml sem conservantes (200 ml)	Levobupivacaína 0,0625% + Fentanil 2mcg/ml sem conservantes (200 ml)	Ropivacaína 0,2% + Fentanil 2mcg/ml sem conservantes (200 ml)	Ropivacaína 0,1% + Fentanil 2mcg/ml sem conservantes (200 ml)
Levobupivacaína 0.5% 50 ml	Levobupivacaína 0.5% 25 ml	Ropivacaína 1% 40 ml	Ropivacaína 1% 20 ml
Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml)	Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml)	Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml)	Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml)
Soro Fisiológico 0,9% 142 ml	Soro Fisiológico 0,9% 167 ml	Soro Fisiológico 0.9% 152 ml	Soro Fisiológico 0,9% 172 ml

Fonte: Autores do protocolo, 2023.

15.2. Quais as técnicas de iniciação e manutenção que são mais eficazes?

Durante a busca para o referencial teórico, foi encontrado um número expressivo de estudos clínicos, ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas com e sem metanálise, que mostraram uma vasta gama de evidências científicas para os métodos farmacológicos. Abaixo, algumas evidências disponíveis na literatura.

A técnica epidural com punção dural (DPE) é uma modificação da técnica epidural convencional (EP) em que a dura-máter é puncionada intencionalmente com uma agulha espinhal, mas sem qualquer injeção espinhal. Uma metanálise publicada em 2022 reuniu 10 estudos com 1.099 pacientes e teve como objetivo avaliar os benefícios e riscos associados à técnica DPE para analgesia de parto. A conclusão é que a analgesia DPE, em comparação com EP, foi benéfica para o alívio da dor do trabalho de parto, encurtando o tempo para alcançar o controle satisfatório da dor, diminuindo a necessidade de bolus analgésico peridural controlado pelo paciente, além de náuseas

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 23/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

e vômitos. Enquanto isso, a analgesia DPE não está associada ao aumento de eventos adversos materno/fetais (YIN; TONG; HUANG, 2022).

A técnica combinada raquiperidural (CSE) para analgesia de parto tem sido associada a bradicardia fetal e hipertonia uterina quando comparada com analgesia epidural (EA), possivelmente devido a uma diminuição nos níveis de epinefrina após anestesia neuroaxial. (ANDRADE SANTOS et al., 2022). Um ensaio clínico randomizado, controlado, conduzido na Universidade de São Paulo e publicado em 2022 investigou as alterações das catecolaminas após a analgesia de parto, com a técnica combinada raquiperidural (CSE) ou analgesia epidural (EA) e comprovou não haver evidências da diminuição mais significativa em uma técnica comparada com a outra (ANDRADE SANTOS et al., 2022).

Em 2020, um ensaio clínico duplo, cego, randomizado, comparou Bolus Epidurais Intermitentes Programados (PIEB) com Infusão Peridural Contínua (IC) para manutenção de analgesia de parto e encontrou menos bloqueio motor com o PIEB, apesar da ausência de diferença no consumo de anestésico local (OJO et al., 2020).

Uma Revisão Sistemática com metanálise analisou vinte e dois ensaios clínicos randomizados, com 2.573 parturientes, comparando a manutenção da analgesia com Bolus Epidural Intermitente Programado (PIEB) ou infusão contínua e constatou que, parturientes que receberam PIEB apresentaram curta duração total do trabalho de parto, bem como do primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, redução da necessidade de intervenções anestésicas e melhora da satisfação materna, sem diferenças no tipo de parto e eventos adversos específicos (LIU et al., 2020).

A pressão exercida no bolus intermitente faz com que o anestésico consiga atingir mais facilmente os dermatomos torácicos e sacrais, promovendo um bloqueio sensitivo com analgesia de maior qualidade. Quando um bolus é administrado por meio de um cateter peridural multiporta, a solução de anestésico local sai por todos os orifícios do cateter, levando a um bloqueio sensorial mais amplo e mais uniforme por todo o espaço peridural em comparação com a infusão peridural contínua, onde a solução sai, principalmente, pela extremidade mais proximal do cateter, limitando a propagação do anestésico (WONG; MCCARTHY; HEWLETT, 2011).

Em 2021, um ensaio clínico randomizado comparou o efeito da técnica peridural com punção dural (DPE) combinada com PIEB e ofereceu benefícios adicionais para o início de analgesia, consumo de anestésico local e efeitos colaterais em comparação com as técnicas epidural ou epidural com punção dural com o modo infusão contínua. Como resultados, ele mostrou que o uso da técnica DPE está associada a um início de analgesia mais rápido e que, associada com PIEB, resultou menor consumo de anestésico local, sem efeitos colaterais adicionais (SONG et al., 2021).

Com relação ao uso mais frequente de baixas concentrações de anestésicos locais, uma revisão sistemática, publicada em 2022, comparou ultrabaixa (menor que 0,08%), baixa (0,08 a 0,1%) e alta concentração (maior que 0,1%) de Bupivacaína ou equivalente, para analgesia peridural do parto. A conclusão desta revisão foi que o anestésico local de concentração ultrabaixa para peridural no trabalho de parto alcança resultados maternos e neonatais semelhantes ou melhores que concentrações baixas e altas de anestésico local (HALLIDAY et al., 2022).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 24/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023	Próxima revisão: 31/10/2025
		Versão: 1	

Um estudo controlado, randomizado e cego avaliou os efeitos de diferentes volumes de bolus epidurais intermitentes programados (PIEB) para analgesia de parto na incidência dor irruptiva e outros resultados analgésicos. As parturientes eram nulíparas, com gestação única cefálica a termo, as quais solicitaram analgesia de parto e tiveram analgesia peridural iniciada com 10 mL de Ropivacaína a 0,1% com Sufentanil 0,3 µg/mL. A bomba foi programada para administrar bolus de 4, 6 ou 8mL a cada 45min (grupos 4, 6 ou 8, respectivamente). O desfecho primário foi a incidência de dor irruptiva, definida como analgesia inadequada após duas administrações de analgesia peridural controlada pelo paciente em um período de 20 minutos. A conclusão deste estudo foi que os volumes maiores de PIEB foram preferidos para analgesia de parto peridural em comparação com um volume menor por causa de uma melhor analgesia sem aumentos clinicamente significativos nos efeitos adversos (ZUO et al., 2022).

