



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Sem comunidade

Scielo

2012

Grau de dilatação cervical e solicitação da analgesia regional por parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e rotas

Rev. dor, v.13, n.1, p.30-34, 2012

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/40255>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

Grau de dilatação cervical e solicitação da analgesia regional por parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e rotas*

Level of cervical dilatation and request for regional analgesia by pregnant women with intact and ruptured chorioamniotic membrane

Rubneide Barreto Silva Gallo¹, Licia Santos Santana¹, Alessandra Cristina Marcolin², Cristine Homs Jorge Ferreira³, Silvana Maria Quintana⁴

* Recebido do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão. Ribeirão Preto, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Durante o processo de parturição, diversos fatores alteram a intensidade da dor, tais como a paridade, a rotura de membranas corioamnióticas, a dilatação cervical, bem como influências culturais e ambientais. Assim, os objetivos deste estudo foram verificar o número de requisições de analgesia regional e o grau de dilatação cervical no momento da solicitação da analgesia pelas parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e aquelas com corioamniorrexe.

MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com análise de 208 prontuários de parturientes primigestas, 129 com membranas corioamnióticas íntegras e 79 com corioamniorrexe, assistidas no Centro da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto, SP, no período de novembro de 2008 a maio de 2009. Para análise estatística dos dados foram utilizados os testes de Mann-

-Whitney e o Qui-quadrado, com nível de significância $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS: Foi solicitada analgesia regional por 87,9% das parturientes selecionadas para esta pesquisa. A média da dilatação cervical para as pacientes com membranas íntegras foi de $6,26 \pm 1,67$ cm e para aquelas com corioamniorrexe foi com dilatação de $6,11 \pm 1,75$ cm, não havendo diferença significativa entre esses dois grupos de parturientes ($p = 0,12$). Em relação ao tipo de analgesia, houve predomínio do duplo bloqueio, sem diferenças significativas entre os dois grupos avaliados ($p = 0,84$).

CONCLUSÃO: A maioria das parturientes deste estudo solicitou analgesia regional tipo duplo bloqueio com em média 6 cm, de acordo com a dilatação cervical, não havendo diferença entre primigestas com membranas corioamnióticas rotas e íntegras.

Descritores: Analgesia, Humanização de assistência, Trabalho de parto.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Several factors change pain intensity during parturition, such as parity, chorioamniotic membranes rupture, cervical dilatation, in addition to cultural and environmental influences. So, this study aimed at checking the number of regional analgesia requests and the level of cervical dilatation at analgesia request by parturients with intact chorioamniotic membranes and those with chorioamniorrhesis.

METHOD: This is a descriptive and retrospective study which analyzed 208 medical charts of primiparous parturients, 129 with intact chorioamniotic membranes and 79 with chorioamniorrhesis, assisted by the Women Health Center of Ribeirão Preto, SP, from November 2008

1. Pós-Graduada (Mestrado) em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil.

2. Professora Doutora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil.

3. Professora de Doutorado do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil.

4. Professora Doutora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) e Diretora Geral do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto (MATER), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Endereço para correspondência
Dra. Rubneide Barreto Silva Gallo
Avenida Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP/USP
14049-900 Ribeirão Preto, SP.
E-mail: rubneidegallo@gmail.com

to May 2009. Mann-Whitney and Chi-square tests were used for statistical analysis with significance level $p < 0.05$ and 95% confidence interval.

RESULTS: Regional analgesia was requested by 87.9% of the parturients selected for this research. Mean cervical dilatation for intact membrane patients was 6.26 ± 1.67 cm and for those with chorioamniorrhesis it was 6.11 ± 1.75 cm, without significant difference between groups ($p = 0.12$). With regard to the type of analgesia there has been predominance of double block, without significant differences between groups ($p = 0.84$).

CONCLUSION: Most parturients have requested double block regional analgesia with mean cervical dilatation of 6 cm, with no difference between intact and ruptured chorioamniotic membranes.

Keywords: Analgesia, Assistance humanization, Labor.

INTRODUÇÃO

Durante o processo de parturição, a dor, caracterizada como aguda e de alta intensidade, surge como uma experiência subjetiva e individual envolvendo uma ampla interação entre fatores fisiológicos e psicossociais¹. Muitos destes fatores, tais como a paridade, a rotura de membranas corioamnióticas, a dilatação cervical, assim como influências culturais e ambientais, alteram a intensidade da dor².