A associação de opioides aos anestésicos locais é muito frequente para o alívio da dor do trabalho de parto. Uma revisão sistemática e metanálise de doze ensaios clínicos randomizados, com 881 pacientes, comparou a eficácia e segurança do Sufentanil versus Fentanil para o alívio da dor do parto envolvendo a analgesia combinada raquiperidural. As evidências existentes sugerem que, em comparação com o Fentanil, o Sufentanil usado na analgesia é mais eficaz em prolongar a duração da analgesia espinhal e pode ser mais seguro para a lactente (ZHI et al., 2020).

16. CUIDADOS PÓS-ANALGESIA DE PARTO

16.1. Imediatos

- Monitorização rotineira dos sinais vitais da paciente (PAMNI, Oximetria de pulso, FC) deve ser realizada a cada cinco minutos nos primeiros 20 a 30 minutos e a seguir, a cada 30 min, até o nascimento;
- Após 15 a 30 min do bloqueio (Bolos Clínico), na ausência de bloqueio motor (aplicar escala de Bromage modificada) ou hipotensão, a paciente poderá ser liberada, pelo anestesiológista, para as atividades na sala de parto;
- Estímulo à deambulação na presença de um acompanhante, após constatação de ausência de bloqueio motor;
- Passados 30 minutos iniciais, a monitorização dos sinais vitais da parturiente poderá ser realizada pela equipe de Enfermagem Obstétrica;
- O Anestesiológista avaliará os sinais vitais e os efeitos colaterais como náusea, sonolência e prurido deverão ser registrados em boletim anestésico, assim como presença de bloqueio motor e progressão do trabalho de parto;
- O efeito da analgesia deverá ser avaliado pela escala visual analógica (EVA) e pela escala numérica (NRS). A EVA será utilizada com uma linha horizontal de 0 a 10cm. As parturientes serão orientadas que o extremo esquerdo da escala representa “nenhuma dor” e que o extremo direito representa a “dor mais intensa imaginável”. Para a escala numérica, uma pontuação de 10 será usada, sendo “0” representando “sem dor” e “10” representando a

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 25/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

“dor mais intensa imaginável”. Todos os dados deverão ser registrados em boletim anestésico pelo anestesiológico ou residente de anestesiologia antes e após a analgesia;

- O anestesiológico deverá ser prontamente comunicado, na vigência de hipotensão, bloqueio motor ou hipossensibilidade acima de T10 (linha umbilical).

- Escala de Bromage modificada:

1. Bloqueio completo: incapacidade de dorsiflexionar o tornozelo;
2. Quase bloqueio completo: capaz de dorsiflexionar apenas o tornozelo;
3. Bloqueio parcial: capaz de mover apenas os joelhos;
4. Fraqueza detectável de flexão do quadril durante a posição supina: incapaz de levantar a perna estendida.

- Após início da analgesia ou sua manutenção, a monitorização fetal deverá ser realizada rotineiramente através de Cardiotocografia ou ausculta intermitentes da frequência cardíaca fetal.

Fonte: (OJO et al., 2020; ZHAO et al., 2020)

16.2. Após o Nascimento

- Retirar cateter peridural – ato médico realizado exclusivamente pelo anestesiológico ou residente de anestesiologia;
- Documentar em ficha anestésica a retirada e a presença de ponta íntegra
- Finalizar preenchimento do formulário de monitoramento e do boletim anestésico
- Seguir os cuidados com a parturiente e com recém-nascido de forma habitual de acordo com a via de parto.

17. MODELOS DE BOMBAS INFUSORAS PCA/PCEA/PIEB

Figura 3 – Bomba de Analgesia modos PCA, IC, PCEA e PIEB



CADD®-Solis

(PIEB – Bolus Intermitente Epidural Programado)

Funções:

- IC - Infusão Contínua
- PCA – Analgesia Controlada pelo Paciente
- PCEA – Analgesia Epidural Controlada pelo Paciente
- IC + PCA ou PCEA
- PIEB – Bolus Epidural Intermitente Programado

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 26/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023	Próxima revisão: 31/10/2025
		Versão: 1	

-PIEB + PCEA – Bolus Epidural Intermitente Programado associado a Analgesia Epidural Controlada Pelo Paciente.

Fonte: <https://jgmoriya.com.br/produto/bomba-de-infusao-cadd-solis-com-pib/>

Figura 4 – Bomba de analgesia modos PCA, IC, PCEA



CADD®-Legacy

(PCA – Analgesia Controlada pelo Paciente)

Funções:

- IC - Infusão Contínua
- PCA – Analgesia Controlada pelo Paciente
- PCEA – Analgesia Epidural Controlada pelo Paciente
- IC + PCA ou PCEA

Fonte: <https://medicor.com.br/produto/bomba-de-infusao-cadd-legacy-pca-6300/>

18. CUIDADOS COM MANUTENÇÃO IC/PIEB/PCEA

- 18.1. Após Bolus Clínico inicial ou qualquer dose bolus extra administrado manualmente pelo anesthesiologista:
- 18.2. Monitorar sinais vitais Sat O₂, PAMNI, FC a cada 05min nos primeiros 20 a 30 minutos.
- 18.3. Após os 30 minutos iniciais, checagem dos sinais vitais a cada 30 minutos, realizada pela equipe de enfermagem obstétrica.
- 18.4. Monitorar, a cada 30 minutos, presença de bloqueio motor (Escala Bromage), Nível de bloqueio sensitivo (altura do dermatomo), Frequência respiratória (FR), Escala de sedação.
- 18.5. Após os 20 a 30 minutos iniciais, na ausência de bloqueio motor ou hipotensão, a paciente poderá retornar à sala de parto/suíte.
- 18.6. Registrar, a cada 1h, o número de bolus PIEB, número de bolus PCA, volume total (ml) de solução analgésica epidural administrada.

Quadro 2 - Resolução de problemas para manutenção da analgesia de parto IC/PIEB/PCEA

Analgesia Inadequada	<ul style="list-style-type: none"> -Checar adequado posicionamento do cateter -Se IC aumentar solução basal -Se IC + PCEA – aumentar dose do bolus PCEA e respectivo intervalo de Lockout -Se PIEB – aumentar dose do PIEB -Se PIEB + PCEA – aumentar dose da PCA
----------------------	--

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 27/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

Bloqueio sensitivo elevado acima de T4	<ul style="list-style-type: none"> -Oxigenioterapia – Máscara de Venturi 5L/min -Retirar dispositivo de PCEA de posse da paciente -Pausar bomba de IC/PIEB/PCEA -Manter a paciente sentada -Contactar médico anestesiolista
Bloqueio sensitivo acima de T7	<ul style="list-style-type: none"> -Retirar dispositivo de PCEA de posse da paciente -Pausar bomba de IC/PIEB/PCEA -Contactar médico anestesiolista
Escore de Sedação elevado (2 ou 3)	<p>Sedação grau 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Interromper uso de todos os opioides -Pausar IC/PCEA/PIEB -Retirar dispositivo de PCEA de posse da paciente -Oxigenioterapia – Máscara de Venturi 5L/min -Contactar médico anestesiolista <p>Sedação grau 3 ou Depressão respiratória:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Interromper uso de todos os opioides -Pausar IC/PCEA/PIEB -Retirar dispositivo de PCEA de posse da paciente -Oxigenioterapia e suporte ventilatório com ambu e máscara reservatória 10L/min -Administrar Naloxona conforme prescrição médica -Contactar médico anestesiolista
Hipotensão	<ul style="list-style-type: none"> -Pausar IC/PCEA/PIEB -Retirar dispositivo de PCEA de posse da paciente - Contactar médico anestesiolista

Fonte: Autores do protocolo, 2023.

19. ANÁLISE DE CUSTOS E IMPACTO ECONÔMICO DA APLICAÇÃO DESTE PROTOCOLO

Este protocolo não fez uma análise global dos custos para viabilizar a sua aplicabilidade, no entanto o impacto econômico do aumento da proporção de parto normal/parto cesáreo esperado a partir da implementação deste protocolo poderá impactar na meta 2 da contratualização, que atualmente não é atendida pelo Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. A meta é: Reduzir ou manter trimestralmente a taxa de parto cesáreo até atingir a taxa de 50%, utilizando a classificação de Robson segundo recomendação da OMS/MS. Portanto, o hospital tem deixado de receber mensalmente o valor de R\$ 53.467,12 reais. Este dimensionamento deverá ser feito de uma forma mais ampla por um economista.

Para viabilizar a implementação, os gestores necessitarão fazer dimensionamento de recursos humanos e materiais com vistas a não haver suspensão dos métodos de analgesia não farmacológicos e farmacológicos sugeridos neste protocolo, atendendo assim a um direito

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 28/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

adquirido pelas gestantes por meio da lei n 8.158 (ALAGOAS, Lei n 8.158, de 8 de outubro de 2020), que dispõe sobre o parto cesáreo e o acesso ao uso de analgesia no parto normal.

20. APÊNDICES

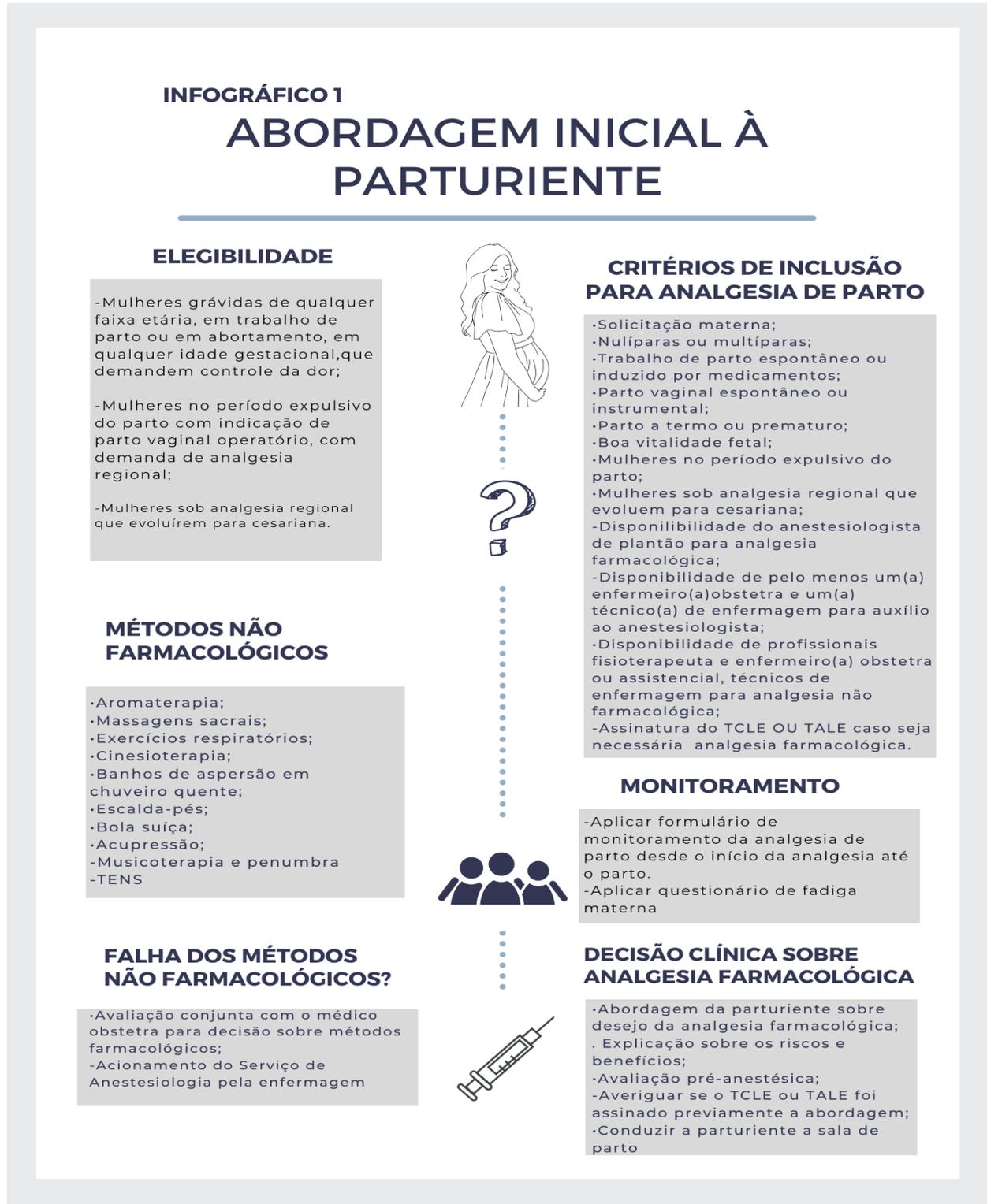
Apêndice A - Declaração de Conflitos de Interesse do grupo elaborador