Métodos não farmacológicos e farmacológicos podem auxiliar no alívio da dor do trabalho de parto. Apesar de existirem evidências que comprovem os benefícios de recursos não farmacológicos, como massagens, hidroterapia, deambulação e eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), a utilização destas técnicas ainda é uma prática pouco utilizada nas maternidades no Brasil^{3,4}.

A analgesia regional peridural, subdural ou duplo bloqueio permite adequado controle da dor de parturientes em todas as fases clínicas do parto, desde que sejam empregados volumes e doses adequados, que resultarão em alterações hemodinâmicas e bloqueio motor mínimos, possibilitando a deambulação⁵⁻⁷. A analgesia regional combinada é uma opção que vem ganhando popularidade por causa da curta latência e eficácia no trabalho de parto. A administração de agonista opioide, por via subaracnoidea, controla a dor da fase de dilatação do trabalho de parto, e a injeção de anestésico local por cateter peridural alivia a dor no período expulsivo⁸.

Os objetivos deste estudo foram verificar o número de requisições de analgesia regional e o grau de dilatação cervical no momento da solicitação da analgesia pelas parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e aquelas com corioamniorrexe.

MÉTODO

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP, nº 4262/2009, realizou-se estudo retrospectivo e descritivo baseado na avaliação de prontuários médicos de mulheres internadas, para assistência ao trabalho de parto, em uma maternidade pública de Ribeirão Preto, SP (Centro de Referência da Saúde da Mulher – MATER).

Foram selecionados prontuários no período de novembro de 2008 a maio de 2009 de parturientes que seguiram os critérios de inclusão: primigestas, com idade gestacional superior a 37 semanas, membranas corioamnióticas íntegras e/ou corioamniorrexe até o momento da admissão ao Centro Obstétrico. Foram incluídas 208 parturientes, sendo 129 com membranas corioamnióticas íntegras e 79 com corioamniorrexe.

Os dados foram coletados por protocolo que contemplou os seguintes parâmetros: idade da paciente, estado civil, ocupação considerando apenas se empregada ou não, grau de escolaridade, integridade das membranas corioamnióticas, dilatação cervical no momento da solicitação da analgesia regional e tipo da analgesia regional.

Para a análise estatística foi utilizado o software SAS[®] 9.0. Para verificar se havia associação entre parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e com corioamniorrexe em relação à idade, grau de escolaridade, ocupação e estado civil foram utilizados os testes Exato de Fisher e Wilcoxon. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar a dilatação cervical no momento de solicitação da analgesia entre as pacientes com membranas corioamnióticas íntegras e rotas. O teste do Qui-quadrado foi utilizado para avaliar o tipo de analgesia utilizada nos grupos estudados. O nível de significância calculado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

A idade média das pacientes foi de 20 anos, não havendo diferença entre os grupos ($p = 0,07$). A maioria das pacientes em ambos os grupos tinha completado ensino médio, porém houve diferença entre os grupos ($p = 0,02$) (Tabela 1), pois o número de parturientes com corioamniorrexe que tinha o ensino médio era maior do que o número de parturientes com membranas corioamnióticas íntegras com o ensino médio. Quanto ao estado civil, a maioria das parturientes informou união consensual, porém não houve diferença entre os grupos ($p = 0,27$) (Tabela 1).

A maioria das pacientes em ambos os grupos estava desempregada, no entanto houve diferença entre os grupos

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos grupos bolsa íntegra e bolsa rota

	Grupo BI (n (%))	Grupo BR (n (%))	Total	Valor de p
Escolaridade				
Fundamental	52 (40%)	18 (23%)	70	0,02
Médio	75 (58%)	59 (75%)	134	
Superior	2 (2%)	2 (2%)	4	
Estado civil				
União consensual	67 (52%)	36 (46%)	103	0,27
Casada	22 (17%)	21 (27%)	43	
Solteira	40 (31%)	22 (27%)	62	
Ocupação				
Desempregada	111 (86%)	49 (62%)	160	<0,001
Empregada	18 (14%)	30 (38%)	48	

BI = bolsa íntegra; BR = bolsa rota

($p < 0,001$) (Tabela 1), pois havia maior número de pacientes desempregada com bolsa amniótica íntegra do que com bolsa rota.