Declaração de potencial conflito de interesses dos elaboradores do protocolo									
Se nos últimos 3 anos o elaborador participou:									
Nomes integrantes do protocolo (Grupo elaborador)	Participou de estudos clínicos e/ou experimentais subvencionados pela indústria farmacêutica ou de equipamentos relacionados ao protocolo em questão	Foi palestrante em eventos ou atividades patrocinadas pela indústria relacionados ao protocolo em questão	Foi (é) membro do conselho consultivo ou deliberativo da indústria farmacêutica ou de equipamentos	Participou de comitês normativos de estudos científicos patrocinados pela indústria	Recebeu auxílio pessoal ou institucional da indústria com interesses comerciais no protocolo	Elaborou textos científicos em periódicos patrocinados pela indústria	Ter um membro da família que trabalha para uma empresa que fabrica um produto ou tecnologia recomendada no Protocolo	Possui convicções ou ideologias políticas, religiosas ou de gênero ou outras crenças	Participação como membro de grupo de pesquisa ou expertise ou convicção acadêmica em relação ao tema proposto no protocolo
Roberta Ribeiro Brandão Caldas	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
Rafael Peterson Soares Santos	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Thaís da Costa Oliveira	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Rafaélle Cajueiro Téofole Oliveira	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Lais Daniele Ribeiro de Melo	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Sarah Gonçalves Soares	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Andresa Araújo de Amorim Moreira Esteves	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Michelle Cristina Silva de Almeida	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: Autores do protocolo, 2023.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 29/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

Apêndice B- Infográfico 1 – Abordagem Inicial à parturiente



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 30/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

Apêndice C - Infográfico 2 – Métodos não farmacológicos



Fonte: Autores do protocolo, 2023.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 31/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

Apêndice D - Formulário de monitoramento de analgesia de parto

FORMULÁRIO DE ANALGESIA DE PARTO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - HUPAA (versão 01 - out/2023)

TIPO DE PARTO: VAGINAL () CESARIANA () VAGINAL INSTRUMENTALIZADO ()
LACERAÇÃO DO PERÍNEO: SIM () NÃO ()
EPISIOTOMIA: SIM () NÃO ()
FETO VIVO: SIM () NÃO ()
APGAR: 1º MINUTO () e 5º MINUTO ()

INDICADORES	1. DOR	2. DINÂMICA UTERINA	3. DILATAÇÃO CERVICAL	4. BOLSA ÍNTERNA OU ROTA	5. APRESENTAÇÃO FETAL	6. OCTOCINA	7. EDEMA	8. PAIN	9. FREQUÊNCIA CARDÍACA	10. SpO2	11. TEMPERATURA °C	12. AROMATERAPIA	13. MASSAGEM SACRADA	14. EXERCÍCIO RESPIRATÓRIO	15. CINESIOTERAPIA	16. BANHO QUENTE	17. ESCALDA PÉS	18. BOLA TERAPÊUTICA	19. ACPRESSÃO	20. TENS	21. MISCOTERAPIA E/OU PENNIBRA	22. PADRÃO MATERNA	23. TÉCNICA FARMACOLÓGICA	24. TÉCNICA MANUTENÇÃO	25. ESCALA DE BROMAGE	26. EFEITOS COLATERAIS	OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS	REGISTRO DE QUEM COLETOU OS DADOS (NOME, FUNÇÃO E HORA DO REGISTRO)	
001																													
002																													
003																													
004																													
005																													
006																													
007																													
008																													
009																													
010																													

1. DOR: EVA (0-10); 2. DINÂMICA UTERINA: registro manual; 3. DILATAÇÃO CERVICAL: registro manual; 4. BOLSA ÍNTERNA OU ROTA: registro manual; 5. APRESENTAÇÃO FETAL: registro manual; 6. OCTOCINA: registro manual; 7. EDEMA: registro manual; 8. PAIN: registro manual; 9. FREQUÊNCIA CARDÍACA: registro manual; 10. SpO2: registro manual; 11. TEMPERATURA °C: registro manual; 12. AROMATERAPIA: registro manual; 13. MASSAGEM SACRADA: registro manual; 14. EXERCÍCIO RESPIRATÓRIO: registro manual; 15. CINESIOTERAPIA: registro manual; 16. BANHO QUENTE: registro manual; 17. ESCALDA PÉS: registro manual; 18. BOLA TERAPÊUTICA: registro manual; 19. ACPRESSÃO: registro manual; 20. TENS: registro manual; 21. MISCOTERAPIA E/OU PENNIBRA: registro manual; 22. PADRÃO MATERNA: registro manual; 23. TÉCNICA FARMACOLÓGICA: registro manual; 24. TÉCNICA MANUTENÇÃO: registro manual; 25. ESCALA DE BROMAGE: registro manual; 26. EFEITOS COLATERAIS: registro manual.

27. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável). 28. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

29. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

30. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

31. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

32. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

33. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

34. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

35. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

36. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

37. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

38. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

39. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

40. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

41. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

42. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

43. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

44. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

45. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

46. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

47. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

48. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

49. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

50. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

51. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

52. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

53. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

54. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

55. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

56. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

57. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

58. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

59. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

60. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

61. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

62. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

63. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

64. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

65. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

66. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

67. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

68. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

69. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

70. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

71. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

72. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

73. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

74. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

75. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

76. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

77. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

78. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

79. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

80. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

81. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

82. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

83. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

84. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

85. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

86. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

87. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

88. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

89. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

90. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

91. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

92. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

93. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

94. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

95. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

96. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

97. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

98. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

99. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

100. ESCALA DE BROMAGE: 0 (sem dor), 1 (leve dor), 2 (dor moderada), 3 (dor intensa), 4 (dor muito intensa), 5 (dor insuportável).

Fonte: Autores do protocolo, 2023

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 32/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023	Próxima revisão: 31/10/2025
		Versão: 1	

FORMULÁRIO DE ANALGESIA DE PARTO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - HUPAA (versão 01 - out/2023)

TIPO DE PARTO: VAGINAL () CÉSARIANA () VAGINAL INSTRUMENTALIZADO ()
LACERAÇÃO DO PERÍNEO: SIM () NÃO ()
EPISIOTOMIA: SIM () NÃO ()
FETO VIVO: SIM () NÃO ()
APGAR: 1º MINUTO () e 5º MINUTO ()

REGISTRO DE QUEM COLETOU OS DADOS (NOME, FUNÇÃO E HORA DO REGISTRO)

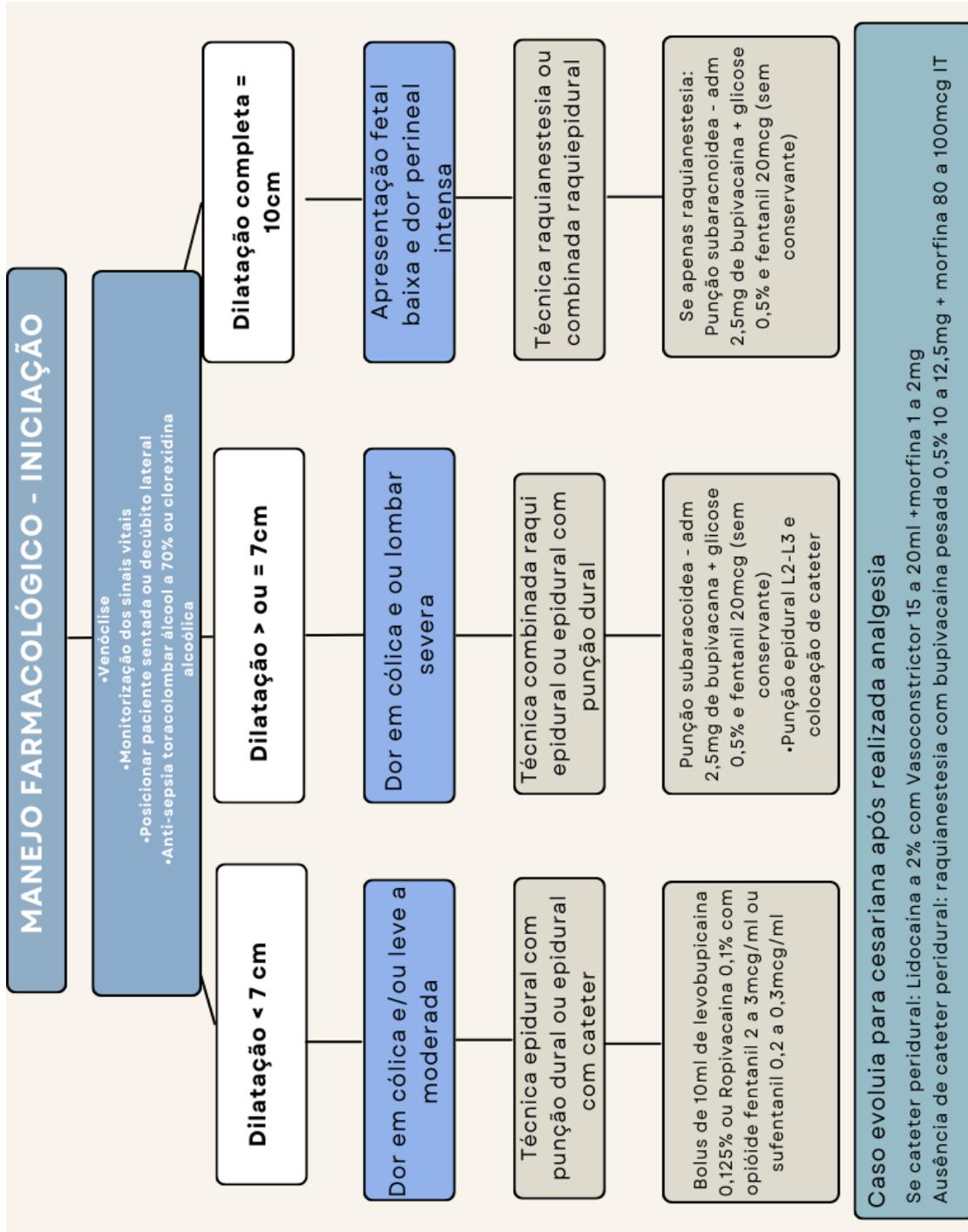
INDICADORES	1. DOR	2. DINÂMICA UTERINA	3. DILATAÇÃO CERVICAL	4. BOLSA ÍNTEGRA OU ROTA	5. APRESENTAÇÃO FETAL	6. OCITOCINA	7. EDEMA	8. PAIN	9. FREQUÊNCIA CARDÍACA	10. SpO2	11. TEMPERATURA °C	12. AROMATERAPIA	13. MASSAGEM SÁCRAM	14. EXERCÍCIO RESPIRATÓRIO	15. CINESIOTERAPIA	16. BANHO QUENTE	17. ESCALDA PÉS	18. BOLA TERAPÊUTICA	19. ACPRESSÃO	20. TENS	21. MUSICOTERAPIA E/OU PENUMBRA	22. FADIGA MATERNA	23. TÉCNICA FARMACOLÓGICA	24. TÉCNICA MANTENÇÃO	25. ESCALA DE BROMAGE	26. EFEITOS COLATERAIS	OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS	REGISTRO DE QUEM COLETOU OS DADOS (NOME, FUNÇÃO E HORA DO REGISTRO)		
I01																														
I02																														
I03																														
I04																														
I05																														
I06																														
I07																														
I08																														
I09																														
I10																														
I11																														
I12																														

1. DOR (VA (1-10). Se não souber relatar, registre assim: dor Leve=1, Moderada=4, Intensa = 7.
 2. DOR (VA (1-10). Se não souber relatar, registre assim: dor Leve=1, Moderada=4, Intensa = 7.
 3. DILATAÇÃO CERVICAL: Registrar em cm.
 4. BOLSA ÍNTEGRA OU ROTA: Registrar em cm.
 5. APRESENTAÇÃO FETAL: C (cefálica) e P (Pélvica).
 6. OCITOCINA: I (intermitente), C (contínua), D (desaturação: SpO2 < 92%), I (hipertensão > 90/60 mmHg).
 7. EDEMA: C (cervical), V (vulvar).