Apenas 12,1% das parturientes não receberam analgesia. Das 87,9% que solicitou a aplicação da analgesia regional, a mesma foi solicitada com dilatação cervical média de $6,21 \pm 1,7$ cm.

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,12$) quando se considerou as primíparas com bolsa amniótica íntegra ($n = 117$) e bolsa rota ($n = 66$), pois a média da dilatação quando foi solicitada a analgesia foi de $6,26 \pm 1,67$ e $6,11 \pm 1,75$ cm, respectivamente (Gráfico 1).

Em relação ao tipo de analgesia utilizada durante o trabalho de parto, verificou-se prevalência da combinada em 67,8% das parturientes, seguida da peridural em 21,3% e subaracnoidea em 10,9%. Não houve associação entre o tipo de analgesia utilizada nas parturientes com bolsa amniótica íntegra ou rota ($p = 0,84$).

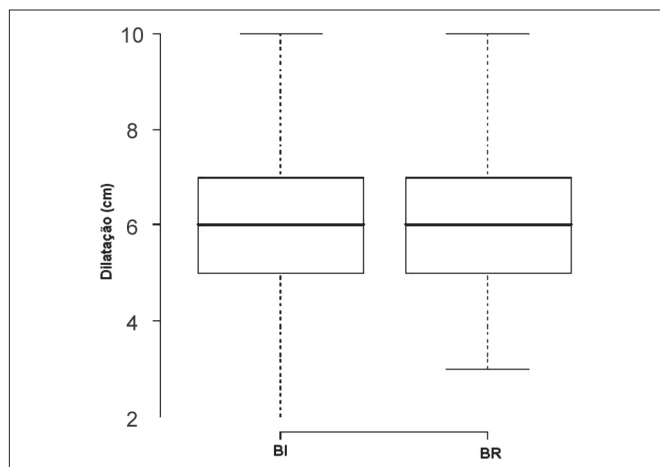


Gráfico 1 – Média de solicitação de analgesia regional para parturientes com bolsa íntegra e bolsa rota
BI = bolsa íntegra; BR = bolsa rota

DISCUSSÃO

A dor no trabalho de parto é um sintoma de difícil avaliação devido ao seu caráter subjetivo e cuja intensidade pode ser considerada insuportável para um grande número de parturientes. Santana e col. avaliaram a intensidade da dor de 91 primigestas na fase ativa do trabalho de parto, com dilatação cervical de 4-5 cm. Foi observado que a média de intensidade da dor relatada pelas parturientes por meio da escala categórica numérica foi de 7,37, destacando a dor nesta fase do trabalho de parto como de alta intensidade⁹. Portanto, é imperativo que ações de saúde propiciem condições não somente seguras, mas voltadas aos aspectos de humanização do parto. Receber uma atenção durante o trabalho de parto que ofereça a possibilidade de controle da dor quando, e, se necessário, é um direito da mulher brasileira, garantido por portarias do Ministério da Saúde (2.815 de 1998 e, posteriormente, a 572 de 2000), que incluem a analgesia de parto e a utilização dos recursos não farmacológicos no trabalho de parto que têm sido utilizados ao longo de toda história¹⁰.

Estudo relata diferenças entre a visão da gestante e do obstetra durante e após o trabalho de parto, especialmente em relação à intensidade da dor durante o trabalho de parto¹¹. Alguns autores relatam que marcantes diferenças na escolaridade dos grupos estudados podem indicar disparidade socioeconômica¹². Estas variáveis parecem exercer influência na dor entre as parturientes, mas não foram encontrados estudos abordando diretamente a relação da escolaridade e ocupação com a dor do trabalho de parto.

Notou-se que no grupo bolsa amniótica rota 75% das parturientes possuía maior nível de escolaridade (ensino médio), esperava-se que tal grupo apresentasse maior to-

lerância a dor, haja vista, que melhores condições educacionais favorecem ao melhor entendimento do processo fisiológico do trabalho de parto e conseqüentemente maior preparo para enfrentar esta fase. Já o desemprego é uma questão social bastante discutida e que influencia diretamente no psicológico do indivíduo e principalmente quando se trata de uma mãe responsável por um ser recém chegado ao mundo. Essa questão foi abordada a partir do resultado encontrado no grupo de bolsa amniótica íntegra, onde 86% das mulheres deste grupo não exerciam atividade remunerada.

Em relação ao momento de aplicação da analgesia, a instituição segue as recomendações do Ministério da Saúde, ou seja, quando solicitada pela parturiente. De acordo com a amostra deste estudo observou-se que as parturientes solicitaram analgesia com 6 cm de dilatação cervical, em média.

A rotura prematura das membranas é um dos fatores que provoca aumento da dor com a evolução do trabalho de parto, pois foi perdida a função de amortizar o ambiente fetal contra traumas².

Apesar do conhecimento destes fatores, esperava-se que as parturientes com rotura da bolsa apresentassem dor mais intensa e com isso solicitassem analgesia precocemente. Porém, neste estudo, não foi evidenciado diferença significativa no momento de solicitação de analgesia para parturientes com bolsa amniótica íntegra ou rota.

Entretanto, ainda não existe consenso na prática obstétrica atual acerca do momento adequado de realizá-la e seus efeitos sobre o trabalho de parto, o parto, o bem-estar materno e fetal.

Alguns estudos demonstram que a analgesia deve ser contraindicada nas fases iniciais do trabalho de parto, por levar a um aumento no índice de cesarianas por distócia^{13,14}. No entanto, recente publicação descreve que a associação da analgesia peridural contínua e o aumento de cesariana é apenas um mito⁷.

Metanálise abrangendo 34 estudos, que teve como objetivo caracterizar os estudos produzidos nacional e internacionalmente acerca da analgesia obstétrica. No ponto que se refere ao momento de se realizar a analgesia durante o trabalho de parto, destaca ser ainda um tema bastante questionável. Porém, dos estudos observados, um autor experimentou a aplicação da analgesia no período expulsivo, outro em fase inicial do trabalho de parto (< 5 cm de dilatação), oito aguardaram a cervice atingir 5 cm¹².

Quanto ao tipo de analgesia utilizada neste estudo, houve uma prevalência do duplo bloqueio. Estudo com 40

parturientes divididas em dois grupos que receberam analgesia peridural e outro a técnica de duplo bloqueio para analgesia no trabalho de parto, com o objetivo de comparar os efeitos na mãe e no feto de ambas as técnicas. Os resultados demonstraram que não houve diferenças significativas entre os grupos na intensidade da dor, no tempo de latência, no nível do bloqueio sensitivo e no índice de Apgar. Porém o bloqueio motor, a duração da analgesia e o tempo de trabalho de parto foram maiores no grupo duplo bloqueio, do qual sete parturientes apresentaram prurido leve².

Corroborando com o estudo anterior estudo que aleatorizou 40 parturientes em trabalho de parto com dilatação cervical entre 4 e 5 cm em dois grupos que recebeu analgesia peridural contínua e o grupo que recebeu analgesia combinada. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos em relação ao tempo entre o início da analgesia e a dilatação cervical completa, bem como em relação ao tempo da duração do período expulsivo, incidência de cesariana relacionada com a analgesia, parâmetros hemodinâmicos maternos e vitalidade do recém-nascido. No entanto a técnica combinada proporcionou um rápido e imediato alívio da dor⁸.

Revisão sistemática envolvendo 14 estudos aleatorizados e controlados com 2.047 mulheres comparou os efeitos da analgesia tipo duplo bloqueio com a analgesia peridural durante o trabalho de parto. Os autores concluíram que o duplo bloqueio leva menos tempo, a partir da primeira administração, para o alívio efetivo da dor e aumenta a incidência de satisfação materna. No entanto, as mulheres que recebem esse tipo de analgesia apresentaram mais prurido e demonstraram que não existe diferença nos tipos de analgesia de parto na incidência de parto com fórceps, na mobilidade materna, na cefaleia pós-punção dural, nas taxas de cesarianas ou na admissão de bebês na unidade neonatal¹⁴.