8. PAIN: 0 (sem dor), 1 (leve), 2 (moderada), 3 (grave), 4 (insuportável).
 9. FREQUÊNCIA CARDÍACA: Registrar em batimentos por minuto (bpm).
 10. SpO2: Registrar em porcentagem (%).
 11. TEMPERATURA °C: Registrar em graus Celsius (°C).
 12. AROMATERAPIA: M para Microaromaterapia, P para Penumbra e MP para ambas.
 13. MASSAGEM SÁCRAM: M para Massoterapia, P para Penumbra e MP para ambas.
 14. EXERCÍCIO RESPIRATÓRIO: M para Massoterapia, P para Penumbra e MP para ambas.
 15. CINESIOTERAPIA: M para Massoterapia, P para Penumbra e MP para ambas.
 16. BANHO QUENTE: M para Massoterapia, P para Penumbra e MP para ambas.
 17. ESCALDA PÉS: M para Massoterapia, P para Penumbra e MP para ambas.
 18. BOLA TERAPÊUTICA: M para Massoterapia, P para Penumbra e MP para ambas.
 19. ACPRESSÃO: M para Massoterapia, P para Penumbra e MP para ambas.
 20. TENS: M para Massoterapia, P para Penumbra e MP para ambas.
 21. MUSICOTERAPIA E/OU PENUMBRA: M para Massoterapia, P para Penumbra e MP para ambas.
 22. FADIGA MATERNA: M para Massoterapia, P para Penumbra e MP para ambas.
 23. TÉCNICA FARMACOLÓGICA: Hipólami com Pseudo-Dural (EPD), Epidural com Catecol (EPA), Raquiespinal Combinada (C), Raquiespinal (R).
 24. TÉCNICA MANTENÇÃO: Hipólami com Pseudo-Dural (EPD), Epidural com Catecol (EPA), Raquiespinal Combinada (C), Raquiespinal (R).
 25. ESCALA DE BROMAGE: N (normal), V (vulvar), I (hipertensão: PAS > 20% do valor inicial - hora zero), B (bradicardia: FC < 60bpm), D (desaturação: SpO2 < 92%), I (hipertensão > 90/60 mmHg).
 26. EFEITOS COLATERAIS: N (normal), V (vulvar), I (hipertensão: PAS > 20% do valor inicial - hora zero), B (bradicardia: FC < 60bpm), D (desaturação: SpO2 < 92%), I (hipertensão > 90/60 mmHg).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 33/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023	Próxima revisão: 31/10/2025
		Versão: 1	

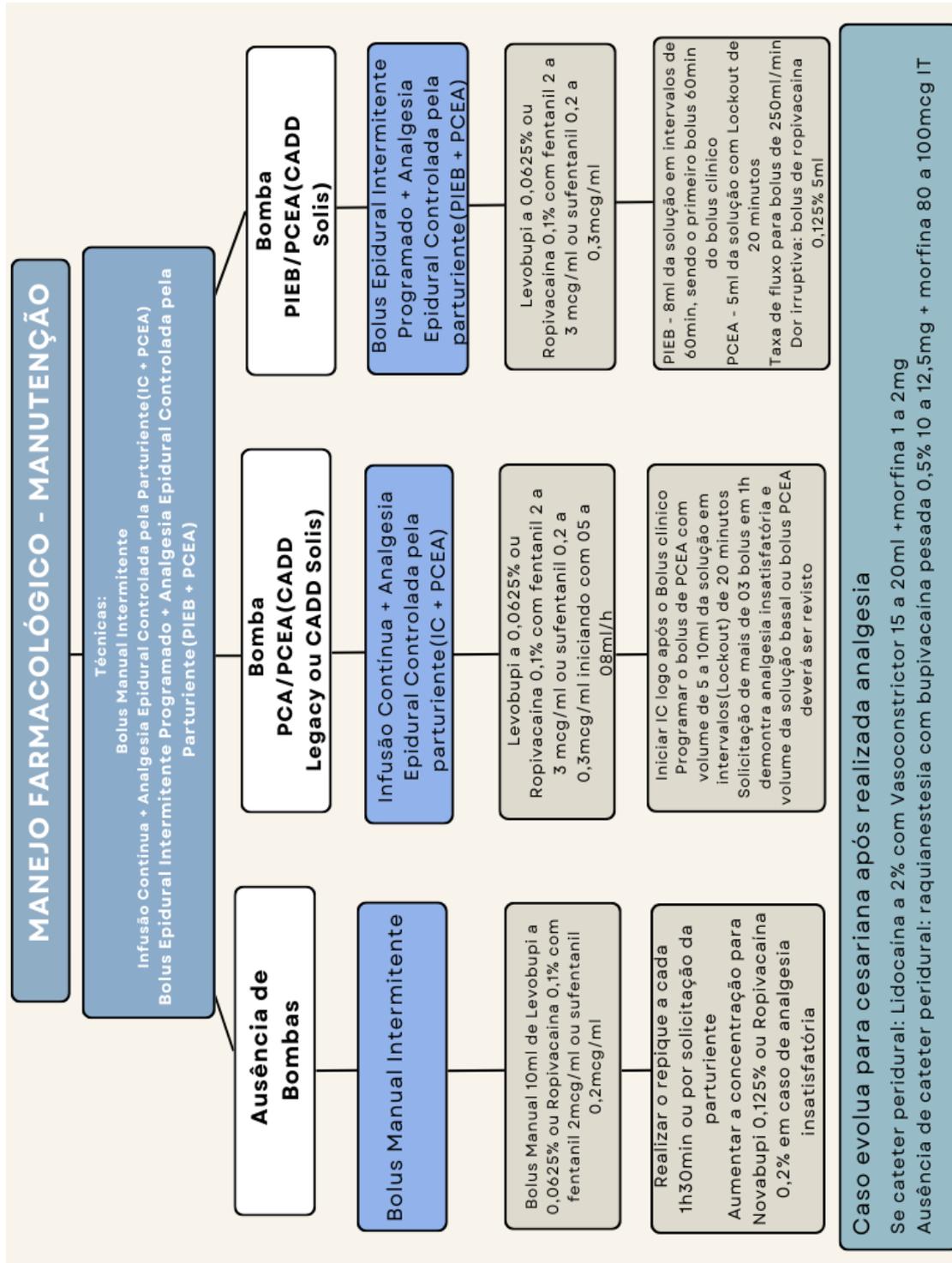
Apêndice E- Fluxograma de Manejo Farmacológico - Iniciação



Fonte: Autores do protocolo, 2023.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 34/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

Apêndice F- Fluxograma 2 – Manejo Farmacológico - Manutenção



Fonte: Autores do Protocolo, 2023

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 35/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023	Próxima revisão: 31/10/2025
		Versão: 1	

21. Anexo A - Questionário de fadiga materna

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO MATERNA DE FADIGA NO TRABALHO DE PARTO (QMFP)

Instruções:

Esse questionário tem o objetivo de identificar sintomas de fadiga (cansaço) nesse momento tão especial que é o nascimento do seu filho (a). Para que a equipe de saúde possa lhe dar a assistência mais adequada, de acordo com as suas necessidades, é importante que você responda todas as perguntas e seja a mais sincera possível. Você terá o tempo que precisar para responder.