Outra revisão avaliou os efeitos da analgesia peridural, incluindo sua combinação com a subdural e compararam com mulheres e recém-nascidos que não receberam alívio de dor durante o trabalho de parto. Foram incluídos 21 estudos aleatorizados e controlados com 6.664 mulheres. Concluiu-se que a analgesia peridural parece ser eficaz no alívio da dor durante o trabalho de parto, porém as mulheres que fizeram uso deste tipo de analgesia apresentaram maior risco de parto instrumental¹⁵.

A analgesia de parto consiste em um efetivo recurso de alívio de dor, como demonstrou estudo em que foi mensurada a intensidade da dor após ser realizado duplo bloqueio durante o trabalho de parto e compararam com um grupo que não recebeu analgesia, sendo observado que a

dor do grupo que recebeu analgesia foi estatisticamente menor, como era esperado¹⁶.

A literatura disponibiliza diversos estudos avaliando a eficácia das técnicas de analgesia no trabalho de parto, porém poucos estudos avaliaram a duração do seu efeito e número de doses de manutenção aplicadas nas parturientes.

Sabe-se que altas doses de analgésicos podem ser prejudiciais à mãe e ao feto⁵. Por isso a aplicação dos recursos não farmacológicos no início da fase ativa do trabalho de parto além de ser efetiva no alívio da dor, posterga o uso da analgesia para uma fase mais avançada da dilatação cervical.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que as parturientes tenham disponíveis recursos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. Portanto a combinação destes recursos constitui de benefícios não somente para as parturientes, como para equipe de saúde pela sua interdisciplinaridade e para a instituição, pela redução de custos e por favorecer a humanização.

CONCLUSÃO

A maioria das parturientes solicitou analgesia regional e o momento de solicitação da mesma de acordo com a dilatação cervical foi de aproximadamente 6 cm, não havendo diferença entre primigestas com membranas corioamnióticas rotas e íntegras.

REFERÊNCIAS

1. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstetric* 2002;186(5):16-24.
2. Nakamura G, Ganem EM, Rugolo LMSS, et al. Efeitos maternos e fetais da analgesia de parto pelas técnicas peridural e duplo bloqueio. *Rev Assoc Med Bras* 2009;55(4):405-9.
3. Mamede FV, de Almeida AM, de Souza L, et al. Pain during the labor active phase: the effect of walking. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007;15(6):1157-62.
4. Davim RM, Torres G V, Melo ES. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pré-testing of an instrument. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007;15(6):1150-6.
5. Martins E, Marques MJ, Tome J. Analgesia epidural obstétrica. *Rev Port Clin Geral* 2002;18(1):163-8.
6. Millicent AS, Rebeca S, Charlotte JH. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2009.
7. Pandya ST. Labour analgesia: recent advances. *Indian J Anaesth* 2010;54(5):400-8.
8. Côrtes CA, Sanchez CA, Oliveira AS, et al. Labor analgesia: a comparative study between combined spinal-epidural anesthesia versus continuous epidural anesthesia. *Rev Bras Anesthesiol* 2007;57(1):39-51.
9. Santana LS, Gallo RBS, Marcolin AC, et al. Avaliação da intensidade da dor na fase ativa do trabalho de parto em primigestas. *Rev Dor* 2010;11(3):214-7.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
11. Roncone APL, Perdichizzi FS, Pires OC, et al. Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. *Rev Dor* 2010;11(4):277-81.
12. Bruce B, Fries JF, Murtagh KN. Health status disparities in ethnic minority patients with rheumatoid arthritis patients: a cross sectional study. *J Rheumatol* 2007;34(7):1475-9.
13. Baraldi ACP, Almeida AM, Panobianco MSP, et al. O uso da analgesia Peridural em Obstetrícia: Uma Meta-análise. *Rev Enferm UERJ* 2007;15(1):64-71.
14. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural or ninguna analgesia para el trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus* 2008;2.
15. Simmons SW, Cyna AM, Dennis AT, et al. Analgesia espinal y epidural combinadas versus analgesia epidural en el trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus* 2008;2.
16. Zambrano E, Saltareli S, Hortense P, et al. Escala de razão da intensidade de dor pós analgesia durante o trabalho de parto. *Rev Dor* 2006;7(3):827-31.

Apresentado em 02 de agosto de 2011.

Aceito para publicação em 27 de outubro de 2011.