Eu vou ler cada pergunta e você deverá responder numa escala de 1 (um) a 5 (cinco) o quanto você está se sentindo em relação a cada estado que lhe for perguntado. Não existe resposta certa ou errada, apenas iremos graduar o quanto você percebe-se fadigada no seu trabalho de parto.

Escute atentamente cada pergunta e escolha o número que melhor se aproxima do modo como você está se sentindo nesse momento.

	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
01 Você está se sentindo cansada?	1	2	3	4	5
02 A dor está te impedindo de ajudar no trabalho de parto?	1	2	3	4	5
03 Você está com sono, com os olhos pesados?	1	2	3	4	5
04 Você está conseguindo descansar entre as contrações?	1	2	3	4	5
05 Você consegue realizar atividades como mudar de posição, caminhar, ficar de cócoras ou tomar banho?	1	2	3	4	5
06 Você está sentindo o corpo ou as pernas tremendo?	1	2	3	4	5
07 Você está com medo?	1	2	3	4	5
08 Você consegue prestar atenção no que as pessoas falam a sua volta?	1	2	3	4	5
09 Está difícil entender e seguir as orientações que você está recebendo?	1	2	3	4	5
10 Você está se sentindo sem energia?	1	2	3	4	5
11 Você está sentindo necessidade de descansar?	1	2	3	4	5
12 Você está se sentindo fraca?	1	2	3	4	5
13 Você acha que precisa de ajuda para parir?	1	2	3	4	5
14 Você está se sentindo angustiada?	1	2	3	4	5
15 Você está se sentindo desanimada, impaciente ou irritada?	1	2	3	4	5

Observação: De acordo com Delgado et al, 2019 é considerado um escore de fadiga baixa uma pontuação de 15 a 50 pontos e alta fadiga acima de 50 pontos, sendo a partir daí necessário oferecer o método farmacológico.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 36/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

22. MONITORAMENTO

A partir da implantação deste protocolo, deverá ser monitorada a adesão ao seu uso em todas as parturientes em trabalho de parto através da taxa da analgesia não farmacológica e/ou farmacológica, taxa de analgesia em parto cesáreo, taxa de prescrição dos métodos farmacológicos e não farmacológicos, taxa de gerenciamento eficaz da dor e taxa de eventos adversos notificados. O monitoramento será feito a partir das análises de dados feitas das tabulações dos formulários de analgesia de parto. Este protocolo contemplará o APGAR, porém a satisfação do usuário não será possível, apesar de reconhecer a importância destes indicadores.

Taxa de analgesia em parto normal = total de pacientes de parto normal atendidas no protocolo de analgesia x 100 / total de pacientes de parto normal.

Taxa de analgesia em parto cesáreo = total de pacientes de parto cesáreo atendidas no protocolo de analgesia x 100 / total de pacientes de parto cesáreo.

Taxa de prescrição do método farmacológico = total de pacientes com tratamento farmacológico x 100 / total de pacientes atendidas no protocolo.

Taxa de prescrição de métodos não farmacológicos = total de pacientes com tratamento não farmacológico x 100 / total de pacientes atendidas no protocolo.

Taxa de gerenciamento eficaz da dor = total de pacientes sem dor após a aplicação do protocolo x 100 / total de pacientes atendidas no protocolo.

Taxa de eventos adversos notificados= total de pacientes que tiveram eventos adversos após aplicação do protocolo x 100 / total de pacientes atendidas no protocolo.

23. REFERÊNCIAS

AKKÖZ ÇEVİK, S.; KARADUMAN, S. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 17, n. 1, 2020.

ANDRADE SANTOS, S. et al. Plasmatic catecholamines after neuraxial labour analgesia: A randomised controlled trial comparing epidural versus combined spinal-epidural. **Anaesthesia Critical Care and Pain Medicine**, v. 41, n. 6, 2022.

CANGIANI, L. ET AL. A. PARA O TRABALHO DE PARTO. 8 EDIÇÃO. S. P. A. **Anestesiologia SAESP Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo**. [s.l: s.n.].

CARVALHO, B. et al. Implementation of Programmed Intermittent Epidural Bolus for the Maintenance of Labor Analgesia. **Anesthesia and Analgesia**, v. 123, n. 4, p. 965–971, 2016.

CAVALCANTI, A. C. V. et al. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 40, p. e20190026, 2019.

DE ARAGÃO, F. F. et al. **Neuraxial labor analgesia: a literature review**. **Brazilian Journal of Anesthesiology** Elsevier Editora Ltda, 2019.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 37/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

DELGADO, A. et al. Development and analysis of measurement properties of the “maternal perception of childbirth fatigue questionnaire” (MCFQ). **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 23, n. 2, p. 125–131, 2019.

DRZYMALSKI, D. M. et al. The Effect of the No Pain Labor & Delivery-Global Health Initiative on Cesarean Delivery and Neonatal Outcomes in China: An Interrupted Time-Series Analysis. **Anesthesia and Analgesia**, v. 132, n. 3, p. 698–706, 2021.

HALLIDAY, L. et al. **Comparison of ultra-low, low and high concentration local anaesthetic for labour epidural analgesia: a systematic review and network meta-analysis**. **Anaesthesia** John Wiley and Sons Inc, 2022.

LIU, X. et al. Intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusions for labor analgesia: A meta-analysis of randomized controlled trials. **PLoS ONE**, v. 15, n. 6, 2020.

MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. Efeitos da acupressão sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.

NANJI, J. A.; CARVALHO, B. **Pain management during labor and vaginal birth**. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology** Bailliere Tindall, 2020.

OJO, O. A. et al. Comparison of programmed intermittent epidural boluses with continuous epidural infusion for the maintenance of labor analgesia: A randomized, controlled, double-blind study. **Anesthesia and Analgesia**, p. 426–435, 2020.

PEREIRA, A. C. C. et al. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, 2020.

SNG, B. L.; SIA, A. T. H. **Maintenance of epidural labour analgesia: The old, the new and the future**. **Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology** Bailliere Tindall, 2017.

SONG, Y. et al. Effect of Dural Puncture Epidural Technique Combined with Programmed Intermittent Epidural Bolus on Labor Analgesia Onset and Maintenance: A Randomized Controlled Trial. **Anesthesia and Analgesia**, p. 971–978, 2021.

TANVISUT, R.; TRAIRISILP, K.; TONGSONG, T. Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 297, n. 5, p. 1145–1150, 2018.

TÜRKMEN, H.; ÇEBER TURFAN, E. The effect of acupressure on labor pain and the duration of labor when applied to the SP6 point: Randomized clinical trial. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 17, n. 1, 2020.

WONG, C. A.; MCCARTHY, R. J.; HEWLETT, B. The effect of manipulation of the programmed intermittent bolus time interval and injection volume on total drug use for labor epidural analgesia: A randomized controlled trial. **Anesthesia and Analgesia**, v. 112, n. 4, p. 904–911, abr. 2011.

YIN, H.; TONG, X.; HUANG, H. **Dural puncture epidural versus conventional epidural analgesia for labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies**. **Journal of Anesthesia** Springer, 2022.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 39/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023	Próxima revisão: 31/10/2025
		Versão: 1	

Elaboração (Grupo de Trabalho HUPAA):

Roberta Ribeiro Brandão Caldas
Médica anesthesiologista e Responsável técnica pela residência de Anesthesiologia MEC/CET SBA/ Unidade de Clínicas Cirúrgicas Especializadas

Data: ____/____/____

Rafael Peterson Soares Santos
Médico anesthesiologista e Responsável técnico do Serviço de Anesthesiologia/ Unidade de Clínicas Cirúrgicas Especializadas

Data: ____/____/____

Rafaélle Cajueiro Téofilo Oliveira
Médica ginecologista e obstetra da Maternidade do HUPAA/Unidade de Saúde da Mulher

Data: ____/____/____

Thais da Costa Oliveira
Responsável técnica de enfermagem do Centro Obstétrico/Unidade de Saúde da mulher

Data: ____/____/____

Laís Daniele Ribeiro de Melo
Enfermeira Responsável Técnica do pré-parto e triagem obstétrica/Unidade de Saúde da Mulher

Data: ____/____/____

Sarah Gonçalves Soares
Enfermeira Responsável Técnica do Alojamento Conjunto/ Unidade da Saúde da Mulher

Data: ____/____/____

Andresa Araújo de Amorim Moreira Esteves
Fisioterapeuta da Maternidade/ Unidade Multiprofissional

Data: ____/____/____

Michelle Cristina Silva de Almeida
Farmacêutica /Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação Farmacêutica

Data: ____/____/____

Análise:

Felipe Oliveira de Albuquerque
Médico Obstetra/Chefe da Unidade da Saúde da Mulher

Data: ____/____/____

Erisvaldo Ferreira Cavalcante Junior
Médico Cirurgião Geral/ Chefe da Unidade de Clínica Cirúrgica e Especialidades(UCCE)

Data: ____/____/____

Validação Interna:

Serviço de Controle de Infecção Relacionados à Assistência à Saúde
Setor de Gestão da Qualidade

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 40/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023	Próxima revisão: 31/10/2025
		Versão: 1	

<p>Validação Externa:</p> <p>Fabricio Dias Antunes Professor Assistente e Anestesiologista da Universidade Federal de Sergipe</p> <p>Fernando Souza Nani Supervisor de Anestesia Obstétrica Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e Coordenador do Núcleo de Anestesia Obstétrica da SAESP</p> <p>Ruy Leite de Melo Lins Filho Médico Anestesiologista do Hospital das Clínicas da UFPE</p> <p>Lorena Peixoto Lopes Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Isabela Karine Rodrigues Alves Médica pela UFAL; Ginecologista, Obstetra e especialista em Medicina Fetal pelo HC/FMUSP e pela FEBRASGO</p> <p>Telmo Henrique Barbosa de Lima Mestrado pela UNIFESP e Doutorado pelo IMIP</p> <p>Giselle Carlos Santos Brandão Monte Enfermeira obstétrica do Grupo AME e do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/ Docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL</p> <p>Julio Cesar Silva Oliveira Enfermeiro/ Mestre em Enfermagem/ Especialista em Enfermagem Obstétrica e em Saúde Pública.</p> <p>Maria Elisângela Torres de Lima Sanches Professora da UFAL no curso de Enfermagem/ Supervisora Geral da Maternidade Escola Santa Mônica desde 2021</p> <p>Luciana de Amorim Barros Enfermeira. Especialista em Obstetrícia – UFAL/ Residência em Saúde da Mulher – UNCISAL/ Docente UFAL/ Enfa Obstétrica - MESM (Maternidade Escola Santa Mônica</p> <p>Adélia Regina Oliveira Rosa Santana Mestre em Pesquisa em Saúde/ Doutoranda RENORBIO – UFAL/ Fisioterapeuta Especialista em Saúde da Mulher (COFITTO/ABRAFISM)/</p> <p>Rubneide Barreto Silva Gallo Fisioterapeuta (UNIT-SE/2007)/ Pós-graduada em Fisioterapia na Saúde da Mulher (UNAERP/2008)/ Título de especialista em Fisioterapia em Saúde da Mulher pelo COFFITO/ABRAFISM/2012</p>	<p>Foram coletados os aceites de todos os avaliadores da validação externa deste protocolo através da plataforma digital <i>Google Forms</i>.</p>
Aprovação:	



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCCE.008 - Página 41/41	
Título do Documento	CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL	Emissão: 31/10/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 31/10/2025

Jose Cardoso Cavalcante Junior Médico Cirurgião/ Chefe da Divisão de Gestão de Cuidado (DGC)	Data: ____/____/____
---	----------------------

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte