

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC
COORDENAÇÃO GERAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL PESQUISA EM SAÚDE**

ROBERTA RIBEIRO BRANDÃO CALDAS

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE
UM PROTOCOLO INTERPROFISSIONAL DE ANALGESIA
DE PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE
ALAGOAS**

Maceió
2023

ROBERTA RIBEIRO BRANDÃO CALDAS

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE
UM PROTOCOLO INTERPROFISSIONAL DE ANALGESIA
DE PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE
ALAGOAS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestra em Pesquisa em Saúde, pelo Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde do Centro Universitário CESMAC, na modalidade Profissional, como requisito para obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Maria Soares Ferreira
Co-orientadora: Profa. Dra. Bárbara Patrícia da Silva Lima

Maceió
2023

REDE DE BIBLIOTECAS CESMAC
SETOR DE TRATAMENTO TÉCNICO

C145d Caldas, Roberta Ribeiro Brandão

Desenvolvimento e avaliação da qualidade de um protocolo interprofissional de analgesia de parto em um Hospital Público do Estado de Alagoas / Roberta Ribeiro Brandão Caldas – Maceió: 2024.
48 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde) – Centro Universitário CESMAC, Coordenação geral de Pesquisa e Pós-Graduação, Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde, Maceió – AL, 2024.

Orientadora: Sonia Maria Soares Ferreira.

Coorientadora: Bárbara Patrícia da Silva Lima.

1. Analgesia. 2. Dor de parto. 3. Trabalho em equipe. 4. Protocolo clínico.
5. Estudo de validação. I. Ferreira, Sonia Maria Soares. II. Lima, Bárbara Patrícia da Silva. III. Título.

CDU: 618.4-089.5

Bibliotecária: Ana Paula de Lima Fragofo Farias – CRB/4 - 2195

CESMAC

CENTRO UNIVERSITÁRIO

Rua Cônego Machado, 517 - Farol, Maceió-AL, Brasil CEP 57051-100 - CP 124
Fones: (+55) 82 3215-6000 - Telex (+55) 82 3221-0402 - www.cesmac.com.br e-mail: presidencia@cesmac.com.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

NOME: ROBERTA RIBEIRO BRANDÃO CALDAS

DATA: 15 de dezembro de 2023

LOCAL: Campus IV do Centro Universitário Cesmac

Rua Prof. Ângelo Neto, N° 51 – Farol – Sala de Aula 32

HORA: 10:00h

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Kristiana Cerqueira Mousinho – 1º Examinador Interno / Presidente da banca

Profa. Dra. Isabele Rejana de Oliveira Maranhão Pureza – 2º Examinador Interno

Prof. Dr. Fabrício Dias Antunes – 3º Examinador Externo ao programa

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE UM PROTOCOLO INTERPROFISSIONAL DE ANALGESIA DE PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE ALAGOAS**”.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Sonia Maria Soares Ferreira

COORDENADORA: Profa. Dra. Bárbara Patrícia da Silva Lima

CONCEITO EMITIDO: Aprovada

Kristiana Mousinho

Profa. Dra. Kristiana Cerqueira Mousinho
1º Examinador interno / Presidente da banca

Isabele Rejana

Profa. Dra. Isabele Rejana de Oliveira Maranhão Pureza
2º Examinador interno ao programa

Prof. Dr. Fabrício Dias Antunes
3º Examinador externo ao programa

020

Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde
Recomendado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)
Reconhecido pela portaria/MEC nº 1.331, de 08 de novembro de 2012.

ROBERTA RIBEIRO BRANDÃO CALDAS

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE
UM PROTOCOLO INTERPROFISSIONAL DE ANALGESIA
DE PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE
ALAGOAS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestra em Pesquisa em Saúde, pelo Programa de Pós-graduação em Pesquisa em Saúde do Centro Universitário CESMAC, na modalidade Profissional, como requisito para obtenção do título de Mestra.

Data da defesa em: 15/12/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Kristiana Cerqueira Mousinho _____
Instituição à que pertence a Presidente: **CESMAC**

Prof. Dr. Fabricio Dias Antunes _____
Instituição à que pertence o Examinador externo: **UFS**

Profa. Dra. Isabele Rejane de Oliveira Maranhão _____
Instituição à que pertence a Examinadora Interna: **CESMAC**

RESUMO

Objetivo: Desenvolver e avaliar a qualidade de um protocolo interprofissional de analgesia de parto para as parturientes de baixo e médio risco, com indicação de parto vaginal, em um Hospital Universitário do Estado de Alagoas. **Material e método:** É estudo descritivo para desenvolvimento e análise da qualidade de um protocolo interprofissional de analgesia de parto. O protocolo foi elaborado por um grupo de trabalho composto por médicos anesthesiologistas e obstetra, enfermeiras obstétricas, fisioterapeuta obstétrica e farmacêutica, que exercem cargos de liderança na unidade de saúde da mulher do referido hospital. Para a validação, foram convidados dezesseis especialistas, por meio de amostragem não probabilística por conveniência e o instrumento de avaliação usado foi o *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II®)*, que 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”). A análise dos dados obtidos das avaliações dos *especialistas* foi realizada por meio de cálculo da adequabilidade proposto pelo AGREE II®, além do Coeficiente de Variação de *Person* (CVP), que fornece a variação dos dados obtidos em relação à média. Para o AGREE, optou-se por um ponto de corte de 70% para cada domínio. **Resultado:** A avaliação da qualidade do protocolo foi respondida por doze dos dezesseis especialistas convidados para a etapa da validação, denominados de A1 a A12. O domínio 1 obteve pontuação de 93,9%; o domínio 2, 87,9%; o domínio 3, 93,9%; o domínio 4 obteve a maior pontuação 96,2%; o domínio 5, 76,0% e o domínio 6, 94,4%. Quanto à avaliação global, onze especialistas atribuíram nota máxima ao protocolo e recomendaram seu uso na prática clínica sem necessidade de alterações. Todos os domínios apresentaram o CVP abaixo de 25%, apontando um conjunto de dados homogêneos. **Conclusão:** O protocolo interprofissional de cuidados e gerenciamento de analgesia do parto normal apresentou alta qualidade para uso na prática clínica, conforme diretrizes do AGREE II.

Palavras-chave: analgesia; dor de parto; trabalho em equipe; protocolo clínico; estudo de validação.

ABSTRACT

Objective: Assessing the quality of an interprofessional protocol for labour analgesia for low- and medium-risk parturients with an indication for vaginal delivery at a University Hospital in the state of Alagoas. **Material and method:** This is a descriptive study to analyze the quality of an interprofessional protocol for labor analgesia. The protocol was made by a working group of anesthesiologists and obstetricians, obstetric nurses, an obstetric physiotherapist and a pharmacist who hold leadership roles in the women's health unit at the previously mentioned hospital. Sixteen experts were invited for validation through non-probabilistic convenience sampling and the evaluation tool was the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II^{□□}), which consists of 23 items, organized into six domains, each capturing a single dimension of guideline quality (1. Scope and purpose; 2. Stakeholder engagement; 3. Accuracy of development; 4. Clarity of presentation; 5. Applicability; 6. Editorial independence), followed by two global rating items ("global assessment"). The data obtained from the Experts' evaluations was analyzed using the adequacy calculation proposed by AGREE II itself, as well as the Person Coefficient of Variation (PCV), which provides the variation of the data obtained in relation to the average. The coefficient is considered low when it is less than or equal to 25%. For AGREE, a cut-off point of 70% was chosen for each domain. **Results:** The quality assessment of the protocol was answered by twelve of the sixteen experts invited to the validation stage, called A1 to A12. Domain 1 obtained a score of 93.9%; domain 2, 87.9%; domain 3, 93.9%; domain 4 obtained the highest score 96.2%; domain 5, 76.0% and domain 6, 94.4%. As for the overall assessment, eleven specialists gave the protocol full marks and recommended its use in clinical practice without the need for any changes. All domains had a CVP below 25%, indicating a homogeneous set of data. **Conclusion:** The interprofessional protocol for the care and management of analgesia in normal childbirth presented high quality for use in clinical practice, according to the AGREE II guidelines.

Keywords: analgesia; labor pain; teamwork; clinical protocol; validation study.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a minha família. Ao meu marido Nadson que sempre acreditou no meu potencial e as minhas filhas Marina e Milena por aparentemente compreender que eu precisei me ausentar, incontáveis vezes, para trilhar esta jornada incrível que é a do mestrado. Dedico a minha filha Júlia que ainda em meu ventre compartilhou de momentos felizes durante o meu primeiro ano de mestrado e, hoje, mesmo sem entender a ausência da mamãe tenho certeza de que terá orgulho da minha perseverança e história acadêmica.

Dedico também aos meus pais Marcone e Rosilda que sempre me ensinaram que o caminho do estudo é o único para se alcançar sonhos e que desistir não é uma opção. Dedico ao meu irmão, cunhada e sobrinhos que são também uma base importante para nossa família. Todos nos viemos de uma família que nunca teve nada fácil. E como é bom o sentimento de vencer pelo estudo, dedicação e amor ao trabalho.

Dedico, finalmente, a minha sogra Simone pelas inúmeras vezes que ajudou seja cuidando das minhas filhas, seja as ensinando a tarefa da escola, seja as fazendo dormir porque a mamãe delas precisou priorizar o sonho de ser mestre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que é o meu alimento e fortaleza diária. São nas nossas conversas diárias e matinais que encontro o amparo diante de uma vida com tantas responsabilidades no trabalho, com a família e com o cuidado comigo mesma.

Agradeço a instituição CESMAC pela oportunidade de fazer um mestrado profissional com seriedade. Agradeço a minha orientadora Prof. Dra. Sonia, por ter desde o nosso primeiro contato durante a seleção deste mestrado valorizado o meu propósito de realização e embarcado comigo no sonho de mudar a realidade da maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA). Foi orientadora, parceira, cuidadosa e acreditou neste projeto até mais que eu. Agradeço também a minha orientadora Prof. Dra. Bárbara que aceitou juntar-se a nós mesmo com o projeto em andamento e que não soltou as minhas mãos sendo muitas vezes um porto seguro diante das incertezas.

Agradeço aos meus colegas de turma que por um ano inteiro foram parceiros da jornada se caracterizando numa turma alegre e “comilona” (os lanches e cafés sempre presentes)

Agradeço a todos os profissionais que participaram na elaboração do protocolo comigo. Foram muitas horas dedicadas a este projeto. Além daqueles que participaram da validação externa e interna. Sei que foi muito trabalhoso, mas resultou em um produto lindo que causará impacto na assistência obstétrica do HUPAA. Agora sim! Seremos uma maternidade ainda mais HUMANIZADA proporcionando o alívio da dor as nossas parturientes.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Visão Geral das Etapas de Elaboração do Protocolo..... | 29 |
| Figura 2 - Exemplo do Cálculo da Pontuação do AGREE II | 31 |
| Figura 3 – Visão Geral das Etapas de Validação do protocolo..... | 33 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Apresentação dos resultados da análise da qualidade metodológica com a Escala de Jadad | 49 |
| Quadro 2 – Distribuição dos escores e adequabilidade do protocolo conforme os domínios do AGREE II | 37 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Valores do desvio padrão(S), média (\bar{X}) e Coeficiente de Varição de Pearson (CVP) por domínio do AGREE II..... | 38 |
|--|----|

LISTA DE SIGLAS

HUPAA: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

EBSERH: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

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

ASA: SOCIEDADE AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA

TCLE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INR: INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO

TTPA: TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

FC: FREQUÊNCIA CARDÍACA

PANI: PRESSÃO ARTERIAL NÃO INVASIVA

PCA: ANALGESIA CONTROLADA PELO PACIENTE

PIEB: BOLUS EPIDURAL INTERMITENTE PROGRAMADO

DPE: EPIDURAL COM PUNÇÃO DURAL

PCEA: ANALGESIA EPIDURAL CONTROLADA PELO PACIENTE

AGREE II: APPRAISAL OF GUIDELINES RESEARCH & EVALUATION

CVP: COEFICIENTE DE VARIAÇÃO DE PEARSON

INPI: INSTITUTO NACIONAL DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL

EIP: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

GE: GRUPO ELABORADOR

Sumário

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 18 |
| 2.1 Atenção ao parto..... | 18 |
| 2.2 Motivos da escolha pela cesariana | 18 |
| 2.3 Repercussões da dor do parto | 19 |
| 2.4 Analgesia não farmacológica | 20 |
| 2.5 Analgesia farmacológica | 22 |
| 2.6 Prática colaborativa interprofissional na atenção ao parto..... | 25 |
| 2.7 Benefícios da implantação de protocolos de analgesia..... | 26 |
| 3 OBJETIVO | 27 |
| 3.1 Objetivo geral | 27 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 27 |
| 4. MATERIAL E MÉTODO | 27 |
| 4.1 Tipo de estudo..... | 27 |
| 4.2 Procedimentos para coleta de dados | 27 |
| 4.2.1 Para a atividade de elaboração do protocolo | 27 |
| 4.2.2 Para a atividade de validação do protocolo | 30 |
| 5 RESULTADOS | 34 |
| 5.1 Da elaboração do protocolo..... | 34 |
| 5.2 Da validação externa do protocolo | 35 |
| 5.2.1 Avaliação pelos especialistas..... | 35 |
| 5.2.2 Avaliação crítica das recomendações pelo GE | 36 |
| 5.2.3 Reavaliação pelos especialistas | 36 |
| 5.3 Da análise, validação interna e aprovação final do protocolo..... | 39 |
| 6 DISCUSSÃO | 40 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 45 |
| 8 APLICABILIDADE DO ESTUDO E CONTRIBUIÇÕES PARA A SOCIEDADE | 46 |
| 9 PRODUTOS EXTRAS | 46 |
| 9.1 Aplicativo de Analgesia de Parto..... | 46 |
| REFERÊNCIAS | 48 |
| APÊNDICE I | 52 |
| APÊNDICE II – REPRESENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE BUSCA | 53 |
| APÊNDICE III – SOLICITAÇÃO DE USO DA FERRAMENTA AGREE II | 56 |
| APÊNDICE IV – LISTA DE ESPECIALISTAS QUE RESPONDERAM O FORMULÁRIO | 58 |
| APÊNDICE V – COMENTÁRIOS DOS ESPECIALISTAS (PRIMEIRA ETAPA) | 62 |

| | |
|--|------------|
| APÊNDICE VI - COMENTÁRIOS DOS ESPECIALISTAS (REAVLIAÇÃO)..... | 76 |
| APÊNDICE VII – PROTOCOLO INTERPROFISSIONAL DE ANALGESIA DE PARTO..... | 77 |
| APÊNDICE VIII – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS TELAS DO APLICATIVO | 119 |
| ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 124 |
| ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO USO DA FERRAMENTA AGREE II..... | 128 |
| ANEXO III – PEDIDO DE REGISTRO DE PROGRAMA DE COMPUTADOR – RPC | 129 |

1 INTRODUÇÃO

A atenção ao parto no Brasil, cada vez mais, passa pelo processo de humanização, que se dá pela valorização da atenção pré-natal e puerperal, acolhendo a mulher desde antes da gestação, assegurando o seu progresso e o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (SIMÕES et al., 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que taxas de cesariana acima de 10 a 15% não se relacionam a redução de mortalidade materna e neonatal. Apesar de ser uma intervenção que salva vidas de mulheres e recém-nascidos na vigência de complicações durante o parto normal como hemorragia, sofrimento fetal, apresentação fetal anormal ou doença hipertensiva, o grande aumento do uso da cesariana, por vezes sem indicação médica, é preocupante, dados os riscos tanto maternos como fetais (BOERMA et al., 2018).

A cesariana eletiva sem indicação clínica quando comparada ao parto vaginal está relacionada com maior morbidade materna, implicando também em maior permanência hospitalar, correlacionada a maiores gastos aos serviços de saúde (SIMÕES et al., 2022). Portanto, a alta taxa de cesariana pode resultar em aumento do risco de complicações maternas, como infecção, hemorragia e até morte (ZHAO et al., 2020), além do seu uso excessivo em alguns países ser um fator que limita os recursos que poderiam ser usados para lugares que tem subutilizado este tipo de procedimento levando a um aumento de mortalidade e morbidade materna e neonatal (BETRÁN et al., 2018; BETRAN et al., 2021).

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 a dor do parto vaginal influenciam o bem-estar materno e fetal, bem como a evolução do trabalho de parto (DE ARAGÃO et al., 2019^a; SNG; sai, 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 a 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).

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).

A analgesia neuro axial 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 50.000 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 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 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 de Saúde Global no Trabalho de Parto e Parto sem dor (NPLD-GHI) foi criada para melhorar os resultados obstétricos e neonatais na China, inclusive com redução da taxa de cesariana por meio de esforços educacionais. 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 na proporção de partos por cesariana (DRZYMALSKI et al., 2021).

No Brasil, uma pesquisa recente traçou o perfil epidemiológico dos tipos de parto e mostrou nas últimas décadas que houve um aumento significativo nas taxas

de cesárea (SIMÕES et al., 2022). De acordo com a pesquisa que utilizou dados do DATASUS foram registrados, no período de 2010 a 2020, um número total de 31.887.329 partos, representando aproximadamente em 55% pelo tipo cesárea (SIMÕES et al., 2022). Esta análise brasileira coaduna para os achados de um estudo epidemiológico internacional publicado recentemente que avaliou as taxas de cesariana em 154 países entre 2010 e 2018 representando 94,5% dos nascidos vivos do mundo até 2018 onde a taxa global de cesariana foi de 21%, sendo o Brasil citado como o segundo país com maior taxa de cesariana descrita como 55,7% atrás apenas da República Dominicana que tem uma taxa de 58,1% (BETRAN et al., 2021).

Segundo Benute et al. (2013) e Silva et al. (2020), frequentemente, as opções pela cesárea ocorrem em razão do desejo pela gestante, de evitar dor e sofrimento, da falta de informação oferecida ou compreendida pela mulher, do senso comum estabelecido como sendo um processo mais fácil, menos arriscado, com a possibilidade de marcar uma data ou realizar laqueadura, do maior controle sobre o nascimento, e, ainda em virtude do receio quanto a possíveis complicações.

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 não farmacológico e/ou farmacológico da dor do parto resultando em alterações significativas das práticas associadas aos resultados maternos e neonatais.

Considerando 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 avaliar a qualidade de um protocolo interprofissional de analgesia de parto para gestantes de baixo e médio risco, elaborado por um grupo de profissionais de um Hospital Universitário.

Pergunta da pesquisa:

Qual a qualidade do protocolo de analgesia de parto para gestantes de baixo e médio risco elaborado por um grupo de trabalho interprofissional?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Atenção ao parto

Os diferentes modelos de assistência ao parto e a escolha pela realização de cesáreas ou parto vaginal há tempos são debatidos no Brasil e no mundo. A complexidade dos fatores que cercam o tipo de parto escolhido e sua assistência tem suscitado questionamentos que vão desde a qualidade da atenção obstétrica até o significado da parturição para as mulheres. Assim, a nova proposta do Ministério da Saúde (MS), de humanização na atenção ao parto estabelecendo mudanças em relação ao acesso, assistência, qualidade e resolutividade, tem por objetivo tornar a experiência da gestação mais humanizada e menos tecnicista (PEREIRA et al., 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo da assistência ao parto é garantir a saúde de mulheres e recém-nascidos, com o mínimo de intervenções médicas, buscando a segurança de ambos (PEREIRA et al., 2018). Apesar dessa recomendação, a incidência de parto cesáreo está aumentando globalmente e regionalmente em diversos países, inclusive no Brasil e na China, principalmente em partos de baixo risco obstétrico, especialmente em mulheres com maior escolaridade e 1,6 vezes mais frequente em instalações privadas do que em públicas (BOERMA et al., 2018).

2.2 Motivos da escolha pela cesariana

Uma revisão sistemática realizada por pesquisadores de diversas instituições ao redor do mundo incluiu 52 estudos qualitativos desenvolvidos em 28 países e explorou as preferências das mulheres quanto à via de parto e as razões pelas quais algumas preferem ser submetidas à cesariana. Os autores concluíram que existe uma grande variedade de fatores subjacentes às preferências pela cesariana sendo: o medo da dor do parto; o medo de desenvolver algum tipo de complicação durante o trabalho de parto; e, opiniões positivas sobre a cesariana como sendo um processo fácil, rápido e menos doloroso do que o parto normal (COLOMAR et al., 2021).

Nos últimos anos, quase metade de todos os recém-nascidos na China nasceram por cesariana, das quais 23,2% foram realizadas por solicitação materna e não por indicação médica (ZHAO et al., 2020). Pesquisas anteriores mostraram que as mulheres chinesas frequentemente escolhiam a cesariana para evitar a dor durante

o parto vaginal, porque normalmente nenhum serviço de analgesia era oferecido durante o trabalho de parto na China (ZHAO et al., 2020). Baixas taxas de analgesia peridural do parto resultam em altas taxas de cesariana (ZHAO et al., 2021).

Um estudo conduzido na China, por ZHAO e colaboradores, abrangeu 1.412 prestadores de cuidados perinatais explorou através de questionários as razões das baixas taxas de analgesia peridural do parto e altas taxas de cesariana. As questões sociológicas (medo de processos judiciais e cultura supersticiosa) foram os dois principais fatores apontados que contribuíram para a alta taxa de cesariana na China, enquanto a falta de mão de obra de anestesistas foi a principal resposta para o baixo uso de analgesia epidural (ZHAO et al., 2021).

As indicações médicas relativas de cesariana variam em toda China, como gravidez com miopatia grave que se acredita causar descolamento durante o trabalho de parto em determinadas condições extremas, gravidez por técnicas de reprodução assistida, primíparas com mais de 35 anos (ZHAO et al., 2020).

As opções pela cesárea ocorrem em razão do desejo pela gestante, de evitar dor e sofrimento, da falta de informação oferecida ou compreendida pela mulher, do senso comum estabelecido como sendo um processo mais fácil, menos arriscado, com a possibilidade de marcar uma data ou realizar laqueadura, do maior controle sobre o nascimento, e, ainda em virtude do receio quanto a possíveis complicações (SIMÕES et al., 2022)

A cesariana primária pode aumentar o risco de placenta acreta e ruptura uterina com gestações subsequentes. Um relatório recente de quase 7 milhões de nascimentos no “Sistema Nacional de Vigilância Materna de Quase Acidentes na China” encontrou um aumento significativo de ruptura uterina, provavelmente associado a um aumento no número de mulheres com cesariana prévia (DRZYMALSKI et al., 2021).

2.3 Repercussões da dor do parto

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 está associada a dor crônica, depressão pós-parto, vulnerabilidade psicológica e síndrome de estresse pós-traumático (TORRES; SOARES; PINHEIRO, 2017).

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).

2.4 Analgesia não farmacológica

Existem técnicas farmacológicas e não farmacológicas que podem ser oferecidas para 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 manuais (como massagem) como opções de alívio da dor para mulheres em trabalho de parto (NANJI; CARVALHO, 2020).

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 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 Baço-Pâncreas 6 (BP6) 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 (PEREIRA et al., 2020).

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 (BP6) na primeira fase da dor e duração do trabalho de parto. Este ponto SP6 está localizado três a quatro 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).

Apesar de todos estes métodos não farmacológicos terem importância no alívio da dor do parto, eles não se mostraram como opções substitutivas da analgesia farmacológica. Isto foi comprovado em uma revisão sistemática que comparou a analgesia neuroaxial com as diversas técnicas não farmacológicas e concluiu que a analgesia epidural é mais eficaz na redução da dor durante o trabalho de parto e no aumento da satisfação materna com o alívio da dor do que os métodos não epidurais. E, embora, pareça haver um aumento no parto vaginal assistido quando as mulheres recebem analgesia epidural, uma análise *post hoc* de subgrupo mostrou que este efeito não é observado em estudos recentes realizados após 2005, sugerindo que as abordagens modernas à analgesia epidural no trabalho de parto não afetam este desfecho, assim como não tem impacto no risco de cesariana (ANIM-SOMUAH et al., 2018).

2.5 Analgesia farmacológica

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 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; SAI, 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 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 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 dermatômeros 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 (<0,08%), baixa (>0,08 a 0,1%) e alta concentração (>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).

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 8 mL 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 espinal e pode ser mais seguro para a lactente (ZHI et al., 2020)

2.6 Prática colaborativa interprofissional na atenção ao parto

A educação interprofissional (EIP) e a Prática Colaborativa Interprofissional (PIC), tem sido amplamente discutidas no mundo, como estratégias fundamentais entre equipes de cuidados de saúde. A EIP, seja durante a formação inicial dos profissionais, ou a educação permanente de profissionais já experientes, é amplamente reconhecida como benéfica para melhorar resultados de saúde dos pacientes nos mais diversos pontos de atenção à saúde, com melhor colaboração e trabalho em equipe vistos como fatores chave (HAMMICK et al., 2007).

A interprofissionalidade, especialmente em relação à educação permanente, pode ajudar a fomentar confiança entre os profissionais e, portanto, ajudar a melhorar os cuidados de saúde. Esta questão pode ser particularmente pertinente nos cuidados

da maternidade, uma vez que é um ambiente com uma complexa combinação de diferentes grupos profissionais que trabalham em estreita colaboração, normalmente incluindo enfermeiras obstetras, obstetras, pediatras, anesthesiologistas, enfermeiras neonatais, fisioterapeutas e demais profissionais que atuam na assistência obstétrica (DAVIES; FLETCHER; REEVES, 2016).

O desenvolvimento de protocolos é uma estratégia clínica que auxilia na melhora da comunicação e na orientação da prática com base nas evidências disponíveis, enquanto a padronização de processos pode resultar em melhoria da qualidade (CLARK et al., 2008).

Todas as ações deste tipo de material devem ser elaboradas por especialistas na área de atuação a que se propõe e estes devem estar embasados na mais alta qualidade científica. Quando se trata da aplicação em área de saúde, são conhecidos como protocolos clínicos ou diretriz clínica, uma vez que estão direcionados a busca pela qualidade e promoção da saúde do usuário (GAGLIARDI et al., 2015).

2.7 Benefícios da implantação de protocolos de analgesia

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 de Saúde Global no Trabalho de Parto e Parto sem dor (NPLD-GHI) foi criada para melhorar os resultados 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 do 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)

Intervenções educativas que auxiliem as gestantes no processo de tomada de decisão complementada com diálogo com os profissionais da saúde e apoio emocional a elas e aos familiares são alternativas que podem aumentar a escolha pelo parto normal (BETRÁN et al., 2018). Além da padronização de processos por meio do desenvolvimento de protocolos e do treinamento de equipe também ser essencial para obtenção de um ambiente de trabalho seguro, melhorando a comunicação e protegendo os pacientes de perigos e danos (BURKE; GROBMAN; MILLER, 2013).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Desenvolver e avaliar a qualidade de um protocolo interprofissional de analgesia de parto para as parturientes de baixo e médio risco, com indicação de parto vaginal.

3.2 Objetivos específicos

- a) Elaborar um protocolo interprofissional de analgesia de parto vaginal;
- b) Atender à Norma de Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH);
- c) Validar com especialistas;
- d) Disponibilizar o protocolo validado de forma digital através de um aplicativo móvel.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

É um estudo descritivo para análise da qualidade de um protocolo de analgesia de parto.

4.2 Procedimentos para coleta de dados

4.2.1 Para a atividade de elaboração do protocolo

Primeira etapa

Inicialmente foi feita a definição do escopo, tema e construção da pergunta da pesquisa.

Segunda etapa

Para o estudo da viabilidade da elaboração, validação e futura implantação de um protocolo de analgesia de parto no referido hospital, foi realizada uma reunião com o colegiado do HUPAA, a pesquisadora principal e o Responsável técnico pelo Serviço de Anestesiologia. Nesta oportunidade, foram apresentadas pela pesquisadora, estudos com algumas evidências acerca dos benefícios de um protocolo interprofissional de analgesia de parto, assim como o impacto social e econômico em instituições após a implantação de programas educacionais de analgesia de parto. Também foi apresentada como principal evidência a analgesia de parto farmacológica realizada através de bloqueio peridural com bolus intermitente programado, através de bomba específica que permita mobilidade da gestante e integração com toda a equipe interprofissional. A seguir, realizou-se uma discussão de proposta orçamentária em Analgesia de Parto, apresentada pelo responsável técnico do Serviço de Anestesiologia do HUPAA. Foi explicado, também, que o oferecimento da Analgesia de Parto, no estado de Alagoas, tornou-se um direito das parturientes, por meio da lei n 8.158 (ALAGOAS, Lei n 8.158, de 8 de outubro de 2020), que dispõe sobre o parto cesárea e o acesso ao uso de analgesia no parto normal. Além disso, o responsável técnico do serviço de Anestesiologia, explicou o orçamento para aquisição ou contratação em comodato da bomba de infusão. Após a discussão dos potenciais benefícios da aquisição ou contratação das bombas de infusão na viabilização da implementação do protocolo, foi decidido pelos membros do colegiado que seria feito um estudo sobre a opção mais viável economicamente para a instituição.

Terceira etapa

A partir disto, foi construído um projeto de pesquisa com submissão a 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 (Anexo I). Após a aprovação foi designado um grupo de trabalho, denominado **GE**, com profissionais médicos (um obstetra e dois anestesiológicos), três enfermeiras

obstétricas, uma fisioterapeuta obstétrica e uma farmacêutica, que exercem cargos de liderança na Unidade de Saúde da Mulher, setor responsável pela maternidade do referido hospital.

Quarta etapa

Para iniciar a construção do protocolo, foram realizadas duas reuniões presenciais com o **GE**. 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.

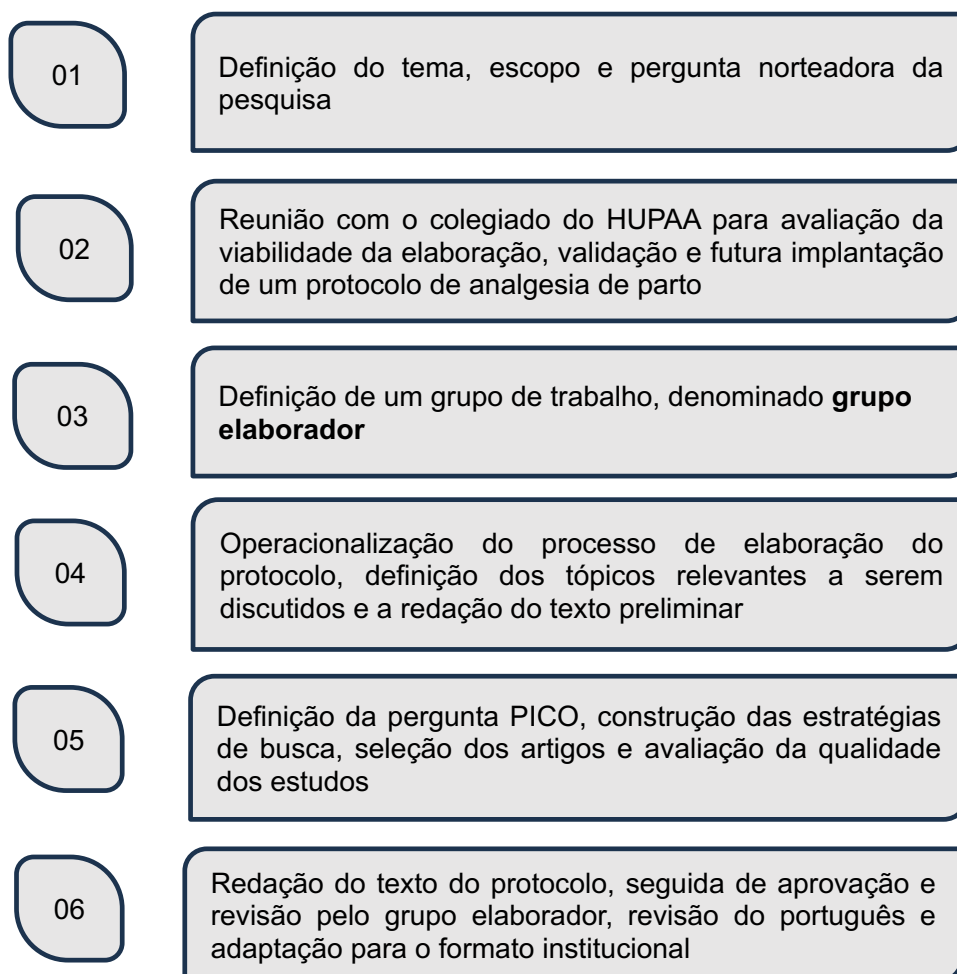
Quinta etapa

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 *“Há evidências que parturientes submetidas à analgesia de parto (P) por métodos farmacológicos e não farmacológicos (I) apresentam maior indicação para parto cesariano (Co)?”* Foram definidos como critérios de inclusão: artigo de pesquisa completo, estar publicado nos idiomas inglês, português ou espanhol. Os critérios de avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados foi a aceitação de ensaios clínicos através da escala de JADAD (JADAD et al., 1996) e revisões sistemáticas com ou sem metanálise extraídas da busca citada acima para dar embasamento científico ao protocolo (apêndice I e II).

Sexta etapa

A seguir, o **GE**, construiu o protocolo de forma interprofissional. O mesmo foi submetido à revisão de português e adaptado para o formato institucional, atendendo a Norma Zero da EBSEH (NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS DA QUALIDADE, [s.d.]) e, mais uma vez, revisado pelo GE. Todas as etapas estão representadas visualmente na figura 1.

Figura 1. Visão geral das etapas de elaboração do protocolo



Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

4.2.2 Para a atividade de validação do protocolo

Primeira etapa

O instrumento utilizado para validação 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 (VIEIRA et al., 2020) que avalia o rigor metodológico e a transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida (AGREE Next Steps Consortium, 2009).

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”) (AGREE Next Steps Consortium, 2009). Para entender melhor o conteúdo dos seis domínios pode-se acessar o endereço: www.agreetrust.org. Com o objetivo de tornar mais fácil e didático o uso da ferramenta, foi realizada por e-mail uma solicitação ao grupo *Collaboration AGREE* do uso da ferramenta na íntegra através do *Google Forms*® (Apêndice III) tendo sido concedido o direito ao uso deste recurso de forma gratuita (Anexo II).

Segunda etapa

A avaliação do conteúdo ocorreu através da análise de *Especialistas* escolhidos por meio de amostragem não probabilística intencional por conveniência e convidados a partir de critérios como a titulação, experiência e conhecimento da temática em estudo, além de publicações na área, que somaram no mínimo quatro pontos. A avaliação dos currículos ocorreu utilizando-se de busca na Plataforma *Lattes* (Apêndice IV). Foram convidados dezesseis *Especialistas*, denominados no estudo como **avaliadores**, para preservar o anonimato, sendo: quatro médicos obstetras, quatro médicos anesthesiologistas, quatro enfermeiros obstétricos e quatro fisioterapeutas obstétricos.

Terceira etapa

O convite foi realizado pelo aplicativo de mensagens e oficializado por *e-mail*, contendo a explicação do processo de validação e o *link* do *Google Forms*® para acesso ao formulário do AGREE II® para análise do protocolo interprofissional de analgesia de parto, anexado em pdf, bem como o instrumento para avaliação de diretrizes clínicas AGREE II® e uma carta convite participação da pesquisa. Foi estabelecido um prazo de vinte dias para que os avaliadores respondessem, o qual foi estendido para mais dez dias.

Quarta etapa

A análise dos dados obtidos das avaliações dos *Especialistas* 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) (AGREE 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 (Figura 2).

Em relação à interpretação da pontuação dos domínios, não há uma definição de pontuação mínima ou padrões de pontuação entre eles que diferencie diretrizes de alta e baixa qualidade. Segundo o Consórcio AGREE, essas decisões deverão ser tomadas pelo usuário e orientadas pelo contexto no qual o AGREE II está sendo utilizado (AGREE Next Steps Consortium, 2009). O GE do presente estudo adotou um percentual de 70% de adequabilidade para cada domínio, para considerar o protocolo validado.

Figura 2. Exemplo do Cálculo da Pontuação do AGREE II[®]

Exemplo

Se quatro avaliadores atribuem as pontuações abaixo para o Domínio 1 (Escopo e Finalidade):

| | <i>Item 1</i> | <i>Item 2</i> | <i>Item 3</i> | Total |
|--------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Avaliador 1 | 5 | 6 | 6 | 17 |
| Avaliador 2 | 6 | 6 | 7 | 19 |
| Avaliador 3 | 2 | 4 | 3 | 9 |
| Avaliador 4 | 3 | 3 | 2 | 8 |
| Total | 16 | 19 | 18 | 53 |

Pontuação máxima = 7 (concordo totalmente) x 3 (itens) x 4 (avaliadores) = 84
 Pontuação mínima = 1 (discordo totalmente) x 3 (itens) x 4 (avaliadores) = 12
 O cálculo da porcentagem total no domínio será:

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}}$$

$$\frac{53 - 12}{84 - 12} \times 100 = \frac{41}{72} \times 100 = 0,5694 \times 100 = 57\%$$

Se itens não foram incluídos, serão necessárias modificações para os cálculos das pontuações máximas e mínimas possíveis.

Fonte: AGREE Next Steps Consortium (2009).

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 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, 2018a).

Quinta Etapa

Na ocorrência de domínio com resultado abaixo de 70% e/ou CVP maior do que 25%, o GE 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, 2018a). Vide todas as etapas da validação em figura 3.

Sexta etapa

Após o recebimento das doze avaliações enviados pelos avaliadores externos, foi realizado novo cálculo de adequabilidade dos domínios 3 e 6, além da avaliação global. Após isto, o protocolo clínico interprofissional de analgesia de parto foi submetido à validação interna, que se configura como: 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 para a aprovação final pela chefia da divisão de Gestão do Cuidado (DGC).

Figura 3: Visão geral das etapas de validação do protocolo

| Etapa 1 | Etapa 2 | Etapa 3 | Etapa 4 | Etapa 5 | Etapa 6 |
|---|---|--|--|--|---|
| Autorização de uso do Instrumento AGREE II | Escolha dos Especialistas | Convite aos Especialistas | Análise dos dados | Análise crítica dos comentários e reavaliação de domínio | Devolutiva dos Especialistas e validação interna |
| <ul style="list-style-type: none"> Solicitação ao grupo Collaboration AGREE do uso da ferramenta na íntegra através do <i>Google Forms</i> | <ul style="list-style-type: none"> Avaliação do currículo dos especialistas escolhidos através da amostragem não probabilística intencional por conveniência | <ul style="list-style-type: none"> Convite através de carta convite, <i>link</i> do <i>Google Forms</i> para acesso ao formulário, protocolo interprofissional de analgesia de parto e o instrumento para avaliação de diretrizes clínicas AGREE II | <ul style="list-style-type: none"> Análise dos dados obtidos das avaliações recebidas dos Experts realizada por meio de cálculo da adequabilidade proposta pelo próprio AGREE II e cálculo do Coeficiente de Variação de Person (CVP) | <ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos comentários e adaptações necessárias no protocolo Solicitação aos experts de reavaliação do domínio 3 e 6, além da avaliação global | <ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos dados obtidos da segunda etapa da avaliação Finalização do protocolo e envio para os setores do hospital responsáveis pela validação interna e aprovação final |

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

5 RESULTADOS

5.1 Da elaboração do protocolo

A elaboração do protocolo foi realizada por um grupo de trabalho interprofissional, denominado **Grupo Elaborador (GE)**, composto por oito profissionais, sendo 2 anestesiólogos, 1 obstetra, 3 enfermeiras obstétricas, 1 fisioterapeuta obstétrica e 1 farmacêutica. Todos os profissionais exercem cargos de liderança na unidade de saúde da mulher, setor responsável pela maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA).

O documento final, construído de forma interprofissional, em quatro reuniões presenciais do GE, constituiu-se num protocolo institucional, atendendo todos os tópicos obrigatórios requisitados pela instituição, abordados na Norma Zero (NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS DA QUALIDADE, [s.d.]) como: cabeçalho, sumário, siglas e conceitos, introdução, objetivos, critérios de inclusão e

exclusão, atribuições, competências e responsabilidades, monitoramento, apêndices, anexos, referências e histórico de revisão.

Outros tópicos foram acrescentados pelos membros do GE, em consenso formal, com o objetivo de melhorar a estrutura textual facilitando o entendimento tanto do profissional de saúde (que irá utilizar o protocolo na fase de implantação), quanto dos gestores acerca da necessidade do uso.

Os tópicos acrescentados foram: justificativa, aplicação do protocolo, abordagem inicial à parturiente, métodos não farmacológicos de analgesia de parto, métodos farmacológicos de analgesia de parto, técnicas da analgesia regional no trabalho de parto, manutenção da analgesia de parto, cuidados pós analgesia de parto, modelos e cuidados com manutenção de bombas infusoras. Foram construídos infográficos e fluxogramas disponíveis no documento em formato de *link* para acesso eletrônico e nos apêndices do protocolo.

5.2 Da validação externa do protocolo

5.2.1 Avaliação pelos especialistas

A avaliação da qualidade do protocolo foi respondida por doze dos dezesseis especialistas convidados para a etapa da validação. Eles foram denominados de A1 a A12. A avaliação da adequabilidade do protocolo foi obtida utilizando os domínios do AGREE II. O domínio 1 (escopo e finalidade) obteve pontuação 93,9%. O domínio 2 (envolvimento das partes interessadas) obteve pontuação 87,9%. O domínio 3 (rigor do desenvolvimento) obteve pontuação 71,7%. O domínio 4 (clareza da apresentação) obteve a maior pontuação 96,2%. O domínio 5 (aplicabilidade) obteve pontuação 76%. E o domínio 6 (Independência editorial) obteve a menor pontuação 48,6%. Portanto, de todos os domínios, apenas um apresentou valor abaixo do ponto de corte mínimo de 70% de adequabilidade, proposto pelo GE.

O domínio 3 (Rigor do desenvolvimento) obteve pontuação acima do ponto mínimo de corte, porém, na descrição do manual do usuário do AGREE, consta que devem ser oferecidos detalhes da estratégia adotada para a busca das evidências, incluindo os termos de pesquisa utilizados, as fontes consultadas e períodos de tempo abrangidos pela revisão da literatura (AGREE Next Steps Consortium, 2009). Apesar destas informações estarem presentes na carta convite enviada aos avaliadores, no protocolo não constava um item específico com esta descrição exigida pelo AGREE

II. Portanto, foi decidido pelo GE a inclusão da metodologia do desenvolvimento com o objetivo de atender ao rigor metodológico e transparência com a qual foi realizada a sua elaboração.

O domínio 6 (Independência editorial) obteve baixa pontuação devido não estar explícita no protocolo a ausência de influência de qualquer órgão financiador sobre o conteúdo, bem como da declaração explícita de conflitos de interesse por parte do GE do protocolo. Esse resultado foi discutido pelo GE e optou-se por fazer as adequações exigidas pelo instrumento de avaliação.

Segundo o AGREE II, a Avaliação Global requer que o avaliador faça um julgamento sobre a qualidade da diretriz levando em conta os critérios considerados no processo de avaliação, além de informar também se recomendaria ou não o uso dela. Quanto à avaliação global pelos doze avaliadores, a pontuação variou entre 5 e 7 pontos. Seis avaliadores atribuíram nota 6, quatro deles atribuíram nota 7, enquanto dois atribuíram nota 5. Quanto ao questionamento: **“Eu recomendaria o uso desta diretriz?”**, 66,7% dos especialistas responderam: “sim, com modificações” e 33,3% responderam que “sim”, não havendo nenhuma resposta “não”.

5.2.2 Avaliação crítica das recomendações pelo GE

O instrumento AGREE II oferece aos avaliadores a oportunidade de tecer comentários e recomendações em cada um dos vinte e três itens contemplados nos seis domínios. Todas as considerações (Apêndice V) foram avaliadas criticamente pelo Grupo Elaborador (GE) em duas reuniões presenciais, para possíveis ajustes no documento original, em caso de consenso. Após as adequações sugeridas pelos avaliadores e acatadas pelo GE na primeira etapa, foi realizado o reenvio do protocolo e solicitação de revisão dos domínios 3 e 6, além da avaliação global.

5.2.3 Reavaliação pelos especialistas

Todos os doze especialistas responderam ao novo formulário do *Google Forms* que caracterizou a segunda etapa da validação externa, voltada exclusivamente para os domínios 3 e 6, além da avaliação global, que é impactada por todos os domínios. Nessa nova etapa, os dois domínios avaliados atingiram, juntamente com os demais, o escore acima de 76%.

Na mesma ocasião, todos foram questionados e aceitaram ter os seus nomes divulgados, com breve titulação, em espaço específico do protocolo, conforme modelo utilizado pela EBSEH.

Verifica-se que os domínios 3 (rigor do desenvolvimento) e 6 (Independência editorial) obtiveram novas pontuações, 94% e 94,4%, respectivamente. Portanto, na reavaliação os dois domínios alcançaram ponto de corte mínimo de adequabilidade proposto pelo GE (Quadro 2). Os comentários referentes aos domínios 3 e 6, avaliação global e da recomendação da diretriz desta segunda etapa podem ser vistos no apêndice VI.

| Domínio 1 - Escopo e Finalidade | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 | A10 | A11 | A12 | TOTAL |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|--------------|
| 1. Os objetivos gerais da diretriz encontram-se especificamente descritos | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 5 | 7 | 7 | 5 | 7 | 6 | 79 |
| 2. As questões de saúde cobertas pela diretriz encontram-se especificamente descritas | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 6 | 7 | 6 | 81 |
| 3. A população (pacientes, público, etc) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 5 | 7 | 7 | 5 | 7 | 6 | 79 |
| Total | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 17 | 20 | 21 | 16 | 21 | 18 | 239 |
| Adequabilidade para o domínio 1 - 93,98% | | | | | | | | | | | | | |
| Domínio 2 - Envolvimento das Partes Interessadas | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 | A10 | A11 | A12 | TOTAL |
| 4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 82 |
| 5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc) | 7 | 3 | 7 | 1 | 6 | 3 | 7 | 7 | 5 | 6 | 6 | 7 | 65 |
| 6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos | 7 | 6 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 5 | 7 | 6 | 7 | 7 | 79 |
| Total | 21 | 16 | 21 | 14 | 19 | 17 | 21 | 19 | 19 | 18 | 20 | 21 | 226 |
| Adequabilidade para o domínio 2 - 87,96% | | | | | | | | | | | | | |
| Domínio 3 - Rigor do Desenvolvimento | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 | A10 | A11 | A12 | TOTAL |
| 7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências | 7 | 7 | 6 | 7 | 5 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 80 |
| 8. Os critérios para seleção de evidências estão claramente descritos | 7 | 7 | 6 | 7 | 5 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 6 | 79 |
| 9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos | 7 | 5 | 6 | 5 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 4 | 6 | 74 |
| 10. Os métodos para formulação das recomendações estão claramente descritos | 7 | 6 | 6 | 7 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 79 |
| 11. Os benefícios, efeitos colaterais e risco à saúde foram considerados na formulação das recomendações | 7 | 4 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 6 | 7 | 6 | 78 |
| 12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte | 7 | 7 | 7 | 7 | 5 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 81 |
| 13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 84 |
| 14. Um procedimento para atualização da diretriz está disponível | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 82 |
| Total | 56 | 50 | 51 | 54 | 49 | 54 | 56 | 55 | 56 | 51 | 53 | 52 | 637 |
| Adequabilidade para o domínio 3 - 93,92% | | | | | | | | | | | | | |
| Domínio 4 - Clareza da Apresentação | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 | A10 | A11 | A12 | TOTAL |
| 15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 5 | 6 | 6 | 79 |
| 16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 5 | 7 | 7 | 82 |
| 17. As recomendações-chave são facilmente identificadas | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 83 |
| Total | 21 | 20 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 16 | 20 | 20 | 244 |
| Adequabilidade para o domínio 4 - 96,29% | | | | | | | | | | | | | |
| Domínio 5 - Aplicabilidade | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 | A10 | A11 | A12 | TOTAL |
| 18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação | 5 | 5 | 7 | 6 | 5 | 7 | 6 | 3 | 1 | 6 | 7 | 6 | 64 |
| 19. A diretriz traz aconselhamento e ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 4 | 7 | 6 | 7 | 7 | 79 |
| 20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações | 7 | 1 | 7 | 6 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 5 | 7 | 2 | 46 |
| 21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 5 | 7 | 7 | 7 | 6 | 5 | 7 | 78 |
| Total | 26 | 20 | 27 | 25 | 22 | 21 | 22 | 17 | 16 | 23 | 26 | 22 | 267 |
| Adequabilidade para o domínio 5 - 76,04% | | | | | | | | | | | | | |
| Domínio 6 - Independência Editorial | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 | A10 | A11 | A12 | TOTAL |
| 22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 83 |
| 23. Foram registrados e abordados de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz | 7 | 7 | 7 | 7 | 1 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 77 |
| Total | 14 | 14 | 14 | 14 | 8 | 14 | 14 | 14 | 12 | 14 | 14 | 14 | 160 |
| Adequabilidade para o domínio 6 - 94,44% | | | | | | | | | | | | | |

* AGREE - Appraisal of Guideline for Research & Evaluation

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Quanto à avaliação global pelos doze avaliadores, a pontuação variou entre 6 e 7 pontos, sendo que onze atribuíram nota 7 e apenas um atribuiu nota 6. Quanto ao questionamento: "Eu **recomendaria o uso desta diretriz?**", 91,7% dos especialistas (onze) responderam: "sim" e 8,3% (um) respondeu que "sim, com modificações", não havendo nenhuma resposta "não".

Os dados obtidos na segunda etapa das avaliações dos domínios foram usados para o cálculo do Coeficiente de Variação de Pearson (CVP). Foi encontrado CVP abaixo de 25% o que significa elevada homogeneidade nas pontuações dadas nos domínios. O CVP demonstrou maior grau de dispersão dos percentuais de avaliação dos domínios 2 (12%) e 5 (23,1%) em decorrência da maior variação das pontuações atribuídas pelos avaliadores (Tabela 2).

Tabela 1 – Valores do desvio padrão(S), média (\bar{x}) e Coeficiente de Variação de Pearson(CVP) por domínio do AGREE II

| Domínio | S | Média | CVP(%) |
|--------------------------------------|-------|-------|--------|
| Escopo e finalidade | 1,15 | 79,66 | 1,44 |
| Envolvimento das partes interessadas | 9,07 | 75,33 | 12,04 |
| Rigor do desenvolvimento | 2,97 | 79,62 | 3,73 |
| Clareza da apresentação | 2,08 | 81,33 | 2,55 |
| Aplicabilidade | 15,43 | 66,75 | 23,12 |
| Independência editorial | 4,24 | 80 | 5,3 |

Fonte: Elaborada pelos autores (2023)

5.3 Da análise, validação interna e aprovação final do protocolo

O protocolo clínico interprofissional de analgesia intitulado **Cuidados e Gerenciamento em Analgesia do Parto Normal** foi submetido, após validação com os especialistas, a análise dos coordenadores dos serviços de obstetrícia e anestesiologia do HUPAA e, posteriormente, validação interna 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) sem necessidade de alterações propostas.

Sendo assim, o documento final foi disponibilizado para publicação no site da EBSEH HUPAA e deverá ser revisado a cada dois anos conforme preconizado pela

Norma Zero da EBSEH (NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS DA QUALIDADE, [s.d.]). Para acesso ao protocolo vide apêndice VII ou por meio do link: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupaa-ufal/aceso-a-informacao/protocolo/unidade-de-clinicas-cirurgicas-especializadas-ucce/2023/prt-ucce-008-v1-2023-cuidados-e-gerenciamento-em-analgesia-do-parto-normal.pdf/view> ou através do QRCode abaixo:



6 DISCUSSÃO

Diretrizes clínicas são elaboradas para fornecer ao profissional evidências científicas e aprimorar seu processo de tomada de decisão (MAI et al., 2021). De acordo com o documento do Ministério da Saúde intitulado “Diretrizes metodológicas para elaboração de diretrizes clínicas”, a utilização de uma abordagem sistemática e transparente no julgamento da qualidade das evidências e da força das recomendações, ajuda a evitar vieses, facilita a avaliação crítica das informações e melhora a comunicação das mesmas para profissionais de saúde, população e gestores (BRASIL, 2023).

O AGREE II é um instrumento amplamente utilizado para a validação de protocolos, diretrizes e guidelines. Estudos usando a metodologia do instrumento de avaliação AGREE II apontam este instrumento como benéfico no processo de avaliação da qualidade de protocolos clínicos (BRASIL; DA SILVA; MOURA, 2018a; SOUSA et al., 2018a) e aponta a necessidade da sistematização das principais características do protocolo, fácil aplicação e consolidação das pontuações atribuídas pelos juízes (BRASIL; DA SILVA; MOURA, 2018a).

O presente estudo resultou em um protocolo inteprofisisonal inovador na área da saúde da mulher. Não foram localizados, na literatura disponível, produtos

similares, visto que os protocolos publicados são, geralmente, elaborados por apenas uma categoria profissional e validados por profissionais da mesma instituição.

Os resultados apresentados apontam que o presente protocolo interprofissional está validado para uso na prática clínica. Estes achados coadunam com a assertiva de Souza et al, ao dizer que uma “diretriz clínica construída por uma equipe interprofissional, de uma área específica de atuação, pode tornar esta diretriz mais objetiva direcionando o profissional para uma tomada de decisão clínica mais assertiva a cerca de um determinado problema de saúde” (SOUSA et al., 2018b).

Mai e colaboradores avaliaram a qualidade de 96 diretrizes de prática clínica em anestesia, publicadas no período de 2013 a 2018, utilizando o instrumento AGREE II. Os achados apontaram que a qualidade geral da maioria das diretrizes relevantes para a prática da anestesiologia foi baixa, e os domínios 3 (rigor do desenvolvimento) e 5 (aplicabilidade), foram classificados como particularmente baixos. Assim, os autores do estudo sugeriram considerar o uso de suporte metodológico para melhorar a qualidade dessas diretrizes para o uso na prática da anestesiologia (MAI et al., 2021).

Corso e colaboradores avaliaram a qualidade de revisões sistemáticas publicadas sobre vias de recuperação rápida em cirurgias cesarianas eletivas. Foram identificados cinco protocolos clínicos e quando se aplicou o instrumento AGREE II obteve baixas pontuações sugerindo que mais pesquisas deverão ser conduzidas para desenvolver estratégias de recuperação rápida após cesarianas usando métodos de melhoria de qualidade (CORSO et al., 2017).

No Brasil, uma pesquisa na área da ginecologia para desenvolvimento de um protocolo clínico voltado à detecção de lesões precursoras de câncer de colo de útero, desenvolveu e validou o conteúdo através do instrumento AGREE II. O material foi validado com pontuações superiores ao mínimo exigido e, semelhante ao presente estudo, passou por modificações sugeridas pelos avaliadores, a fim de torná-lo mais efetivo (SOUSA et al., 2018).

Outro estudo realizado no Brasil, visando avaliar a qualidade de protocolo clínico para atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids, utilizou o instrumento AGREE II, com resultados similares ao presente estudo e qualidade satisfatória para o uso do protocolo na prática clínica (BRASIL; DA SILVA; MOURA, 2018b).

A importância da interprofissionalidade na atenção ao parto pode melhorar os cuidados de saúde, uma vez que diferentes profissões têm frequentemente objetivos e valores diferentes, o que torna complexo o trabalho em estreita colaboração. Davies e colaboradores, numa revisão sistemática sobre a EIP em serviços de maternidade, identificaram que há poucas evidências da eficácia dessa estratégia em tais serviços e que isso poderia estar relacionado à falta de estudos publicados, bem como à fraca qualidade daqueles que existem. Tal fato justifica a necessidade de novos estudos sobre a prática colaborativa interprofissional no cuidado integral ao parto. (DAVIES; FLETCHER; REEVES, 2016).

Neste estudo, a inclusão de diversas categorias profissionais envolvidas na assistência obstétrica reflete a importância de se ter protocolos institucionais com vistas a melhorar as práticas colaborativas da equipe e reforçar uma cultura de segurança tão necessária no ambiente da obstetrícia.

Além disso, uma diretriz clínica construída por uma equipe interprofissional, mas que atua em uma área específica do serviço de saúde, torna-se mais objetiva, capaz de encaminhar o profissional para a tomada de decisão clínica efetiva, o que evita múltiplos julgamentos clínicos acerca de um determinado problema de saúde (BRASIL, 2020).

O protocolo aqui apresentado resultou de um trabalho interprofissional, cujo objetivo principal é o alívio da dor do parto em uma maternidade de alta complexidade que tem uma grande população obstétrica. A analgesia farmacológica para o parto natural é direito da parturiente previsto em lei, após esgotados os meios não farmacológico disponíveis, devendo tal recomendação ser obedecida em todos os níveis do atendimento básico de saúde, visando não só o bem-estar da gestante, mas também uma maior adesão e uma percepção positiva da mulher em relação a esta via de parto conforme é recomendado na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2022). Tal garantia legal se funda no princípio de que serão garantidas as condições básicas, inclusive com relação a redução do sofrimento da parturiente, objetivando a via de parto que ofereça menos riscos ao bebê e a mulher.

A promoção do cuidado seguro e centrado no paciente deve ser uma prioridade para todos os profissionais da saúde, sendo a comunicação e o trabalho em equipe fundamentais para alcançar bons resultados em saúde materna (BURKE; GROBMAN; MILLER, 2013). Uma revisão sistemática recém publicada em 2021, fez uma síntese global das evidências qualitativas abrangendo as preferências das mulheres quanto

ao modo de parto, sendo o medo da dor e a incerteza do parto vaginal razões comuns da preferência destas mulheres pela cesariana. Os autores recomendaram que os profissionais de saúde devem estar conscientes destes fatores e oferecer intervenções adequadas baseadas em evidências para incentivar uma escolha racional e informada do modo do parto (COLOMAR et al., 2021).

Shahveisi e colaboradores realizaram um estudo de intervenção com mulheres primíparas de idade gestacional entre 38 e 42 semanas e em trabalho de parto, sendo investigado o efeito da tomada de decisão compartilhada na escolha do método de analgesia de parto com relação a experiência e satisfação do parto. As mulheres do grupo intervenção que receberam informações sobre as vantagens e desvantagens dos métodos de analgesia de parto em comparação com as que não receberam informações tiveram uma experiência mais positiva e, portanto, ficaram mais satisfeitas levando o autor deste estudo a recomendar que as parturientes sejam envolvidas nas decisões de tratamento do alívio da dor do parto (SHAHVEISI; NOURIZADEH; MEHRABI, 2023).

Finalmente, as limitações deste estudo são que o instrumento AGREE II adota um sistema de pontuação de caráter subjetivo para cada um dos 23 itens, dificultando a concordância das avaliações entre os avaliadores. Tentou-se minimizar esta limitação com o cálculo do Coeficiente de Variação de Person (CVP). No presente estudo, todos os domínios estiveram com percentual abaixo de 25%, sendo três deles com percentual abaixo de 6%, apontando homogeneidade das avaliações.

Outra limitação referente ao estudo foi a ausência de validação com as usuárias (parturientes). Porém, o fato de ser um protocolo novo, que ainda será implantado no Hospital onde foi desenvolvido, impediu que essa validação fosse realizada durante a pesquisa. Pretende-se, entretanto, desenvolver estudo futuro com vistas a ouvir essas mulheres, que serão as principais beneficiadas pela implementação dele.

O protocolo encontra-se publicizado no site da Ebserh, garantindo o acesso a profissionais de todos os serviços vinculados a rede EBSEH. Além disso, ele serviu de base para o desenvolvimento tecnológico de um aplicativo, disponível na versão ANDROID e IOS, denominado PERIPARTO (APÊNDICE VIII), que poderá ser baixado gratuitamente por profissionais da saúde que prestam assistência às gestantes, dando suporte a tomada de decisão.

Para implantação do protocolo interprofissional desenvolvido no Hospital demandante, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) do mesmo, juntamente com

o GE, realizará atividades de educação permanente com todos os profissionais do serviço envolvidos na assistência ao parto. Tais atividades estão previstas para janeiro de 2024.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo interprofissional elaborado e validado por especialistas apresenta uma avaliação com indicativo de alta qualidade para seu uso na prática clínica. Caracteriza-se como uma proposta inovadora e relevante para subsidiar a tomada de decisões dos profissionais de saúde que prestam assistência às parturientes do HUPAA.

Espera-se, que haja uma transformação na realidade desta maternidade que já tem o foco na humanização e as parturientes, provavelmente, serão as maiores beneficiadas após a implantação, sendo o protocolo interprofissional de analgesia de parto um possível modificador de uma realidade atual.

A iniciativa do desenvolvimento de protocolos envolvendo uma equipe de trabalho interprofissional é uma estratégia que melhora a comunicação dos membros da equipe, ajuda na padronização de processos com vistas a se ter um ambiente de trabalho mais seguro para os profissionais e, sobretudo, melhora a assistência ao paciente e seus resultados de saúde, oferecendo um cuidado integral e mais eficaz.

8 APLICABILIDADE DO ESTUDO E CONTRIBUIÇÕES PARA A SOCIEDADE

O protocolo interprofissional de analgesia de parto pode diminuir a variabilidade das condutas entre os profissionais no processo de assistência às mulheres que demandem manejo não farmacológico e/ou farmacológico da dor do parto, resultando possivelmente em alterações significativas das práticas associadas aos resultados maternos e neonatais.

As contribuições para a sociedade que são esperadas com esse protocolo interprofissional é oferecer às parturientes assistidas no HUPAA a oportunidade de receber uma assistência integral e mais humanizada, tendo acesso a este direito garantido por lei.

Para a instituição, espera-se que, após a implementação do protocolo, ocorra uma redução da taxa de cesariana que atualmente está muito acima da taxa média do Sistema Único de Saúde, além de servir como exemplo de um documento elaborado com subsídio científico e validado por especialistas por meio de um instrumento internacionalmente reconhecido.

Finalmente, acredita-se que os resultados desse estudo serão de grande interesse para outras instituições de saúde, com vistas a incentivar, cada vez mais, o trabalho interprofissional no desenvolvimento de protocolos e diretrizes clínicas.

9 PRODUTOS TECNOLÓGICOS

9.1 Aplicativo de Analgesia de Parto

A aula “Dissertação com desenvolvimento de aplicativo”, cursada durante o mestrado, despertou, nesta pesquisadora, o interesse pelo desenvolvimento e registro de um aplicativo em analgesia de parto para médicos anestesiológicos e outros profissionais da saúde que prestam assistência às parturientes, com o objetivo de expandir uma versão compactada do protocolo interprofissional de analgesia de parto, além da possibilidade de acesso ao protocolo na íntegra através do app.

Foi realizada uma consulta na base de dados do Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) em 25/02/2023 com os seguintes termos ANALGESIA, ANALGESIA PARTO, PROTOCOLO ANALGESIA PARTO, PROTOCOLO PARTO não tendo sido encontrado nenhum resultado para quaisquer destes termos de pesquisa, além da pesquisa nas lojas da *Google play* e *Apple Store*, sem quaisquer resultados de *app* com estes temas.

Foi desenvolvido pela pesquisadora um protótipo de aplicativo no site *Marvelapp.com*. Nesse protótipo constavam todas as telas pretendidas, contendo informações com linguagem assertiva, abordando a logomarca do aplicativo, breve definição dele, a quem se destina, e todo o detalhamento do passo a passo contido no protocolo interprofissional de analgesia de parto desenvolvido e validado. Acesso em <https://marvelapp.com/prototype/193g638e>.

Optou-se pelo nome PERIPARTO, devido ao prefixo “Peri” significar “ao redor de”, no caso em questão “ao redor, no entorno do parto”, como também o mesmo prefixo remeter à principal técnica de realização da analgesia farmacológica, que é a peridural. As cores rosa e azul, presentes na logomarca foram escolhidas com base na “Caderneta da Gestante” do Ministério da Saúde do Brasil (2023).

Posteriormente, foi contratado o serviço de um programador de *Software* para desenvolvimento do produto tecnológico a ser disponibilizado gratuitamente nas lojas da *Google play* e *Apple Store*. O aplicativo está registrado no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) conforme anexo III. A representação gráfica das telas pode ser vista no Apêndice VIII.

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, 1 jan. 2020.

AGREE Next Steps Consortium (2009). The *AGREE II Instrument* [versão eletrônica]. Acesso em <http://agreetrust.org>.

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, 1 dez. 2022.

ANIM-SOMUAH, M. et al. **Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour**. **Cochrane Database of Systematic Reviews** John Wiley and Sons Ltd, , 21 maio 2018.

BETRÁN, A. P. et al. **Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies**. **The Lancet** Lancet Publishing Group, , 13 out. 2018.

BETRAN, A. P. et al. Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 6, 15 jun. 2021.

BOERMA, T. et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **Lancet (London, England)**, v. 392, n. 10155, p. 1341–1348, 13 out. 2018.

BRASIL, R. F. G.; DA SILVA, M. J.; MOURA, E. R. F. Evaluation of the clinical protocol quality for family planning services of people living with HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 52, 2018a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRETRIZES METODOLÓGICAS ELABORAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS 2ª EDIÇÃO REVISTA, AMPLIADA E ATUALIZADA BRASÍLIA-DF 2020 MINISTÉRIO DA SAÚDE. . [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://editora.saude.gov.br>>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL. [s.l: s.n.]. 2022.

BURKE, C.; GROBMAN, W.; MILLER, D. Interdisciplinary collaboration to maintain a culture of safety in a labor and delivery setting. **Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**, v. 27, n. 2, p. 113–123, abr. 2013.

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.].

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

CLARK, S. L. et al. Improved outcomes, fewer cesarean deliveries, and reduced litigation: results of a new paradigm in patient safety. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 199, n. 2, p. 105.e1-105.e7, 2008.

COLOMAR, M. et al. Do women prefer caesarean sections? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. **PLoS ONE**, v. 16, n. 5 May, 1 maio 2021.

CORSO, E. et al. Enhanced recovery after elective caesarean: A rapid review of clinical protocols, and an umbrella review of systematic reviews. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, 20 mar. 2017.

DAVIES, N.; FLETCHER, S.; REEVES, S. Interprofessional education in maternity services: Is there evidence to support policy? **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 6, p. 812–815, 1 nov. 2016.

DE ARAGÃO, F. F. et al. **Neuraxial labor analgesia: a literature review. Brazilian Journal of Anesthesiology**Elsevier Editora Ltda, , 1 maio 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, 1 mar. 2021.

GAGLIARDI, A. R. et al. Developing a checklist for guideline implementation planning: Review and synthesis of guideline development and implementation advice. **Implementation Science**, v. 10, n. 1, 12 fev. 2015.

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, , 1 ago. 2022.

HAMMICK, M. et al. **A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. Medical Teacher**, 2007.

JADAD, A. R. et al. **Assessing the Quality of Reports of Randomized Clinical Trials: Is Blinding Necessary? Controlled Clin Trials**. [s.l: s.n.].

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, 1 jun. 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.

MAI, H. T. et al. An appraisal of published clinical guidelines in anesthesiology practice using the AGREE II instrument. **Canadian Journal of Anesthesia**, v. 68, n. 7, p. 1038–1044, 1 jul. 2021.

NANJI, J. A.; CARVALHO, B. **Pain management during labor and vaginal birth. Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology** Bailliere Tindall Ltd, , 1 ago. 2020.

NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS DA QUALIDADE. [s.l: s.n.]. 2021.

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, p. e4448, 16 out. 2020.

PEREIRA, R. M. et al. New childbirth practices and the challenges for the humanization of health care in southern and southeastern Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3517–3524, 1 nov. 2018.

SHAHVEISI, M.; NOURIZADEH, R.; MEHRABI, E. The effect of shared decision-making in choosing the method of labor analgesia on childbirth experience among primiparous women. **PLoS ONE**, v. 18, n. 2 February, 1 fev. 2023.

SIMÕES, A. D. et al. Perfil epidemiológico dos tipos de parto realizados no Brasil: análise temporal, regional e fatorial. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e0211729678, 16 maio 2022.

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 Ltd, 1 mar. 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.

SOUSA, D. M. DO N. et al. Development of a clinical protocol for detection of cervical cancer precursor lesions. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.

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, 1 maio 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, 1 jan. 2020.

VIEIRA, T. W. et al. **Validation methods of nursing protocols: an integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem** Associação Brasileira de Enfermagem, , 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, , 1 jun. 2022.

YUKSEL, H. et al. Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. **Journal of Integrative Medicine**, v. 15, n. 6, p. 456–461, 1 nov. 2017.

ZHAO, P. et al. Why is the labor epidural rate low and cesarean delivery rate high? A survey of Chinese perinatal care providers. **PLoS ONE**, v. 16, n. 5 May, 1 maio 2021.

ZHAO, Y. et al. The effect of initiating neuraxial analgesia service on the rate of cesarean delivery in Hubei, China: A 16-month retrospective study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, 12 out. 2020.

ZHI, M. et al. Sufentanil versus fentanyl for pain relief in labor involving combined spinal-epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 76, n. 4, p. 501–506, 1 abr. 2020.

ZHOU, H. et al. **Evaluation of the effect of dexmedetomidine combined with ropivacaine in epidural labor analgesia: a systematic review and meta-analysis**. **Minerva Anestesiologica** Edizioni Minerva Medica, , 1 out. 2022.

ZUO, R. H. et al. The incidence of breakthrough pain associated with programmed intermittent bolus volumes for labor epidural analgesia: a randomized controlled trial. **International Journal of Obstetric Anesthesia**, v. 51, 1 ago. 2022.

APÊNDICE I

Quadro 1 – Apresentação dos resultados da análise da qualidade metodológica com a **Escala de Jadad**

| Autor/ano | 1a Randomizado (+1) | 1b Ocultação Apropriada (+1/-1) | 2a Duplo Cego (+1) | 2b Cegamento Apropriado (+1/-1) | 3 Seguimento Adequado (+1) | TOTAL SCORE |
|------------------|----------------------------|--|---------------------------|--|-----------------------------------|--------------------|
| AKKOZ/2020 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2/5 |
| ANDRADE/2022 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4/5 |
| CAVALCANTI/2019 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3/5 |
| MAFETONI/2016 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3/5 |
| OJO/2020 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5/5 |
| SONG/2021 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5/5 |
| TANVISUT/2018 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3/5 |
| TURKMEN/2020 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2/5 |
| WONG/2011 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4/5 |
| YUKSEL/2017 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2/5 |
| ZUO/2022 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4/5 |

Fonte: Elaborado pelos autores

APÊNDICE II – REPRESENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Supplementary file 1. Search Results.

Cochrane library search results (30.03.2023)

Pregnant Women

#1 ((Pregnant Women[MeSH Terms]) OR (Woman, Pregnant [Title/Abstract] OR Women, Pregnant [Title/Abstract]))

22158 results

Analgesia, Obstetrical

#2 (Analgesia, Obstetrical[MeSH Terms]) OR (Analgesia, Obstetric [Title/Abstract] OR Obstetric Analgesia [Title/Abstract] OR Obstetrical Analgesia [Title/Abstract])

2320 results

#1 AND #2

224 results

Labor Pain

#3 (Labor Pain[MeSH Terms]) OR (Pain, Labor [Title/Abstract] OR Obstetric Pain [Title/Abstract])

4635 results

#1 AND #2 AND #3

138 results

Cesarean Section

#4 (Cesarean Section[MeSH Terms]) OR (Abdominal Deliveries [Title/Abstract] OR Abdominal Delivery[Title/Abstract] OR Postcesarean Section [Title/Abstract])

6324 results

#1 AND #2 AND #3 AND #4

1980 results

(("Pregnant Women"[MeSH Terms]) AND ("Analgesia Obstetrical"[MeSH Terms]) AND ("Labor Pain"[MeSH Terms]) AND ("Cesarean Section"[MeSH Terms]))

Pregnant Women AND Analgesia Obstetrical AND Labor Pain AND Cesarean Section. **528 results**

Supplementary file 3. Search Results.**Web of Science (14.04.2023)****Pregnant Women**

#1 ((TS=("Pregnant women")) OR TI=("Woman Pregnant")) OR TI=("Women, Pregnant")
35.629 results

Analgesia, Obstetrical

#2 (((TS=("Analgesia, Obstetrical")) OR TI=("Analgesia, Obstetric")) OR TI=("Obstetric Analgesia")) OR TI=("Obstetrical Analgesia")

17 results

#1 AND #2

73 results**Labor Pain**

#3 ((TS=("Labor Pain")) OR TI=("Pain, Labor")) OR TI=("Obstetric Pain")
382 results

#1 AND #2 AND #3

21 results**Cesarean Section**

#4 (((((TS=("Cesarean Section")) OR TI=("Abdominal Deliveries")) OR TI=("Caesarean Sections")) OR TI=("Abdominal Delivery")) OR TI=(C-Section(OB))) OR TI=("Postcesarean Section"))

7137 results

#1 AND #2 AND #3 AND #4

((((((((((((((TS=("Pregnant women")) OR TI=("Woman Pregnant")) OR
TI=("Women, Pregnant")) AND TS=("Analgesia, Obstetrical")) OR
TI=("Analgesia, Obstetric")) OR TI=("Obstetric Analgesia")) OR
TI=("Obstetrical Analgesia")) AND TS=("Labor Pain")) OR TI=("Pain,
Labor")) OR TI=("Obstetric Pain")) AND TS=("Cesarean Section")) OR
TI=("Abdominal Deliveries")) OR TI=("Caesarean Sections")) OR
TI=("Abdominal Delivery")) OR TI=(C-Section(OB))) OR
TI=("Postcesarean Section")

72 results

Supplementary file 4. Search Results.

Science Direct search results (14.04.2023)

Pregnant Women

#1 (Pregnant Women OR Woman, Pregnant OR Women, Pregnant)

45,474 results**Analgesia, Obstetrical**

#2 (Analgesia Obstetrical OR Analgesia, Obstetric OR Obstetric Analgesia OR Obstetrical Analgesia)

1,461 results

#1 AND #2

737 results**Labor Pain**

#3 Labor Pain OR Pain, Labor OR Obstetric Pain

13,662 results

#1 AND #2 AND #3

486 results**Cesarean Section**

#4 Cesarean Section OR Abdominal Deliveries OR Abdominal Delivery OR C-S OR Postcesarean Section

1,000,000+ results

#1 AND #2 AND #3 AND #4

(Pregnant Women) AND (Analgesia Obstetrical) AND (Labor Pain) AND (Cesarean Section).

307 results

OBS: A chave final só contém MESH-TERMS devido limitação de somente 8 marcadores booleanos.

APÊNDICE III – SOLICITAÇÃO DE USO DA FERRAMENTA AGREE II



Nome do projeto:

Elaboração e Validação de um protocolo de analgesia na população obstétrica em trabalho de parto

Objetivo de usar o AGREE II:

A escolha deste instrumento foi devido a necessidade de utilizar uma ferramenta pelos especialistas (experts) como método de validação. Usaremos ele na íntegra através do Google Forms (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScvByLkGU76tT8vXyInleNFRJy8IcQEShANDgFN6A0m3Ey2GQ/viewform>)

O processo da pesquisa:

Inicialmente foi feita a definição do escopo, tema da pesquisa e construção da pergunta norteadora da pesquisa. A partir disto foi construído projeto de pesquisa com submissão a Plataforma Brasil para análise e liberação da pesquisa no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes(HUPAA). Após a aprovação foi designado um grupo de trabalho com profissionais médicos(as) obstetras e anesthesiologistas, enfermeiras, fisioterapeuta e farmacêutica que exercem cargos de liderança na unidade de saúde da mulher a qual é responsável pela maternidade do referido hospital.

Foram realizadas duas reuniões presenciais com a equipe que faz parte do grupo de trabalho para a elaboração do protocolo. Em seguida foi realizada uma busca de artigos nas plataformas PUBMED(MEDLINE), *Science Direct*, *Cochrane*, *Web of Science* com os descritores que representam a pergunta da pesquisa “Parturientes(P) submetidas a analgesia de parto(I) em comparação com parturientes sem analgesia de parto(C) tem risco aumentado para parto cesariano(O)?”

As melhores evidências como ensaios clínicos e revisões sistemáticas com ou sem metanálise extraídas da busca citada acima foram utilizadas para dar embasamento científico ao protocolo. E posteriormente ele foi revisado pelo grupo de trabalho responsável pela elaboração.

Para a etapa de validação, especialistas (experts) três médicos obstetras, três médicos anesthesiologistas, três fisioterapeutas obstétricos e três enfermeiras obstétricas foram escolhidos através da amostragem por conveniência. A ferramenta escolhida para esse julgamento do conteúdo foi *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II)*.

Após o recebimento do conteúdo de cada um dos especialistas, será realizada a análise das pontuações de cada um dos 23 domínios e da avaliação global com o objetivo de realizar ajustes no protocolo para atender as sugestões propostas pelos especialistas, sendo esta a última etapa de validação do protocolo.

A quem se destina esta autorização:

Será destinada aos pesquisadores deste projeto: a pesquisadora Roberta Ribeiro Brandão Caldas. Médica anesthesiologista do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes(HUPAA) e mestranda do Mestrado Profissional de Pesquisa em Saúde(MPPS).

Project name:

Elaboration and validation of an analgesia protocol in the obstetric population in labor

Purpose of using AGREE II:

The choice of this instrument was due to the need to use a tool by experts (experts) as a validation method. We will use it in full through Google Forms (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScVByLkGU76tT8vXyInleNFRJy8lcQEShANDgFN6A0m3Ey2GQ/viewform>)

The search process:

Initially, the scope, theme of the research and construction of the research's guiding question were defined. From this, a research project was built with submission to Plataforma Brasil for analysis and release of the research at the University Hospital Professor Alberto Antunes (HUPAA). After approval, a working group was appointed with professional obstetricians and anesthesiologists, nurses, physiotherapists and pharmacists who hold leadership positions in the women's health unit, which is responsible for the maternity ward of the referred hospital.

Two face-to-face meetings were held with the team that is part of the working group for the elaboration of the protocol. Next, a search for articles was carried out on the PUBMED(MEDLINE), Science Direct, Cochrane, Web of Science platforms with the descriptors that represent the research question

"Parturients(P) undergoing labor analgesia(I) compared to parturients without Does labor analgesia(C) have an increased risk for cesarean delivery(O)?"

The best evidence such as clinical trials and systematic reviews with or without meta-analysis extracted from the afore mentioned search were used to provide a scientific basis for the protocol. And later it was revised by the working group responsible for the elaboration.

For the validation stage, specialists (experts) three obstetricians, three anesthesiologists, three obstetric physiotherapists and three nurse midwives were chosen through convenience sampling. The tool chosen for this content judgment was the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II).

After receiving the content from each of the specialists, the analysis of the scores of each of the 23 domains and the global assessment will be carried out in order to make adjustments to the protocol to meet the suggestions proposed by the specialists, this being the last validation step of the protocol.

To whom this authorization is intended It will be intended for the researchers of this project:

Researcher Roberta Ribeiro Brandão Caldas. Anesthesiologist at the Professor Alberto Antunes University Hospital (HUPAA) and Master's student in the Professional Master's Degree in Health Research (MPPS).

APÊNDICE IV – LISTA DE ESPECIALISTAS QUE RESPONDERAM O FORMULÁRIO

Médicos Anestesiologistas:

- **Avaliador 11 (A11)**

| | |
|---|----------|
| Doutorado em obstetrícia (2 pontos) | |
| Mestrado em obstetrícia (1 ponto) | |
| Experiência em obstetrícia no mínimo 3 anos (2 pontos) | 2 |
| Participação em projetos de pesquisa que envolvessem o âmbito da obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Autoria em pelo menos 2 trabalhos publicados em periódicos em temáticas que envolvem obstetrícia nos últimos 3 anos (1 ponto) | 1 |
| Tese ou dissertação a área de obstetrícia (1 ponto) | |
| Total | 4 |

- **Avaliador 1 (A1)**

| | |
|---|----------|
| Doutorado em obstetrícia (2 pontos) | 2 |
| Mestrado em obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Experiência em obstetrícia no mínimo 3 anos (2 pontos) | 2 |
| Participação em projetos de pesquisa que envolvessem o âmbito da obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Autoria em pelo menos 2 trabalhos publicados em periódicos em temáticas que envolvem obstetrícia nos últimos 3 anos (1 ponto) | 1 |
| Tese ou dissertação a área de obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Total | 8 |

- **Avaliador 3 (A3)**

| | |
|---|----------|
| Doutorado em obstetrícia (2 pontos) | |
| Mestrado em obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Experiência em obstetrícia no mínimo 3 anos (2 pontos) | 2 |
| Participação em projetos de pesquisa que envolvessem o âmbito da obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Autoria em pelo menos 2 trabalhos publicados em periódicos em temáticas que envolvem obstetrícia nos últimos 3 anos (1 ponto) | |
| Tese ou dissertação a área de obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Total | 5 |

Médicos(as) Obstetras:

- **Avaliador 7 (A7)**

| | |
|---|---|
| Doutorado em obstetrícia (2 pontos) | 2 |
| Mestrado em obstetrícia (1 ponto) | |
| Experiência em obstetrícia no mínimo 3 anos (2 pontos) | 2 |
| Participação em projetos de pesquisa que envolvessem o âmbito da obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Autoria em pelo menos 2 trabalhos publicados em periódicos em temáticas que envolvem obstetrícia nos últimos 3 anos (1 ponto) | 1 |
| Tese ou dissertação a área de obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Total | 7 |

- **Avaliador 8 (A8)**

| | |
|---|---|
| Doutorado em obstetrícia (2 pontos) | |
| Mestrado em obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Experiência em obstetrícia no mínimo 3 anos (2 pontos) | 2 |
| Participação em projetos de pesquisa que envolvessem o âmbito da obstetrícia (1 ponto) | |
| Autoria em pelo menos 2 trabalhos publicados em periódicos em temáticas que envolvem obstetrícia nos últimos 3 anos (1 ponto) | 1 |
| Tese ou dissertação a área de obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Total | 4 |

- **Avaliador 3(A3)**

| | |
|---|---|
| Doutorado em obstetrícia (2 pontos) | 2 |
| Mestrado em obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Experiência em obstetrícia no mínimo 3 anos (2 pontos) | 2 |
| Participação em projetos de pesquisa que envolvessem o âmbito da obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Autoria em pelo menos 2 trabalhos publicados em periódicos em temáticas que envolvem obstetrícia nos últimos 3 anos (1 ponto) | |
| Tese ou dissertação a área de obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Total | 7 |

Enfermeiras(os) Obstétricas(os):

- **Avaliador 10 (A10)**

| | |
|---|---|
| Doutorado em obstetrícia (2 pontos) | |
| Mestrado em obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Experiência em obstetrícia no mínimo 3 anos (2 pontos) | 2 |
| Participação em projetos de pesquisa que envolvessem o âmbito da obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Autoria em pelo menos 2 trabalhos publicados em periódicos em temáticas que envolvem obstetrícia nos últimos 3 anos (1 ponto) | |
| Tese ou dissertação a área de obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Total | 5 |

- **Avaliador 12 (A12)**

| | |
|---|---|
| Doutorado em obstetrícia (2 pontos) | |
| Mestrado em obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Experiência em obstetrícia no mínimo 3 anos (2 pontos) | |
| Participação em projetos de pesquisa que envolvessem o âmbito da obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Autoria em pelo menos 2 trabalhos publicados em periódicos em temáticas que envolvem obstetrícia nos últimos 3 anos (1 ponto) | 1 |
| Tese ou dissertação a área de obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Total | 4 |

- **Avaliador 4 (A4)**

| | |
|---|---|
| Doutorado em obstetrícia (2 pontos) | |
| Mestrado em obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Experiência em obstetrícia no mínimo 3 anos (2 pontos) | 2 |
| Participação em projetos de pesquisa que envolvessem o âmbito da obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Autoria em pelo menos 2 trabalhos publicados em periódicos em temáticas que envolvem obstetrícia nos últimos 3 anos (1 ponto) | 1 |
| Tese ou dissertação a área de obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Total | 6 |

- **Avaliador 9(A9)**

| | |
|---|---|
| Doutorado em obstetrícia (2 pontos) | |
| Mestrado em obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Experiência em obstetrícia no mínimo 3 anos (2 pontos) | 2 |
| Participação em projetos de pesquisa que envolvessem o âmbito da obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Autoria em pelo menos 2 trabalhos publicados em periódicos em temáticas que envolvem obstetrícia nos últimos 3 anos (1 ponto) | |
| Tese ou dissertação a área de obstetrícia (1 ponto) | |
| Total | 4 |

Fisioterapeutas Obstétricos(as):

- **Avaliador 5 (A5)**

| | |
|---|----------|
| Doutorado em obstetrícia (2 pontos) | 2 |
| Mestrado em obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Experiência em obstetrícia no mínimo 3 anos (2 pontos) | 2 |
| Participação em projetos de pesquisa que envolvessem o âmbito da obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Autoria em pelo menos 2 trabalhos publicados em periódicos em temáticas que envolvem obstetrícia nos últimos 3 anos (1 ponto) | 1 |
| Tese ou dissertação a área de obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Total | 8 |

- **Avaliador 6 (A6)**

| | |
|---|----------|
| Doutorado em obstetrícia (2 pontos) | |
| Mestrado em obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Experiência em obstetrícia no mínimo 3 anos (2 pontos) | 2 |
| Participação em projetos de pesquisa que envolvessem o âmbito da obstetrícia (1 ponto) | |
| Autoria em pelo menos 2 trabalhos publicados em periódicos em temáticas que envolvem obstetrícia nos últimos 3 anos (1 ponto) | |
| Tese ou dissertação a área de obstetrícia (1 ponto) | 1 |
| Total | 4 |

APÊNDICE V – COMENTÁRIOS DOS ESPECIALISTAS (AVALIAÇÃO)

| |
|--|
| Domínio 1: Escopo e Finalidade |
| 1. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s). |
| A1 - Sem comentários |
| A2 - Os objetivos estão claros. Entretanto, sugiro acrescentar o seguinte: "Facilitar a universalização da analgesia de parto a todas as gestantes em trabalho de parto atendidas na instituição." |
| A3 - Os propósitos, benefícios esperados e o alvo (as gestantes que necessitam de analgesia e os profissionais de saúde envolvidos na assistência) estão bem escritos e de fácil encontro no texto. |
| A4 - Item bem escrito, com descrições claras e concisas e de fácil de ser localizado no texto. |
| A5 - Os objetivos gerais são bem claros, mas senti falta nos objetivos específicos destrinchar melhor que tipo de orientações os outros profissionais além de anestesiológicos devem fazer. |
| A6 - Atende às necessidades da parturiente e aos profissionais que estão conduzindo o parto |
| A7 - Como bem descrito na Justificativa, penso que seu objetivo geral (portanto principal e único) é a validação de um protocolo de cuidados de analgesia; os demais objetivos, incluindo aqueles que foram listados como gerais, devem ser incluídos como objetivos específicos |
| A8 - Objetivos bem descritos no protocolo, com detalhamento do público-alvo e o objetivo diante da implementação do protocolo |
| A9 - Atende às necessidades da parturiente e aos profissionais que estão conduzindo o parto. |
| A10 - Sugestões para o título: Cuidados e gerenciamento em analgesia farmacológica e não farmacológica do parto normal na maternidade do HUPAA. No item 5.1.1 - acrescentar: residentes médicos de obstetrícia, residentes de enfermagem em obstetrícia e enfermeiras obstétricas. Além disso, incluir: "Orientar os profissionais (...) acerca dos cuidados e gerenciamento em analgesia farmacológica e não farmacológica do parto normal na maternidade do HUPAA. Em 5.2.1 - O objetivo do protocolo é "ORIENTAR" os profissionais. "Proporcionar" algo para as pacientes é um resultado esperado. Além disso, sugiro substituir a expressão "falha" por "após esgotadas todas as possibilidades com o uso das técnicas não farmacológicas para alívio da dor como 1ª escolha. Ex.: Orientar o uso de técnicas não farmacológicas... como 1ª escolha; oferecer o método farmacológico como 2ª escolha, de acordo com as etapas estabelecidas nesse protocolo. 5.2.3 - Esse item é um resultado esperado e não um objetivo |
| A11 - Claramente descrito quanto à importância e objetivos |
| A12 - Sugiro alteração na descrição dos objetivos gerais e específicos para melhor descrever ao que se refere e a quem se destina o protocolo/estudo: 5.1.1. Orientar os profissionais de saúde envolvidos na assistência a pacientes em trabalho de parto - médicos(as) obstetras, anestesiológicos, residentes em anestesiologia e obstetrícia, enfermeiros(as) obstétricos(as) e assistenciais, técnicos(as) de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos(as) - acerca dos métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor; 5.1.2. Recomendar as técnicas e procedimentos voltados ao alívio da dor durante o trabalho de parto embasados nas melhores e mais atuais evidências científicas. 5.2.1. Proporcionar às mulheres em trabalho de parto a escolha por métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto e, em caso de falha destes, disponibilizar método farmacológico descrito neste protocolo; 5.2.2. Padronizar as práticas e técnicas utilizadas pelos anestesiológicos 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; 5.2.3. 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 |

| |
|---|
| 2. A(s) questão (ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s). |
| A1 - Sem comentários |
| A2 - Tais questões estão adequadamente descritas na introdução do protocolo, e no documento anexo, com o tema "Atenção ao parto no Brasil, o que dizem as evidências". Sugiro que a existência deste documento seja informada no protocolo |
| A3 - O conteúdo descreve bem a população-alvo e as intervenções, com informações adequadas |
| A4 - Item bem escrito, com descrições claras e concisas, fácil de ser localizado, com informações suficientes para qualquer pessoa entender |
| A5 - Estão muito atualizadas |
| A6 - Sim. |
| A7 - Item bem descrito. |
| A8 - A descrição da inclusão e exclusão da paciente, assim como as formas de analgesia, estão bem descritas. Falta considerar em qual local essa abordagem ocorrerá, vai depender da fase do trabalho de parto? Vai depender da disponibilidade de sala de parto? Pode ser realizada em leito? Tem necessidade ou obrigatoriedade de ir ao Centro Obstétrico em determinada situação? |
| A9 - Sim, estão |
| A10 - A escolha apropriada da técnica analgésica também depende de: 1) quantidade de profissionais disponíveis na instituição, sendo uma equipe de enfermagem exclusiva para a sala de parto, sem outras atribuições (mínimo de 01 enfermeiro obstétrico + 01 técnico de enfermagem); 2) capacitação periódica da equipe em analgesia não farmacológica; 3) materiais disponíveis para aplicação dos métodos não farmacológicos. Acrescentar na introdução dados epidemiológicos nacionais e locais acerca das taxas de cesariana, a fim de fortalecer a justificativa |
| A11 - Totalmente objetiva e direcionada à analgesia de parto |
| A12 - O protocolo está recomendado para mulheres em quaisquer idades cronológicas? O protocolo será implementado apenas em âmbito local (no hospital universitário) ou se propõe apresentá-lo posteriormente para uso em outras instituições? Caso a proposta seja ampliar, quais são os insumos necessários para inclusão deste protocolo no serviço? Fora essa indagação, as demais propostas questões estão bem descritas. |
| 3. A população (pacientes, público, etc) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita. |
| A1 - Sem comentários |
| A2 - Sim. A população a quem se destina a diretriz está adequadamente especificada |
| A3 - É uma população bem definida (pacientes em trabalho de parto e profissionais de saúde envolvidos na assistência). Portanto, encontra-se bem descrito, tanto a população alvo, quanto as populações excluídas. |
| A4 - Item bem escrito, com descrições claras e concisas, fácil de ser localizado, com informações específicas o suficiente para que os indivíduos corretos e elegíveis recebam a ação recomendada |
| A5 - Descritas em muitos momentos do protocolo inclusive. |
| A6 - Especifica as principais situações de mulheres em trabalho de parto normal e/ou operatório |
| A7 - Avaliar se serão incluídas pacientes adolescentes (que constituem % até expressivo do pré-natal do HUPAA) e que necessitariam de um Termo de Assentimento (e não de Consentimento) adicional com consentimento do responsável legal. Se não for incluir adolescentes, deixar a idade materna de inclusão mais clara na população-alvo. |
| A8 - Encontra-se bem detalhada na parte de inclusão e exclusão, como também no detalhamento dos tipos de analgesias e suas indicações. |
| A9 - Encontra-se |
| A10 - Sugiro contextualizar, trazendo as características da população obstétrica atendida no HUPAA, as quais se beneficiariam com o parto normal. Especificamente na maternidade do HUPAA, as gestantes com idade gestacional menor ou igual a 34 semanas não são partejadas (geralmente se estão em trabalho de parto, estão em tratamento para inibição e, nesse caso, não estão na sala de parto). Desse modo, não vejo como o protocolo ser aplicado a todas as idades gestacionais. Sugiro rever o item 6, o item 7.1.5 e o infográfico I para ajustes; entendi que em determinado momento, o questionário de fadiga materna |

| |
|---|
| será utilizado para determinar o grau de fadiga da parturiente. Desse modo, no item 7 - Critérios de inclusão, sugiro acrescentar, indicando qual o escore mínimo obtido após a aplicação do questionário que será suficiente para indicar a necessidade da utilização de métodos farmacológicos de alívio da dor; O mesmo raciocínio se aplica ao Infográfico 1; Item 7.1.4 repetido em 7.1.7; Em 7.1.9 - não apenas disponibilidade de anesthesiologista de plantão, mas de equipe mínima de enfermagem para compor a sala de parto (01 enfermeira obstétrica + 01 técnico de enfermagem destinados exclusivamente para a sala de parto); 7.2 - Critérios de exclusão: Se houver alteração acerca da idade gestacional, acrescentar aqui. |
| A11 - Concordo, apenas na EXCLUSÃO de pacientes discordo com o número de 80.000 plaquetas e uso de opioides em menos de 3hs |
| A12 - A mesma indagação ao item anterior referente à idade das mulheres submetidas ao protocolo. Os métodos não farmacológicos são para todas? Os farmacológicos também serão para todas (diante dos critérios pontuados posteriormente)? |

| |
|--|
| Domínio 2: Envolvimento das partes interessadas |
| 4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes. |
| A1 - Incluir os médicos obstetras no holl de profissionais que podem executar os métodos não farmacológicos no infográfico 2 |
| A2 - Todos os grupos profissionais envolvidos participaram da elaboração da diretriz |
| A3 - O item encontra-se bem escrito tendo facilidade de encontrar a equipe de desenvolvimento do trabalho como: os profissionais de saúde envolvidos na assistência a pacientes em trabalho de parto: médicos(as) obstetras, anesthesiologistas, residentes em anesthesiologia e obstetrícia, enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos(as). portanto, todos os grupos relevantes estão contemplados |
| A4 - Se acharem pertinente, incluam o psicólogo como parte dos profissionais que assistem essas mulheres, especialmente para os casos de assistência a pacientes com transtornos mentais ou com descompensação emocional que refletem na dor, por abortos, fetos com má formações e/ou natimorto |
| A5 - Inclusive eles foram descritos no item atribuições |
| A6 - Sim. Todos os profissionais envolvidos na equipe multidisciplinar. |
| A7 - Descreve de forma completa a equipe multiprofissional da instituição, já que não dispomos de doula pelo SUS no HUPAA (profissional portanto não incluída). Se o projeto se estender a outros hospitais do Estado (Hospital da Mulher por ex, que disponibiliza a presença da doula no plantão), lembrar de incluí-la. |
| A8 - Inclui toda a equipe multiprofissional. |
| A9 - Toda equipe hospitalar foi adequadamente descrita. |
| A10 - No item 5.1.1 - acrescentar: residentes médicos de obstetrícia, residentes de enfermagem em obstetrícia e enfermeiras obstétricas |
| A11 - Todas as áreas interessadas envolvidas. |
| A12 - A escolha de cada profissional na elaboração deste protocolo foi bastante feliz, pois abrangeu a equipe ou responsáveis técnicos pelo suporte direto e indireto à parturiente. As descrições estão bastante concisas e fácil compreensão. Sugiro a padronização da descrição dos colaboradores envolvidos, incluindo o setor de atuação e instituição |
| 5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, publico, etc.). |
| A1 - Não se observou no protocolo, participação das pacientes, nem pesquisas qualitativas que abordassem a percepção das mulheres frente ao uso dos métodos de alívio da dor. |
| A2 - A introdução está clara a respeito dos benefícios da analgesia durante o trabalho de parto e o parto, entretanto, o texto não deixa claro como, na elaboração da diretriz, foram consideradas experiência e expectativas das parturientes |
| A3 - O protocolo só será implementado após a população-alvo passar pelas informações seguintes e aceite: Inicialmente, oferecer e esgotar as possibilidades de analgesia não farmacológica disponíveis na instituição, Aplicar questionário validado de fadiga materna, |

| |
|---|
| Avaliação conjunta com médico obstetra para decisão sobre os métodos farmacológicos, Perguntar se a paciente deseja que execute o procedimento de analgesia de parto farmacológica e explicar detalhadamente sobre as etapas e potenciais riscos. Se houver o aceite, apresentar e solicitar que a paciente leia e assine o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e realizar avaliação pré-anestésica |
| A4 - Apesar de nos itens (introdução, métodos farmacológicos e não farmacológicos, nas técnicas de analgesia) conterem as evidências tanto de métodos não farmacológicos e analgesia de parto em suas diferentes técnicas no controle/alívio da dor, seria mais interessante estudos qualitativos que retrata a opinião delas sobre a não utilização dos recursos de alívio de dor, com a utilização de ambos os recursos separadamente e uso deles em conjunto |
| A5 - e deixou clara que o primeiro critério é o desejo da paciente |
| A6 - De acordo com a justificativa sobre importância da pesquisa, demonstra-se a necessidade de diminuição das taxas de cesarianas pelo impacto social e melhora para o serviço obstétrico, porém, não foi realizado uma pesquisa de opinião com a população acerca do assunto |
| A7 - Item bem descrito. |
| A8 - É proposto diversas opções de analgesia, farmacológicas e não farmacológicas |
| A9 - Não tenho elementos para avaliar esse item |
| A10 - Sugiro acrescentar em qual momento do internamento hospitalar serão apresentadas as técnicas de analgesia (não farmacológicas e farmacológicas), bem como em qual momento o TCLE será assinado (na admissão?). Ao detalhar as características da população atendida, será visualizado que muitas gestantes são oriundas do pré-natal da própria instituição. Para estas, poderia ser criado um fluxo interno de agendamento de visitas periódicas à maternidade, com envolvimento dos profissionais do pré-natal. Esse seria um momento oportuno para apresentação dos métodos de alívio da dor utilizados. Para as demais gestantes (demanda espontânea ou de outras instituições), faria na admissão, antes de entrar em TP. Considero negativa a alternativa de se fazer toda a abordagem do protocolo já na fase do trabalho de parto, salvo exceções em que a paciente chega em período expulsivo, onde não há outra opção |
| A11 - No protocolo há a possibilidade da oferta dos diversos métodos farmacológicos, ou não, para que a paciente possa escolher. Contudo, não fica claro em qual momento esta abordagem deva ser realizada e qual profissional executará a oferta |
| A12 - A parte introdutória e outros trechos ao longo do protocolo contemplam os estudos realizados previamente com uso dos métodos não farmacológicos e farmacológicos propostos, incluindo os resultados acerca da melhoria (em sua maioria) ao utilizá-los nos serviços, contudo, com referências exteriores/internacionais. A utilização da literatura internacional é bastante válida, mas sugiro também identificar se na literatura nacional existe outros relatos (até mesmo subjetivos) acerca do escopo do protocolo, afinal a cultura brasileira é demasiadamente diferente de outros países. |
| 6. Os usuários alvo da diretriz estão claramente definidos. |
| A1 - Sem comentários |
| A2 - Os usuários estão descritos nos objetivos gerais. Sugiro que sejam incluídos entre os usuários, gestores do hospital, pois estes terão a responsabilidade de prover os recursos humanos e materiais necessários à utilização da diretriz. |
| A3 - Em várias etapas do protocolo existe a descrição clara dos usuários-alvo |
| A4 - Incluiria o psicológico e também líderes/gestores clínicos ou institucionais para entender a necessidade de contratação desta equipe para melhor qualidade da assistência. |
| A5 - várias vezes no texto |
| A6 - Sim. Descrito no tópico 6 do protocolo. |
| A7 - Item bem descrito. |
| A8 - É descrito os métodos e quem irá realizar cada abordagem, falta detalha de quem é o papel de oferecer e "convencer" sobre cada método, quem iniciará cada abordagem. |
| A9 - Sim, estão |
| A10 - Há, no infográfico, itens do critério de inclusão repetidos: "TP espontâneo ou induzido e parto espontâneo ou induzido"; Acerca da prematuridade, sugiro delimitar a idade gestacional, de acordo com a rotina da instituição e do protocolo de utilização da sala de parto. |
| A11 - Sim, os usuários estão bem definidos. |

A12 - Inclusive o papel de cada um deles está bem descrito no protocolo. Sugiro apenas alteração no item 14. Atribuições, competências e responsabilidades, especialmente no subitem 14.4. acerca dos Técnicos de Enfermagem. Acrescentar tanto na frase sob métodos não farmacológicos, quanto farmacológicos: "sob supervisão do(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) ou assistencial", haja vista que os profissionais de enfermagem respondem diretamente à sua liderança e está previsto na Lei do Exercício Profissional da categoria

| |
|--|
| Domínio 3: Rigor do desenvolvimento |
| 7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca a busca das evidências. |
| A1 - Não se observou a metodologia utilizada na busca dos artigos utilizados para embasarem as recomendações, quais bases utilizadas, quais descritores, estratégias de busca |
| A2 - O método utilizado para pesquisa de evidências está descrito no documento anexo, intitulado "Elaboração e validação de um protocolo de analgesia...", iniciado pela carta-convite. Sugiro incluir esta descrição no texto do protocolo, ou informar no protocolo a existência deste documento, e como encontrá-lo. |
| A3 - Foi adotada uma estratégia para busca de evidências. porém, 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 e farmacológicos. |
| A4 - Apesar de citar no texto as evidências a partir de métodos sistemáticos sobre alguns métodos não farmacológicos e iniciação e manutenção que são mais eficazes, vcs não descreveram as bases de dados, períodos de tempo utilizados na busca; Termos de pesquisa utilizados, ou seja, a descrição de toda a estratégia de busca. Na carta convite tem a descrição de uma parte desse conteúdo, mas no texto não consta. |
| A5 - inclusive baseado em diretriz |
| A6 - Na carta de apresentação foi apresentado as etapas para elaboração do trabalho, sendo utilizada a estratégia PICO. Porém, não consta no protocolo |
| A7 - Os protocolos de analgesia não farmacológica e farmacológica estão bem embasados em referências. Entretanto, não observei na parte referente à Metodologia dados de descrição de busca dessas informações: que base de dados foi usada na busca e elaboração desde protocolo? qual o período de tempo da busca? Como foram selecionados os artigos que embasam o protocolo criado e usado? |
| A8 - Revisão sistemática, pontos fortes e limitações bem descritos |
| A9 - Não encontrei método descrito para busca de evidências |
| A10 - As evidências acerca do método farmacológico estão bem embasadas, porém sugiro especificar melhor acerca dos métodos não farmacológicos, uma vez que o protocolo é sobre ANALGESIA DE PARTO e engloba os métodos não farmacológicos e farmacológicos. Uma alternativa seria a instituição já possuir um protocolo de utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e este ser apenas citado no protocolo de analgesia farmacológica |
| A11 - Aparentemente sim, mas não descritos |
| A12 - O processo de busca está bem descrito na Carta Convite, onde retrata a estratégia PICO e plataformas de busca de artigos. Sugiro incluir algum item de descrição das evidências no protocolo, caso em comum acordo com o orientador |
| 8. Os critérios para seleção de evidências estão claramente descritos. |
| A1 - Não foi observado, quais níveis de evidências foram considerados para as recomendações. Apesar de trazer várias evidências de qualidade, a seleção dessas evidências não ficou explícita |
| A2 - O método utilizado para pesquisa de evidências está descrito no documento anexo, intitulado "Elaboração e validação de um protocolo de analgesia...", iniciado pela carta-convite. Sugiro incluir esta descrição no texto do protocolo, ou informar no protocolo a existência deste documento, e como encontrá-lo |
| A3 - Os critérios para seleção das evidências estão descritas, caracterizando as dificuldades de encontrar estudos clínicos para os métodos utilizados |

| |
|--|
| A4 - Não localizei. Citar quais os critérios de inclusão e exclusão utilizados para a busca dessas evidências? Incluir outras revisões sistemáticas de métodos não farmacológicos – massagem, Tens, Bola, acupuntura. Alguns desses estudos foram citados na carta convite, mas não consta no protocolo. Achei estranha essa citação de exercício perineal na bola, se buscar mobilidade pélvica na bola alivia a dor, vcs encontrarão 2 revisões sistemáticas. Assim como do TENS |
| A5 - Estão bem descritos sim, mas acredito que o desfecho primário controle da dor que é mais comum nos trabalhos em analgesia foi modificado para taxa de cesariana. Isso talvez não limitaria o protocolo institucional uma vez que os artigos coletados não têm outras perguntas de pesquisa. |
| A6 - Não está descrito no protocolo sobre a busca metodológica para a seleção das evidências científicas. Apenas na carta convite assim descreve: “ Foram realizadas duas reuniões presenciais com a equipe que faz parte do grupo de trabalho para a elaboração do protocolo. Em seguida foi realizada uma busca de artigos nas plataformas PUBMED (MEDLINE), Science Direct, Cochrane, Web of Science com os descritores que representam a pergunta da pesquisa “Parturientes (P) submetidas à analgesia de parto (I) em comparação com parturientes sem analgesia de parto (C) tem risco aumentado para parto cesariano (O)?” As melhores evidências como ensaios clínicos e revisões sistemáticas com ou sem metanálise extraídas da busca citada acima foram utilizadas para dar embasamento científico ao protocolo. E, posteriormente, ele foi revisado pelo grupo de trabalho responsável pela elaboração.” Não consta período da busca. |
| A7 - Atentar somente para comentário anterior sobre idade materna a ser incluída (serão incluídas todas as pacientes, sobretudo as adolescentes?). Se sim, lembrar do Termo de Assentimento com consentimento pelo responsável legal. |
| A8 - Descritos apenas na referência bibliográfica. A metodologia realizada para busca não está descrita |
| A9 - Não |
| A10 - Para o protocolo, vejo que poderia ser mais específico e objetivo ao que se pretende. Por exemplo: sugiro suprimir o item "QUAIS AS TÉCNICAS DE INICIAÇÃO E MANUTENÇÃO MAIS EFICAZES". Para o profissional que irá utilizar o protocolo, ele necessita da informação clara e direta, tipo um fluxograma a ser lido, compreendido e reproduzido na prática. Facilita e diminui a chance de erros. |
| A11 - Os critérios para seleção das evidências não são citados |
| A12 - Não foi possível identificar claramente o método de seleção das evidências, quantos artigos ao todo foram encontrados e quais foram os critérios para excluí-los na elaboração do protocolo. Sugiro incluir um quadro síntese com os materiais selecionados ou fluxo de escolha das produções científicas, como o idioma utilizado, por exemplo |
| 9.Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos. |
| A1 - Não foi evidenciado |
| A2 - O método utilizado para pesquisa de evidências está descrito no documento anexo, intitulado "Elaboração e validação de um protocolo de analgesia...", iniciado pela carta-convite. Sugiro incluir esta descrição no texto do protocolo, ou informar no protocolo a existência deste documento, e como encontrá-lo |
| A3- AS DESCRIÇÕES ESTÃO EXPLÍCITAS E SEM VIÉIS |
| A4 - Não Localizei. Utilize a aplicação de um instrumento formal ou estratégia (por exemplo, escala de Jadad, método Grade, escala Pedro, Cochrane.) |
| A5 - os pontos fortes estão bem claros ao final do texto, porém não identifiquei as limitações do corpo de evidências de forma clara |
| A6 - Não descreve a metodologia no protocolo |
| A7 - Não observei item específico do projeto que abordasse os riscos e benefícios da pesquisa. |
| A8 - Não existe descrição sobre o uso das evidências, os pontos de exclusão ou inclusão da evidência escolhida. É apenas descrito a inclusão e exclusão do público-alvo |
| A9 - Explicitar mais acerca do corpo de evidências encontrado para fundamentar |
| A10 - Como se pretende iniciar a abordagem oferecendo às mulheres os métodos não farmacológicos, é necessário listar quais materiais e equipamentos serão necessários para cada técnica sugerida e oferecida. No protocolo está bem descrito e delineado sobre as bombas a serem utilizadas para a analgesia farmacológica, do mesmo modo deve ser feito |

| |
|--|
| com as demais técnicas, bem como acerca das capacitações a serem feitas para que a equipe saiba utilizar. Ex.: a técnica de aromaterapia é baseada em evidências científica e necessita que o terapeuta compreenda sobre os óleos essenciais, sua classificação, os tipos, os que podem ser utilizados em grupos de risco (gestantes), quais os mais indicados a depender da fase do trabalho de parto, etc. A instituição, além de prover a equipe mínima e providenciar os materiais necessários para cada técnica, deverá promover capacitações para que seja possível aplicar o protocolo |
| A11 - Na avaliação da literatura para análise dos métodos não farmacológicos descreve-se a escassez de referências, contudo na avaliação dos métodos farmacológicos esta análise não fica explícita |
| A12 - Acredito que poderia ter sido melhor explorado ou descrito de forma mais clara. Conforme sugestão anterior, um quadro síntese poderia sanar esse ponto. |
| 10. Os métodos para formulação das recomendações estão claramente descritos. |
| A1 - Não foi evidenciado |
| A2 - Os métodos para formulação das recomendações não estão claros no texto. |
| A3 - Baseada em grupos estruturado de especialistas e referências atuais. |
| A4 - Não está claro os métodos usados para formular as recomendações, a partir de como chegou às decisões finais. Importante incluir um sistema de votação e técnicas formais de consenso (como Delphi, Técnicas de Glaser). |
| A5 - as recomendações estão muito bem escritas |
| A6 - Não descreve os métodos utilizados para a elaboração das diretrizes, como por exemplo, nenhum método de votação |
| A7 - Os métodos usados para formular as recomendações estão bem setorizados (técnicas não farmacológicas e farmacológicas) com boa descrição e evidências de cada. Só recomendo que seja descrito em área do projeto referente a Métodos/Desenvolvimento da Diretriz ou protocolo |
| A8 - Aborda as descrições para os métodos farmacológicos e não farmacológicos utilizados. Com infográfico para cada indicação. |
| A9 - Sim, estão |
| A10 - Em dado momento, foi descrito que se utilizará um questionário de fadiga materna, porém ele não consta nos critérios de inclusão e nem no infográfico. Além disso, não ficou claro como se dará a avaliação das respostas maternas. Qual /quais escores serão utilizados? Qual o valor mínimo necessário para indicar que a mulher já precisa da analgesia farmacológica? Outra observação é sobre os extremos das respostas: ora a resposta extremamente refere-se a uma situação positiva e ora significa uma a resposta mais negativa possível. Ex 1.: você está se sentindo cansada? resposta 5 - extremamente (pior resposta possível para essa pergunta) você está conseguindo descansar? resposta 5 - extremamente (melhor resposta possível para essa pergunta) ex2.: você consegue prestar atenção no que as pessoas falam à sua volta? resposta 1 - nem um pouco (pior resposta para essa pergunta) você está se sentindo fraca? resposta 1 - nem um pouco (melhor resposta para essa pergunta). Deixar claro como será realizada essa avaliação das respostas |
| A11 - Os métodos para formulação das diretrizes não estão claramente descritos, apenas a motivação; contudo não se descreve a fundamentação para busca de evidências. |
| A12 - Sugiro apresentação da avaliação da fadiga materna em relação a qual pontuação mínima ou máxima necessária para recomendação de iniciar/propor outro método para alívio da dor |
| 11. Os benefícios, efeitos colaterais e risco à saúde foram considerados na formulação das recomendações. |
| A1- Os benefícios estão bem identificados, os efeitos colaterais precisam estar mais evidentes (quadro 2) e os riscos a saúde que devem estar no TCLE, mas não está explícito no protocolo |
| A2 - Benefícios e efeitos colaterais estão descritos ao longo do texto |
| A3- O item foi bem escrito e a informação é uma parte integrante importante do protocolo. Portanto, a paciente deverá ser informada previamente a respeito dos riscos e benefícios da técnica e de como deve conduzir-se após a instalação da analgesia regional. |
| A4 - O item está bem escrito, com descrições claras e concisas, baseado em evidências |
| A5 - bem escritos |

| |
|--|
| A6 - Sim. Descritos em cada tópico, desde a abordagem inicial com as parturientes, técnicas não-farmacológicas, seguidos das etapas de analgesia, manutenção e cuidados pós-anestésicos. |
| A7 - Apesar de citado de forma diluída no projeto, não há item específico do projeto referente aos riscos e benefícios da pesquisa pra população-alvo; penso que ficaria melhor descrito se estivesse numa seção mais clara do projeto. |
| A8 - Não existe descrição de efeitos colaterais e riscos à saúde |
| A9 - Sim |
| A10 - Principalmente acerca da analgesia farmacológica, em cada técnica citada deverá trazer os possíveis efeitos colaterais e as recomendações do que se fazer em caso de ocorrência. Além disso, seria interessante a construção de um impresso próprio para ser utilizado pela equipe multiprofissional para registro e monitoramento da parturiente após início do bloqueio anestésico |
| A11 - Ficam implícitos no texto, mas não claros para a paciente. Isto provavelmente deva ser apresentado no TCLE |
| A12 - Os benefícios, efeitos colaterais e risco à saúde estão bem descritos. Importante enfatizar que analgesia farmacológica é indicada para dores intensas, anormais aquelas sentidas durante o processo de parturição, que é fisiológico e naturalmente a dor ocorrerá. |
| 12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe darão suporte. |
| A1 - Tem a relação, mas estão em blocos diferentes do protocolo |
| A2 - Algumas recomendações para a iniciação da analgesia de parto não estão vinculadas à evidência respectiva. |
| A3 - Sim. 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. |
| A4 - Há coerência entre evidências e recomendações e está fácil encontrar a ligação entre as recomendações. |
| A5 - tudo com muita clareza. |
| A6 - Não encontradas ao longo do texto considerações sobre os benefícios bem como danos/efeitos colaterais/riscos. |
| A7 - Bem descrito no projeto, embasado em Boas evidências . |
| A8 - Descrição de todos os métodos propostos com validação |
| A9 - Sim |
| A10 - Ao serem acrescentados os efeitos colaterais, demonstrando que os benefícios superam os riscos, bem como as evidências do grau de satisfação das parturientes e dos desfechos neonatais positivos com a utilização da analgesia, irá ficar bastante explícita |
| A11 - As evidências claramente suportam as recomendações. |
| A12 - Ao longo do protocolo e a cada sugestão foram incluídas uma ou mais referências para dar suporte |
| 13. A diretriz foi revisada externamente por Especialistas antes da sua publicação. |
| A1 - Fase em andamento. |
| A2 - Fase atual de elaboração da diretriz. |
| A3 - Estar sendo submetida à revisão externa antes de sua publicação |
| A4 - Sabemos que está sendo avaliada, porém essa informação deve constar no protocolo e apenas observei que consta na carta convite. "Os revisores externos são adequados e relevantes ao escopo da diretriz, mas precisa apresentar uma justificativa para a escolha dos revisores. E como a informação obtida na revisão externa foi usada pela equipe de desenvolvimento da diretriz. " |
| A5 - Pelo que eu entendi o protocolo institucional foi lançado em 21/07/2023, mas senti falta da data de análise e aprovação que normalmente ficam ao final do texto do lado dos nomes dos membros |
| A6 - Consta a lista de profissionais das áreas específicas. |
| A7 - Bem descritos os profissionais que elaboraram e revisaram o protocolo |
| A8 - Encontra-se em processo de validação |
| A9 - Está sob análise |

| |
|--|
| A10 - Apenas deixar mais claro quais os critérios de inclusão utilizados para a escolha dos Especialistas. |
| A11 - Sim |
| A12 - Durante a elaboração foram incluídos profissionais das diversas categorias e, na etapa atual de validação, está sendo executado este rigor de desenvolvimento |
| 14. Um procedimento para atualização da diretriz está disponível. |
| A1 - No final tem que terá revisão sistemática. |
| A2 - O procedimento de atualização da diretriz não está descrito no texto. |
| A3 - A partir da implantação deste protocolo, deverá ser monitorada |
| A4 - Está citada no cabeçalho, porém importante estar citada no texto tb. (Intervalo de tempo explícito ou critérios explícitos para orientar as decisões sobre quando será a atualização, assim como a metodologia para o procedimento de atualização) |
| A5 - tem inclusive data de possível atualização futura. |
| A6 - Sim. Descritos do tópico 21. |
| A7 - Há descrição de um histórico de revisões que deve ser seguido e há inclusive data para a próx revisão, em 2 anos. |
| A8 - Possui previsão de datas de revisão a cada 2 anos. |
| A9 - Não sei responder |
| A10 - Algumas dúvidas precisam ser esclarecidas: - onde será a aplicação da analgesia? Foi citada uma "sala de analgesia". Onde se localiza? - Após iniciada a analgesia, o anesthesiologista permanecerá na sala de parto monitorando e acompanhando a parturiente? - Descrever se haverá alguma limitação por parte da parturiente, após o bloqueio (e se sim, quais?) - Foram descritos alguns cuidados pós-analgesia. Falta acrescentar a quem compete. Exemplo: monitorização dos sinais vitais (por quem?); aplicar escala de Bromage (por quem?), etc |
| A11 - Sim |
| A12 - No cabeçalho e ao final do protocolo é possível identificar quando e o material foi revisado e suas versões. Sugiro incluir algum parágrafo que explicita que "de acordo com o surgimento de novas evidências o protocolo poderá ser atualizado" |

| |
|---|
| Domínio 4: Clareza da apresentação |
| 15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade. |
| A1 - Sem comentários |
| A2 - Na fase de manutenção da analgesia, quando trata da utilização de bombas de infusão, a diversidade de alternativas pode dificultar a tomada de decisão por equipes menos experientes |
| A3 - sim, há clareza no texto para quem as recomendações se aplicam |
| A4 - Sim. |
| A5 - sem problemas |
| A6 - Conforme descrição nos tópicos 8 a 17. |
| A7 - Há bastante clareza nas recomendações tanto em texto descritivo, quanto em fluxogramas |
| A8 - São específicas, detalhadas e com facilitação dos infográficos no apêndice. |
| A9 - Sim |
| A10 - Há algumas observações para deixar o protocolo mais claro: - Onde se descrevem os métodos não farmacológicos, "banho de imersão" se refere ao banho de banheira. Se se pretende fazer referência ao banho de chuveiro, usa-se o termo "banho de aspersão". Mas caso queira mesmo utilizar o banho de imersão, é preciso trazer como uma estratégia altamente eficaz no alívio da dor, porém que não está disponível no serviço; - Onde se descreve "banqueta de parto e cavalinho obstétrico" como métodos não farmacológicos, sugiro suprimir. Eles são instrumentos utilizados para ajudar a parturiente a adotar posições verticalizadas, porém não estão associados à diminuição da percepção de dor do trabalho de parto; - Deixar explícito se haverá ou não algum tempo de abordagem e utilização dos métodos não farmacológicos para depois seguir para a analgesia farmacológica (obedecendo aos critérios de inclusão e após preenchimento do questionário de fadiga?) Sempre será necessário preencher o questionário? Só o desejo materno associado aos |

| |
|---|
| critérios de inclusão não será suficiente? Quem acionará o anestesologista de plantão? Apenas o médico obstetra? - Após o nascimento, será necessário algum cuidado adicional, ou segue-se com o puerpério fisiológico? E acerca do RN? Necessitará algum cuidado específico? Não foi descrito; - O item 14.3 é competência privativa do enfermeiro obstetra: "acompanhar o trabalho de parto e realizar o preenchimento do partograma", não devendo ser atribuído ao enfermeiro assistencial; - No item 14.4 - sugiro modificar a redação: Técnico de Enfermagem auxilia enfermeiras obstétricas e médicos obstetra quanto à assistência às parturientes e utilização dos métodos não farmacológicos escolhidos; - 14.5 Fisioterapeutas - acrescentar: "prestar assistência às parturientes quanto aos métodos não farmacológicos..." |
| A11 - Na página 23, sugiro a troca do sinal ">" para o termo "acima de", pois o sinal de maior pode numericamente conferir a ideia oposta |
| A12 - Sugiro rever o ponto que se refere à assinatura do TCLE. Quem deverá assinar? Na página 7 refere que é a parturiente. Na página 10 informa que pode ser um representante legal. Essa questão do TCLE também precisa ser revista em casos de pacientes menores de idade, visto que necessitaria de Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) também. Importante atualizar essas informações também no infográfico, caso altere. |
| 16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas. |
| A1 - Sem comentários |
| A2 - A opções de abordagem estão claramente apresentadas. |
| A3 - As diferentes opções de analgesia estão claramente apresentadas |
| A4 - Descrição de opções para cada fase da dilatação cervical, claramente apresentados no texto e fluxograma. |
| A5 - bem detalhadas |
| A6 - Sim. Através da descrição dos tópicos de forma textual, bem como na utilização de quadros, figuras, apêndices e anexos. |
| A7 - Item bem descrito. |
| A8 - Estão descritas as abordagens farmacológicas e não farmacológicas |
| A9 - Sim |
| A10 - As evidências acerca do método farmacológico estão bem embasadas, porém sugiro especificar melhor acerca dos métodos não farmacológicos, uma vez que o protocolo é sobre ANALGESIA DE PARTO e engloba os métodos não farmacológicos e farmacológicos. Uma alternativa seria a instituição já possuir um protocolo de utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e este ser apenas citado no protocolo de analgesia farmacológica. Como se pretende iniciar a abordagem oferecendo às mulheres os métodos não farmacológicos, é necessário listar quais materiais e equipamentos serão necessários para cada técnica sugerida e oferecida. No protocolo está bem descrito e delineado sobre as bombas a serem utilizadas para a analgesia farmacológica, do mesmo modo deve ser feito com as demais técnicas, bem como acerca das capacitações a serem feitas para que a equipe saiba utilizar. Ex.: a técnica de aromaterapia é baseada em evidências científica e necessita que o terapeuta compreenda sobre os óleos essenciais, sua classificação, os tipos, os que podem ser utilizados em grupos de risco (gestantes), quais os mais indicados a depender da fase do trabalho de parto, etc. A instituição, além de prover a equipe mínima e providenciar os materiais necessários para cada técnica, deverá promover capacitações para que seja possível aplicar o protocolo. Esses detalhes precisam estar descritos |
| A11 - Sim, de forma completa. |
| A12 - Foram apresentadas diversas propostas com foco na utilização de métodos farmacológicos para alívio da dor. Uma outra proposta é também embasar, na prática clínica a utilização, de MNFAD, num protocolo expandido ou outro protocolo institucional |
| 17. As recomendações-chave são facilmente identificadas |
| A1 - Sem comentários |
| A2 - Inclusive, com a utilização de infográficos e fluxogramas. |
| A3 - sim, é fácil encontrar o conteúdo dos métodos não farmacológicos e farmacológicos |
| A4 - Muito bem elaboradas e claramente descrita no texto e fluxogramas |
| A5 - os tópicos estão bem destacados |
| A6 - Descrição de forma clara dos tópicos, bem como na utilização de quadros, figuras, apêndices e anexos. |

| |
|--|
| A7 - Item bem descrito |
| A8 - No apêndice encontram-se de forma mais fácil para identificação rápida |
| A9 - Sim |
| A10 - A utilização dos infográficos irá facilitar bastante. E com os ajustes feitos após as sugestões aqui direcionadas, poderá ficar ainda melhor |
| A11 - As recomendações são embasadas, contextualizadas e visualmente direcionadas em diagramas |
| A12 - Sumariamente falando as recomendações estão bem descritas |

Domínio 5: Aplicabilidade

18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação

A1 - Necessitaria abordar facilitadores capacitação dos profissionais, ser hospital escola e envolver a universidade e os estudantes, e outras barreiras além da não disponibilidade do anesthesiologista seria, falta de insumos, situações de superlotação.

A2 - Identifico duas barreiras à aplicação da diretriz, que não foram abordadas: 1) Disponibilidade de anestesistas 2) Nível intelectual e/ou de ansiedade das gestantes pode dificultar a aplicação do questionário proposto para identificação de fadiga.

A3 - A identificação, métodos, estratégias e barreiras estão bem delimitas na diretriz: Esgotados os recursos não farmacológicos e, não havendo contraindicações, poderá ser realizada a anestesia regional pelo anesthesiologista.

A4 - Vocês citam um estudo chinês sobre implementação dos serviços de analgesia de parto, seria interessante a descrição de algum estudo brasileiro e tb é importante colocar as barreiras para implementação no local, quais são (disponibilidade do serviço, habilidade da equipe, etc). Assim como citar os facilitadores para implementação desse protocolo.

A5 - Não identifiquei barreiras para aplicabilidade no texto, mas os facilitadores são bem exemplificados

A6 - Além da utilização dos infográficos sobre os métodos não-farmacológicos, as etapas nos tópicos 10 ao 17 descrevem as opções para solucionar possíveis transtornos durante a aplicação dos recursos farmacológicos e suas etapas.

A7 - Descreve, por ex, no item referente a analgesia farmacológica que o uso de bombas de infusão dependerá de sua disponibilidade e da as opções terapêuticas em caso de indisponibilidade da mesma. Pensar em outras barreiras e descrevê-las: há disponibilidade de equipe multiprofissional para analgesia não farmacológica para todas as pacientes (fisio, enf obstétrica)? disponibilidade de salas em centro obstétrico / cirúrgico para realização da analgesia farmacológica?

A8 - Não há descrição das barreiras para sua aplicação, apenas detalha a função de cada facilitador durante esse processo, sem prever a capacitação dessa equipe.

A9 - Só encontrei descritos

A10 - Sugiro enfatizar que para a aplicação do protocolo, é necessário equipe mínima + recursos materiais (descrendo quais para cada técnica) + capacitação periódica de cada método

A11 - Sim

A12 - É possível clarificar mais essa questão. Descrever que quando não houver anesthesiologista, por quaisquer motivos, o que deverá ser feito?

19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.

A1 - Sim, os infográficos. Mas poderia ter a técnica descrita para os não farmacológicos, da mesma forma que tem a técnica para os farmacológicos.

A2 - A diretriz está clara neste aspecto.

A3 - Sim, as ferramentas e recursos são apresentados: A escolha da técnica anestésica deverá levar em conta: 10.1. A paridade da paciente; 10.2. Avaliação da evolução do trabalho de parto pela equipe de obstetrícia; 10.3. Padrão da dor; 10.4. Dilatação cervical e altura da apresentação.

A4 - Bem ilustrativo os infográficos.

A5 - com fluxograma inclusive

| |
|---|
| A6 - Descritas desde os tópicos 9 ao 17. |
| A7 - Bem descrito |
| A8 - Não se encontra de forma clara no protocolo a forma como essas recomendações serão inseridas, e por parte de quem da equipe especificamente. |
| A9 - Sim no item monitoramento |
| A10 - É necessário apenas deixar mais explícito algumas questões já trazidas aqui; - Idade gestacional de acompanhamento pela enfermeira obstétrica na sala de parto (maior ou igual a 34 semanas); - Fluxo de utilização do questionário de fadiga materna e a interpretação das respostas; - Quem acionará o anestesiológico? - Após a iniciação da analgesia, o anestesiológico ficará na sala de parto? - Possíveis efeitos colaterais (para parturiente e feto) e como resolver - Construção de instrumento próprio para acompanhamento e monitoramento da parturiente com analgesia farmacológica; - Cuidados pós-analgesia: descrever se necessita de algum cuidado adicional. |
| A11 - Sim, através de texto explicativo e diagramas |
| A12 - Os infográficos e os fluxogramas propostos são bastante didáticos. Acredito que facilitará o seu uso |
| 20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações. |
| A1 - Aborda todos os recursos, porém, não traz análise de custo, dimensionamento de RH, parque tecnológico suficiente. |
| A2 - Este tema não foi abordado |
| A3 - Os recursos necessários foram bem descritos, para cada tipo específico de tratamento. |
| A4 - Não foi inserido na pesquisa métodos que a nortearam sobre os custos, como por exemplo, especialista em economia. |
| A5 - Não encontrei a descrição dos custos adicionais para os orçamentos do sistema de saúde. Deve haver uma discussão na diretriz dos impactos potenciais das recomendações sobre os recursos. Entendo que nem todas as maternidades do país tem disponível este serviço. |
| A6 - Descrever melhor os custos e custo-benefício em item referente a orçamento, por ex, de aplicação do protocolo |
| A7 - se as potenciais implicações se referem a analgesia após a técnica estabelecida, acredito que estão bem delineadas |
| A8 - Não há detalhamento do custo envolvido, apenas do material a ser utilizado |
| A9 - Não encontrei descrito |
| A10 - Necessário articular com a gestão da instituição para verificar os recursos para implantação do protocolo: recursos humanos e materiais |
| A11 - Sim, inclusive na vasta quantidade de alternativas para aplicação |
| A12 - Não identifiquei os possíveis custos para implementação do protocolo. Dentro da instituição que já há todas as medicações e MNFAD, haverá implicação financeira a partir do uso do protocolo? Quanto que o serviço deverá aumentar de insumos para não haver problemas como a suspensão do uso do protocolo? Se for uma outra instituição, quanto aproximadamente seria o custo para aplicação do protocolo? |
| 21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria. |
| A1 - Sim, através de indicadores (taxas). |
| A2 - Claramente descrito no item 19 - Monitoramento. |
| A3 - sim, para 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. |
| A4 - Descrita na aplicabilidade do protocolo – esgotar os recursos não farmacológico, escala de fadiga materna etc. |
| A5 - tem um item sobre isso inclusive |
| A6 - Existe o tópico monitoramento exemplificando as taxas de acordo com os recursos utilizados (farmacológicos e não-farmacológicos). |
| A7 - Descrito |
| A8 - Descrição do monitoramento. |

| |
|--|
| A9 - Sim |
| A10 - Sugiro acrescentar acerca dos desfechos neonatais e graus de satisfação das mulheres atendidas no protocolo |
| A11 - Sim, mas não fica claro na descrição na página 30, quais eventos serão considerados adversos |
| A12 - Ao fim do protocolo foram sugeridos bons indicadores para avaliar sua implementação. Sugiro revisão de quais eventos adversos poderão ser encontrados e se poderia realizar a estratificação deles nesse monitoramento, assim facilitaria a identificação, por exemplo, da proporção de mulheres que apresentaram cefaleia ou náusea. Ex.: Proporção de eventos adversos de acordo com a notificação = Total de pacientes com evento adverso "X" x 100/total de eventos adversos notificados |

Domínio 6: Independência editorial

22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.

| |
|--|
| A1 - Sem comentários |
| A2 - Não consta no texto parecer de órgão financiador. |
| A3 - Declaração explícita de que não houve financiamento, não encontrado no texto |
| A4 - Não identifiquei essa informação. Mesmo se não houver informar no texto. |
| A5 - não identifiquei esse tipo de influência |
| A6 - Os pesquisadores não deixam explícito no protocolo sobre fonte de financiamento |
| A7 - Descrever se houve ou não houve financiamento para elaboração do protocolo |
| A8 - Não há descrição sobre órgão financiador |
| A9 - Não possuo elementos para avaliação deste item |
| A10 - Não possuo embasamento para questionamentos |
| A11 - Não há descrição quanto à possíveis conflitos de interesse, e se há órgão financiador. |
| A12 - Não consegui identificar se houve colaboração direta/financeira para realização do protocolo |

23. Foram registrados e abordados de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

| |
|---|
| A1 - Registrar que não há conflito de interesse. |
| A2 - Não foram descritos conflitos de interesse, provavelmente, por não existirem. |
| A3 - Não evidenciados pelos membros da equipe de desenvolvimento do projeto, se existe conflitos de interesses |
| A4 - Não identifiquei essa informação. Mesmo se não houver informar no texto |
| A5 - nenhum viés nesse sentido |
| A6 - Os pesquisadores não deixam explícito no protocolo sobre conflito de interesses. |
| A7 - Descrever item no projeto sobre conflito de interesses e declarar que não houve (ou se houver, explicar) |
| A8 - Não há descrição sobre conflitos de interesse |
| A9 - Conta registro da equipe |
| A10 - Participei dessa etapa com total autonomia nas minhas respostas |
| A11 - Há descrição na carta convite, mas não no protocolo. |
| A12 - Não consegui identificar se há ou não conflitos de interesse para realização/utilização do protocolo. Apenas na Carta Convite notei que houve diante da percepção da prática clínica percebeu-se a necessidade de elaborar tal protocolo. |

Avaliação global da diretriz clínica

| |
|---|
| A1 - A proposta é inovadora, relevante, com grande benefício para as mulheres, apenas precisa de ajustes metodológicos |
| A2 - A diretriz é de extrema utilidade, tendo em vista o tema envolvido, que engloba grande número de gestantes durante o trabalho de parto e o parto. Considero as técnicas de analgesia propostas muito adequadas, incluindo as diversas fases do trabalho de parto, em diferentes situações. Por tratar-se de um hospital público, com recursos limitados, e o custo da utilização de bombas de infusão, é preciso que existam evidências demonstrando superioridade do seu uso, ou a indicação para o ensino, por tratar-se de instituição de |

| |
|---|
| <p>ensino. Outra questão que precisa ser considerada para viabilização de analgesia de parto em hospital público, com alto número de pacientes e limitado número de anestesistas, é a legislação brasileira. É preciso ser discutido com os Conselhos Regionais e CFM se, após a gestante sob analgesia ser liberada para deambular, estando, portanto, hemodinamicamente estável e sem bloqueio motor importante, o Anestesiologista pode realizar outro procedimento. Existem pareceres, inclusive do CREMEPE, que caracteriza como anestesia simultânea, se o anestesista, após iniciar uma analgesia, iniciar outro procedimento antes da completa resolução do primeiro parto.</p> |
| <p>A3 - A qualidade técnica, geral dessa diretriz, de cuidados e gerenciamento em analgesia de parto, atende aos interesses gerais da qualidade do instrumento. E é um mecanismo auxiliar em decisões clínicas importante em gestantes em trabalho de parto e 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</p> |
| <p>A4 - Ajustar principalmente os itens que não possui informações no texto.</p> |
| <p>A5 - Não há necessidade de grandes modificações. Os ajustes sugeridos são apenas refinamentos para uma diretriz completa.</p> |
| <p>A6 - Faz-se necessária a reunião dos pesquisadores para discutir alguns pontos que divergem do instrumento "AGREE II". Uma vez que ele é o ponto de partida para a elaboração do protocolo de pesquisa. Em contrapartida, é uma pesquisa importante a nível regional e nacional, como bem justificado em protocolo. Promissor inclusive na área de biotecnologia - para a aplicação em muitos serviços de assistência ao parto, pois a inclusão de infográficos, quadros, fluxogramas são importantes para o entendimento dos profissionais dentro da equipe multidisciplinar</p> |
| <p>A7 - Pesquisa de grande relevância prática. Protocolo excelente que só precisa se moldar melhor ao projeto de pesquisa com os itens de Metodologia melhor descritos em seus subitens específicos para melhorar a visualização dos mesmos</p> |
| <p>A8 - Validar a proposta, detalhar a metodologia de pesquisa. Informar os riscos dos métodos empregados. Direcionar como será a abordagem e a função de cada membro da equipe para não haver discordância entre eles. Capacitar as equipes para acolher a paciente e saber em qual momento indicar. Avaliar espaço físico e correlacionar quantidade de profissionais por pacientes em trabalho de parto, para evitar o risco de queda da vigilância dessas pacientes.</p> |
| <p>A9 - Incluir os médicos obstetras também na orientação, manejo e aplicação dos métodos não farmacológicos</p> |
| <p>A10 - Coloco-me à disposição para quaisquer dúvidas e ou novas contribuições</p> |
| <p>A11 - Na página 4, a afirmativa pode ser conflitante com outras revisões sistemáticas com metanálise na literatura que afirmam que a analgesia farmacológica neuraxial com baixas concentrações de anestésico local não alteram de forma significativa os desfechos do parto vaginal. A diretriz é clara, muito bem-feita e de grande valor para o que se propõe; além de ser essencial para a realidade brasileira.</p> |
| <p>A12 - Faria algumas alterações em relação à apresentação do protocolo (estrutura textual, algumas correções ortográficas, sugestão de inclusão de alguns termos, padronizações) e incluiria alguns parágrafos referentes ao processo natural de dor no trabalho de parto, de modo a incentivar a prática de métodos não farmacológicos como primordial escolha. Mas não tenho dúvidas que, se bem utilizado (por uma equipe parceira, integrada e que tem a mesma percepção acerca do momento tão singular para a família), esse protocolo ajudará muitas mulheres a passarem por parto sem traumas, contando principalmente com a forma que os profissionais lidam com a mulher, respeitando-a e as suas escolhas</p> |

APÊNDICE VI - COMENTÁRIOS DOS ESPECIALISTAS (REAVLIAÇÃO)

| Domínio 3: Rigor do desenvolvimento |
|---|
| A2 – As alterações implementadas satisfizeram as exigências |
| A7 - Após revisão, a inclusão dos itens acima foi realizada e o protocolo atualizado contempla os itens relativos ao rigor de desenvolvimento de forma mais clara e cuidadosa. Ótimo! |
| A4 - Relacionado ao item 9 sugiro esclarecer na estratégia PICO, quantos artigos foram encontrados pela estratégia de busca e o grau de recomendação deles, assim ficará mais claro os pontos fortes e fracos(se houver) do corpo de evidências |

| Domínio 6: Independência editorial |
|--|
| A7 - Sem comentários; tudo incluso. |
| A12 - Por não haver órgão financiador, considero que não houve influência sobre o conteúdo |
| A6 - Não houve órgão financiador. |

| Avaliação global da diretriz clínica |
|--|
| A12 - Documento bastante detalhado, com clareza em cada parte a qual se destina o protocolo. |
| A4 - O protocolo ficou ainda melhor depois da primeira análise. Parabéns. |

| Eu recomendaria o uso dessa diretriz |
|---|
| A2 - Trata-se de uma alternativa viável para implementação de analgesia de parto, em hospitais públicos ou privados. |
| A12 - Sugiro substituir o termo "enfermeiras obstetras" por "enfermeiras obstétricas", na apresentação à página 2, bem como substituir onde há "Oxigêniooterapia" por "Oxigenoterapia", em todas as repetições na página 28 |
| A4 - Sugiro, após a aplicação e construção de uma série histórica dos indicadores, seguir com a publicação do protocolo com uma editora. Para que mais serviços possam ser beneficiados com esse excelente produto |
| A6 - Etapas para aplicação bem explicitadas, inclusive em infográficos |
| A5 - Parabéns a toda equipe! Que todas as mulheres tenham direito de receber acompanhamento de uma equipe interdisciplinar como a desse projeto e assim possam ter uma experiência de parto muito mais feliz |

APÊNDICE VII – PROTOCOLO INTERPROFISSIONAL DE ANALGESIA DE PARTO

| | | | |
|---------------------|--|----------------------------|-----------------------------|
| 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 STsteps 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 STsteps 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 | Próxima revisão: 31/10/2025 |
| | | Versão: 1 | |

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 enfermaria, 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. Venoclise 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 Raquianestesia-Peridural:

- 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.

• **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).

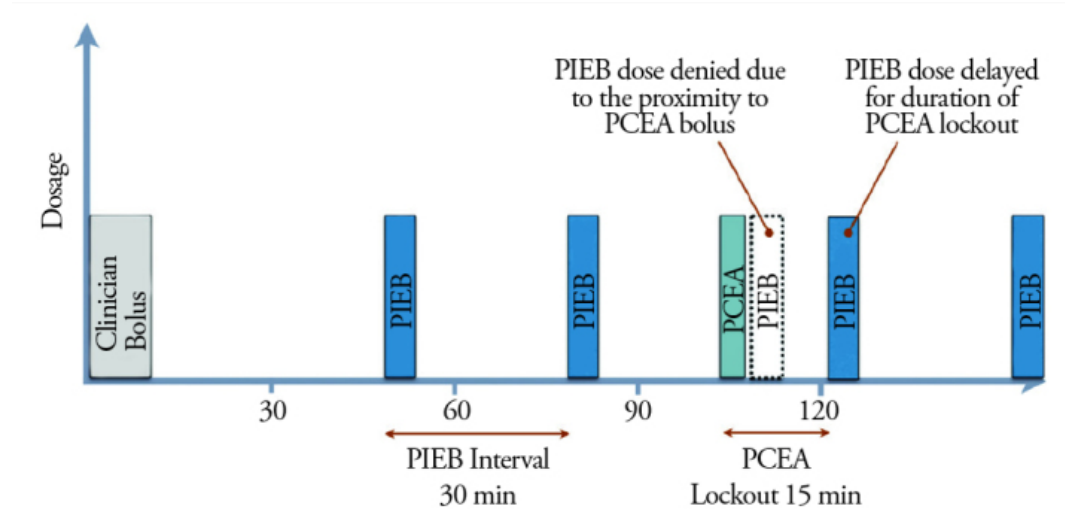
Fonte: (CARVALHO et al., 2016; SONG et al., 2021).

- Se uma parturiente não obtiver 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).

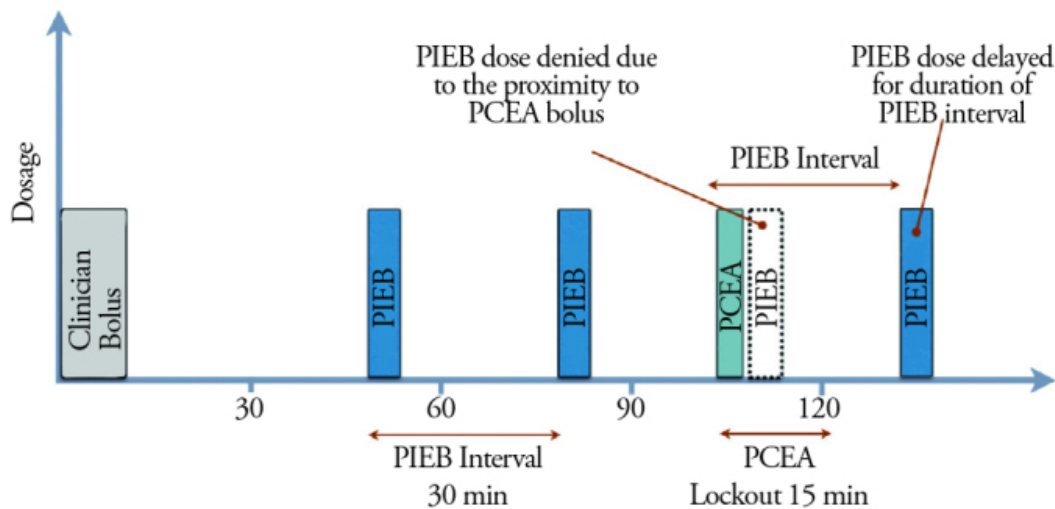
| | | | |
|---------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.UCCE.008 - Página 21/41 | |
| Título do Documento | CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL | Emissão: 31/10/2023 Versão: 1 | Próxima revisão: 31/10/2025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

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



Fonte: (CARVALHO et al., 2016).

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



Fonte: (CARVALHO et al., 2016).

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 | Levobupivacaína 1% 40 ml | Levobupivacaína 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 Versão: 1 | Próxima revisão: 31/10/2025 |

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 Versão: 1 | Próxima revisão: 31/10/2025 |

-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 anestesiologista:
- 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

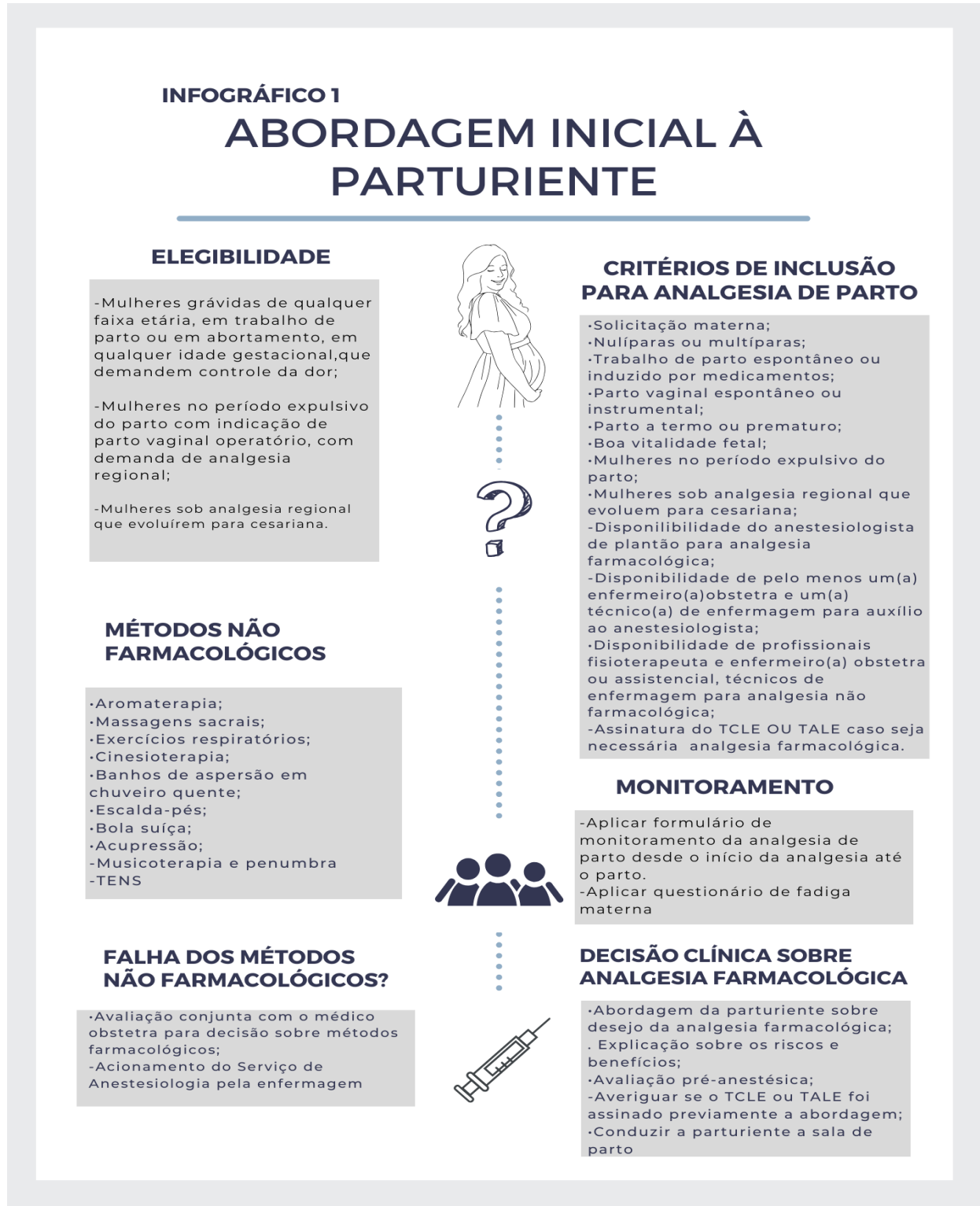
Apêndice A - Declaração de Conflitos de Interesse do grupo elaborador

| 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 Téofilo 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 () | | REGISTRO DE QUEM COLETOU OS DADOS (NOME, FUNÇÃO E HORA DO REGISTRO) | |
| IDADE GESTACIONAL (IG): HORA DA ANALGESIA = HORA ZERO (H0): GESTACÃO ÚNICA () OU GEMELAR () HORA DO PARTO: | | OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS | |
| REGISTRO DE ATENDIMENTO: | | REGISTRO DE QUEM COLETOU OS DADOS (NOME, FUNÇÃO E HORA DO REGISTRO) | |
| INDICADORES | | | |
| 1. DOR | | | |
| 2. DINÂMICA UTERINA | | | |
| 3. DILATAÇÃO CERVICAL | | | |
| 4. BOLSA ÍNTERNA OU ROTA | | | |
| 5. APRESENTAÇÃO FETAL | | | |
| 6. OCTOENA | | | |
| 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 | | | |

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 Versão: 1 | Próxima revisão: 31/10/2025 |

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

| INDICADORES | 1. DOR | 2. DINÂMICA UTERINA | 3. DILATAÇÃO CERVICAL | 4. BOLSA ÍNTERNA 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATA: _____

NOME: _____

IDADE: _____

REGISTRO: _____

ATENDIMENTO: _____

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 ()

1. DOR (VA (1-10). Se não souber avaliar, registre assim: 0=sem dor; 1=leve; 2=moderada; 3=intensa; 4=insuportável; 5=insustentável; 6=insuportável; 7=insuportável; 8=insuportável; 9=insuportável; 10=insuportável)

2. DINÂMICA UTERINA: C=contratores; I=irregulares; N=normais; S=sem atividade; V=variáveis; R=relaxadas; A=atenuadas; B=braxatas; P=paroxísticas; T=tonicadas; U=uterino; L=uterina; M=materna; F=fetal; O=otocina; P=pain; E=edema; C=cervical; R=rotas; A=apresentação fetal; O=ocitocina; F=frequência cardíaca; SpO2=oximetria de pulso; T=temperatura; A=aromatização; M=massagem; E=exercício; C=cinesioterapia; B=banho quente; E=escalda pés; B=bola terapêutica; A=acupuntura; T=tensão; M=musicoterapia; F=fadiga materna; T=técnica farmacológica; T=técnica manutenção; E=escala de Bromage; E=efeitos colaterais

3. DILATAÇÃO CERVICAL: R=Robb; I=Incega; F=Forbes; C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

4. BOLSA ÍNTERNA OU ROTA: R=Robb; I=Incega; F=Forbes; C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

5. APRESENTAÇÃO FETAL: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

6. OCITOCINA: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

7. EDEMA: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

8. PAIN: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

9. FREQUÊNCIA CARDÍACA: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

10. SpO2: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

11. TEMPERATURA °C: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

12. AROMATERAPIA: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

13. MASSAGEM SÁCRAM: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

14. EXERCÍCIO RESPIRATÓRIO: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

15. CINESIOTERAPIA: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

16. BANHO QUENTE: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

17. ESCALDA PÉS: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

18. BOLA TERAPÊUTICA: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

19. ACPRESSÃO: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

20. TENS: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

21. MUSICOTERAPIA E/OU PENUMBRA: M para Musicoterapia, P para Penumbra e MP para ambas.

22. FADIGA MATERNA: B=Beck; I=Incega; F=Forbes; C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

23. TÉCNICA FARMACOLÓGICA: E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

24. TÉCNICA MANTENÇÃO: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

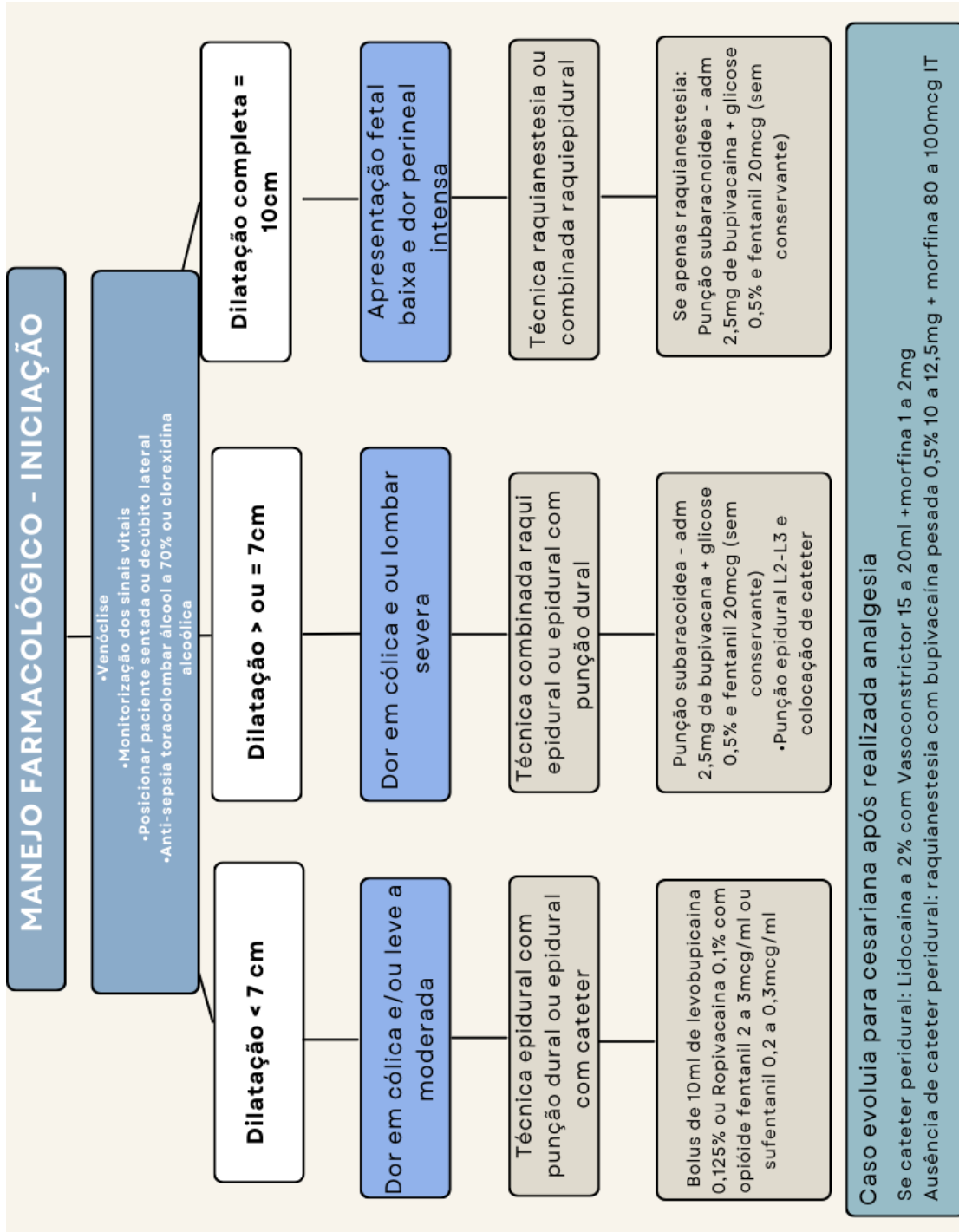
25. ESCALA DE BROMAGE: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

26. EFEITOS COLATERAIS: C=Coffin; E=Edwards; P=Parsons; S=Stovall; Y=Young

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

| | | | |
|---------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 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 | |

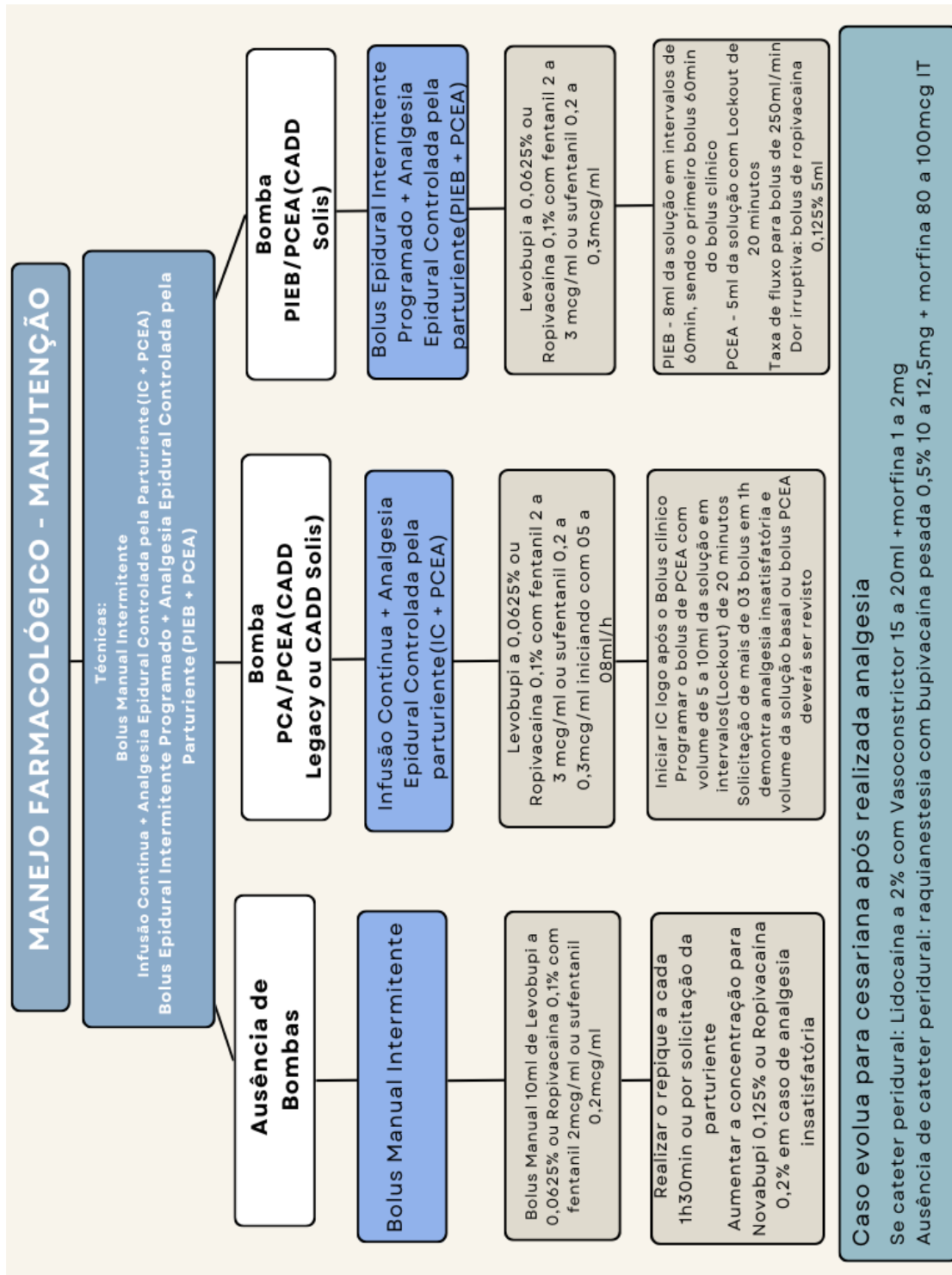
Apêndice E- Fluxograma de Manejo Farmacológico - Iniciação



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 38/41 | |
| Título do Documento | CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL | Emissão: 31/10/2023 Versão: 1 | Próxima revisão: 31/10/2025 |

YUKSEL, H. et al. Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. **Journal of Integrative Medicine**, v. 15, n. 6, p. 456–461, 2017.

ZHAO, P. et al. Why is the labor epidural rate low and cesarean delivery rate high? A survey of Chinese perinatal care providers. **PLoS ONE**, v. 16, 2021.

ZHAO, Y. et al. The effect of initiating neuraxial analgesia service on the rate of cesarean delivery in Hubei, China: A 16-month retrospective study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1. 2020.

ZHI, M. et al. Sufentanil versus fentanyl for pain relief in labor involving combined spinal-epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 76, n. 4, p. 501–506, 2020.

ZHOU, H. et al. **Evaluation of the effect of dexmedetomidine combined with ropivacaine in epidural labor analgesia: a systematic review and meta-analysis.** *Minerva Anestesiologica* Edizioni Minerva Médica, 2022.

ZUO, R. H. et al. The incidence of breakthrough pain associated with programmed intermittent bolus volumes for labor epidural analgesia: a randomized controlled trial. **International Journal of Obstetric Anesthesia**, v. 51, 2022.

24. HISTÓRICO DE REVISÃO

| VERSÃO | DATA | RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO | DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO |
|--------|------------|--|---|
| 1 | 21/07/2023 | Roberta Ribeiro Brandão Caldas Rafael Peterson Soares Santos Rafaélle Cajueiro Téofilo Oliveira Thais da Costa Oliveira Laís Daniele Ribeiro de Melo Sarah Gonçalves Soares Andresa Araújo de Amorim Moreira Esteves Michelle Cristina Silva de Almeida | Institui o Protocolo Cuidados e gerenciamento em analgesia do parto normal. |

| | |
|--|--|
| Elaboração (Orientação): Sonia Maria Soares Ferreira Docente Permanente do Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde (MPPS) Bárbara Patrícia da Silva Lima Docente Permanente do Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde (MPPS) | Data: ____/____/_____ Data: ____/____/_____ |
|--|--|

| | | | |
|---------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 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 | |

| | |
|---|---|
| <p>Elaboração (Grupo de Trabalho HUPAA):</p> <p>Roberta Ribeiro Brandão Caldas Médica anesthesiologista e Responsável técnica pela residência de Anesthesiologia MEC/CET SBA/ Unidade de Clínicas Cirúrgicas Especializadas</p> <p>Rafael Peterson Soares Santos Médico anesthesiologista e Responsável técnico do Serviço de Anesthesiologia/ Unidade de Clínicas Cirúrgicas Especializadas</p> <p>Rafaélle Cajueiro Téofilo Oliveira Médica ginecologista e obstetra da Maternidade do HUPAA/Unidade de Saúde da Mulher</p> <p>Thais da Costa Oliveira Responsável técnica de enfermagem do Centro Obstétrico/Unidade de Saúde da mulher</p> <p>Laís Daniele Ribeiro de Melo Enfermeira Responsável Técnica do pré-parto e triagem obstétrica/Unidade de Saúde da Mulher</p> <p>Sarah Gonçalves Soares Enfermeira Responsável Técnica do Alojamento Conjunto/ Unidade da Saúde da Mulher</p> <p>Andresa Araújo de Amorim Moreira Esteves Fisioterapeuta da Maternidade/ Unidade Multiprofissional</p> <p>Michelle Cristina Silva de Almeida Farmacêutica /Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação Farmacêutica</p> | <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> |
| <p>Análise:</p> <p>Felipe Oliveira de Albuquerque Médico Obstetra/Chefe da Unidade da Saúde da Mulher</p> <p>Erisvaldo Ferreira Cavalcante Junior Médico Cirurgião Geral/ Chefe da Unidade de Clínica Cirúrgica e Especialidades(UCCE)</p> | <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> |
| <p>Validação Interna:</p> <p>Serviço de Controle de Infecção Relacionados à Assistência à Saúde Setor de Gestão da Qualidade</p> | <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> |

| | | | |
|---------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 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: | |



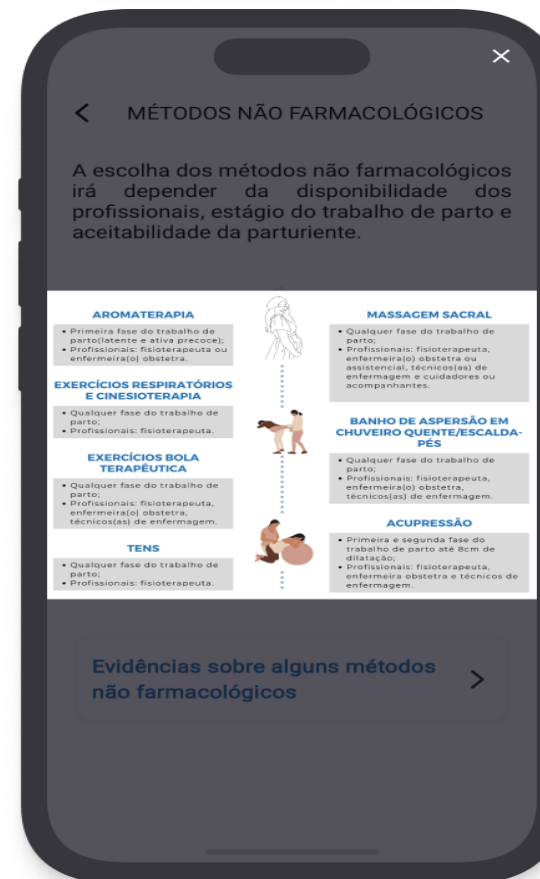
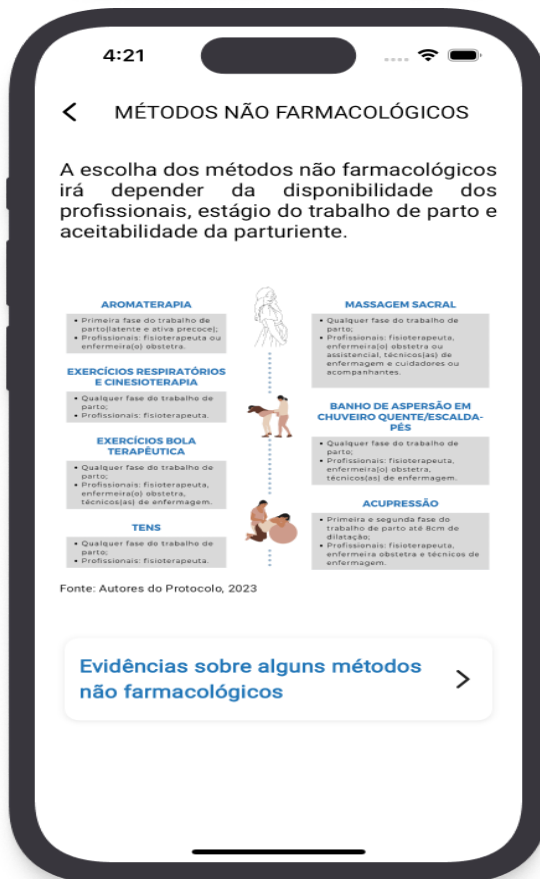
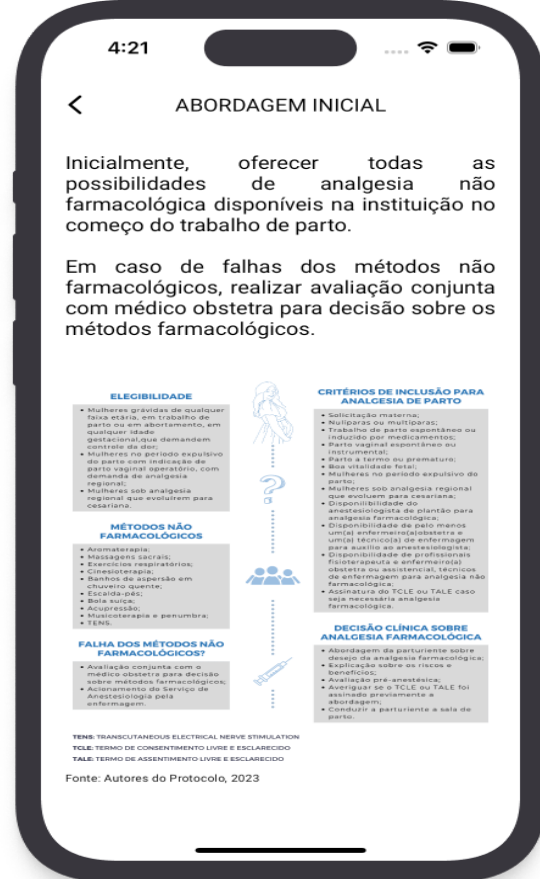
| | | | |
|---------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.UCCE.008 - Página 41/41 | |
| Título do Documento | CUIDADOS E GERENCIAMENTO EM ANALGESIA DO PARTO NORMAL | Emissão: 31/10/2023 Versão: 1 | Próxima revisão: 31/10/2025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

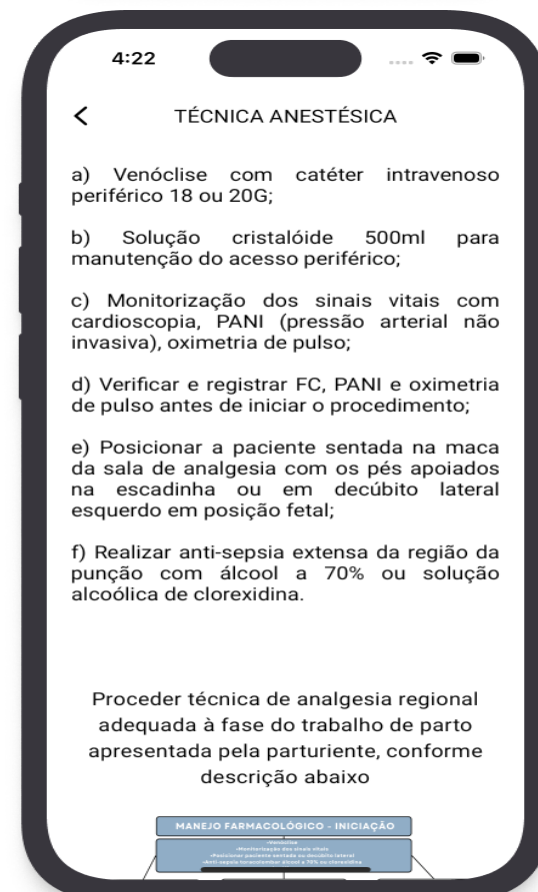
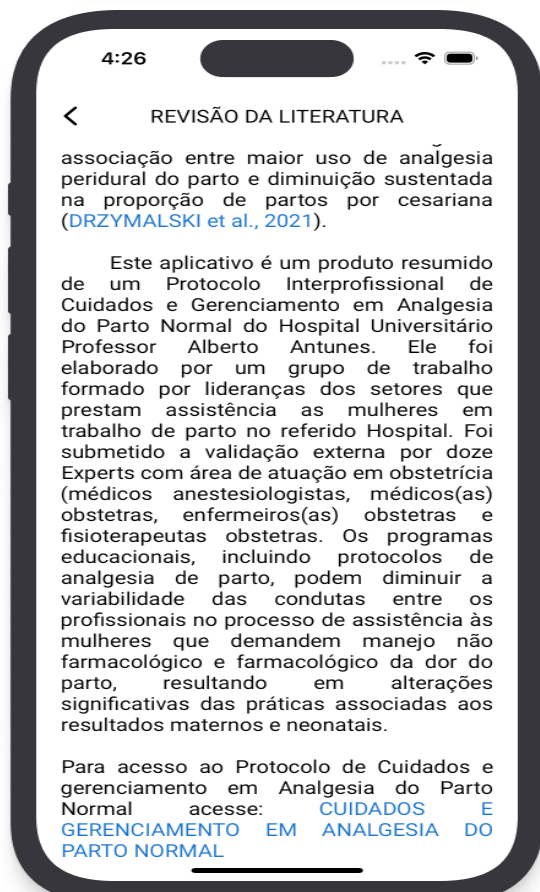
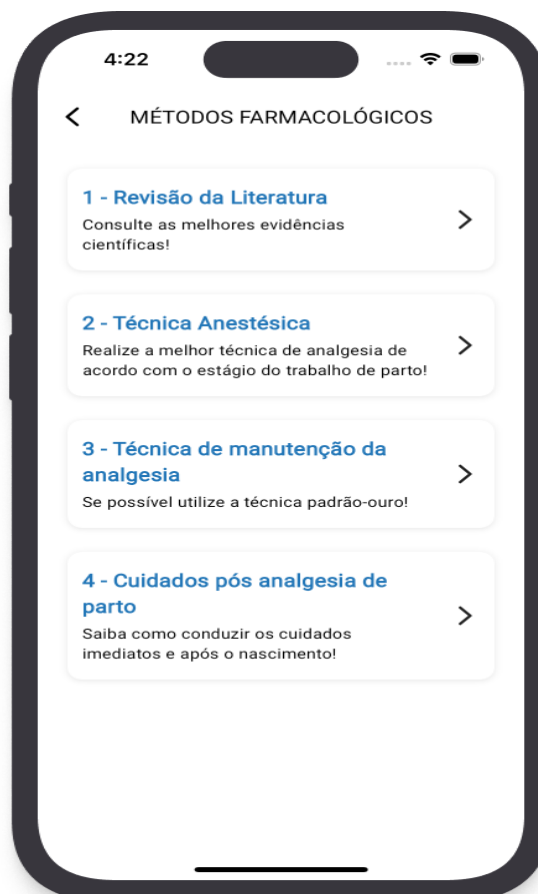
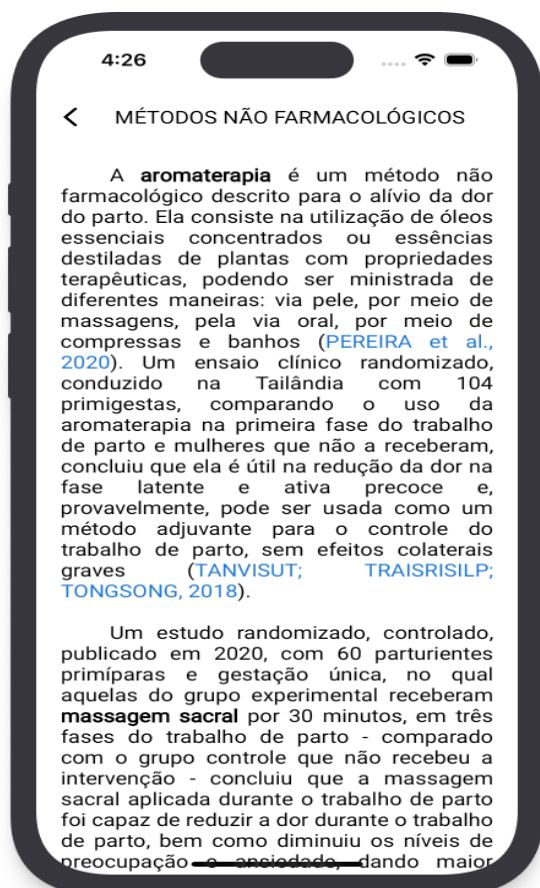
Jose Cardoso Cavalcante Junior
Médico Cirurgião/ Chefe da Divisão de Gestão de Cuidado (DGC)

Data: ____/____/____

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

APÊNDICE VIII – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS TELAS DO APLICATIVO





4:22

← TÉCNICA ANESTÉSICA

1) Realizar anti-sepsia extensa da região da punção com álcool a 70% ou solução alcoólica de clorexidina.

Proceder técnica de analgesia regional adequada à fase do trabalho de parto apresentada pela parturiente, conforme descrição abaixo

MANEJO FARMACOLÓGICO - INICIAÇÃO

Indicador: Anestesia peridural controlada pela parturiente (PCEA) ou Analgesia Epidural Controlada pela Parturiente (AEP) ou Bombas PCA/PCEA (CADD) ou Bombas PIEB/PCEA (CADD Solita)

- Dilatação < 7 cm**: Dor em cólica e/ou leve a moderada. Técnica epidural com punção dural ou epidural com cateter. Bolus de 10ml de levobupivacaína 0,125% ou ropivacaína 0,1% com fentanil 2 a 3 mcg/ml ou sufentanil 0,2 a 0,3 mcg/ml.
- Dilatação < 7cm**: Dor em cólica e ou lombar severa. Técnica combinada raqui-peridural ou epidural com punção dural. Punção subaracnóidea - adm 2,5 mg de bupivacaína + glícose 0,5% + fentanil 20 mcg (sem conservantes) ou Punção epidural 12-14 a concentração de cateter.
- Dilatação completa > 10cm**: Apresentação fetal baixa e dor perineal intensa. Técnica raqui-anestesia ou combinada raqui-peridural. Se apenas raqui-anestesia: Punção subaracnóidea - 2,5 mg de bupivacaína + glícose 0,5% + fentanil 20mcg (sem conservantes).

Caso evolua para cesariana após realizada analgesia:
 Se cateter peridural: Idoxina a 2% com vasoconstritor 15 a 20ml + morfina 1 a 2 mg
 Anestésia de cateter peridural raqui-anestesia com bupivacaína pesada 0,5% 10 a 12,5 mg + morfina 80 a 100 mcg/1l

Fonte: Autores do Protocolo, 2023

Evidências sobre alguns métodos farmacológicos >

4:23

← MÉTODOS FARMACOLÓGICOS

A técnica epidural com punção dural (DPE) é uma modificação da técnica epidural convencional (EP) em que a duramáter 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 e vômitos. Enquanto isso, a analgesia DPE não está associada ao aumento de eventos adversos materno/fetais (YIN; TONG; HUANG, 2022).

A técnica combinada raqui-peridural (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 raqui-peridural

4:23

← TÉCNICA DE MANUTENÇÃO DA ANALGESIA

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.

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 anestesiológista ou residente de anestesiologia previamente treinado.

MANEJO FARMACOLÓGICO - MANUTENÇÃO

Indicador: Anestesia peridural controlada pela parturiente (PCEA) ou Analgesia Epidural Controlada pela Parturiente (AEP) ou Bombas PCA/PCEA (CADD) ou Bombas PIEB/PCEA (CADD Solita)

- Ausência de Bombas**: Bolus Manual Intermitente
- Bomba PCA/PCEA (CADD Legacy ou CADD Solita)**: Infusão Contínua + Analgesia Epidural Controlada pela parturiente (IC + PCEA)
- Bomba PIEB/PCEA (CADD Solita)**: Bolus Epidural Intermitente Programado + Analgesia Epidural Controlada pela parturiente (PIEB + PCEA)

4:25

← TÉCNICA DE MANUTENÇÃO DA ANALGESIA

exclusivamente pelo anestesiológista ou residente de anestesiologia previamente treinado.

MANEJO FARMACOLÓGICO - MANUTENÇÃO

Indicador: Anestesia peridural controlada pela parturiente (PCEA) ou Analgesia Epidural Controlada pela Parturiente (AEP) ou Bombas PCA/PCEA (CADD) ou Bombas PIEB/PCEA (CADD Solita)

- Ausência de Bombas**: Bolus Manual Intermitente. Bolus manual intermitente de levobupivacaína 0,125% ou ropivacaína 0,1% com fentanil 2 a 3 mcg/ml ou sufentanil 0,2 a 0,3 mcg/ml. Realizar 0,5 ml de bolus em intervalos de 90-120 min por solicitação da parturiente e controle pelo anestesiológista ou residente de anestesiologia previamente treinado.
- Bomba PCA/PCEA (CADD Legacy ou CADD Solita)**: Infusão Contínua + Analgesia Epidural Controlada pela parturiente (IC + PCEA). Levobupivacaína 0,125% ou ropivacaína 0,1% com fentanil 2 a 3 mcg/ml ou sufentanil 0,2 a 0,3 mcg/ml (incluindo com E e S ml/ml). Iniciar 0,5 ml de bolus em intervalos de 90-120 min por solicitação da parturiente e controle pelo anestesiológista ou residente de anestesiologia previamente treinado. Volume de bolus base na bomba PCA deve ser avaliado.
- Bomba PIEB/PCEA (CADD Solita)**: Bolus Epidural Intermitente Programado + Analgesia Epidural Controlada pela parturiente (PIEB + PCEA). Levobupivacaína 0,125% ou ropivacaína 0,1% com fentanil 2 a 3 mcg/ml ou sufentanil 0,2 a 0,3 mcg/ml. PIEB - 0,5 ml de bolus em intervalos de 90-120 min por solicitação da parturiente e controle pelo anestesiológista ou residente de anestesiologia previamente treinado. Teste de flush antes de cada bolus com solução de levobupivacaína 0,125% ou ropivacaína 0,1%.

Caso evolua para cesariana após realizada analgesia:
 Se cateter peridural: Idoxina a 2% com vasoconstritor 15 a 20 ml + morfina 1 a 2 mg
 Anestésia de cateter peridural raqui-anestesia com bupivacaína pesada 0,5% 10 a 12,5 mg + morfina 80 a 100 mcg/1l

Fonte: Autores do Protocolo, 2023

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 Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml) Soro Fisiológico 0,9% - 142 ml | Levobupivacaína 0,5% - 25 ml Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml) Soro Fisiológico 0,9% - 147 ml | Ropivacaína 1% - 40 ml Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml) Soro Fisiológico 0,9% - 152 ml | Ropivacaína 1% - 20 ml Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml) Soro Fisiológico 0,9% - 172 ml |

Fonte: Autores do Protocolo, 2023

TÉCNICA DE MANUTENÇÃO DA ANALGESIA

exclusivamente pelo anestesiológico ou residente de anestesiologia previamente treinado.

MANEJO FARMACOLÓGICO - MANUTENÇÃO

Ausência de Bombas Bomba PCA/PCEA(CAAD Legacy ou CAAD Solo) Bomba PCEA/PCEA (CAAD Solo)

| Bomba PCA/PCEA (CAAD Legacy ou CAAD Solo) | | Bomba PCEA/PCEA (CAAD Solo) | |
|---|--|---|---|
| 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 Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml) | Levobupivacaína 0,5% 25 ml Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml) | Ropivacaína 1% 40 ml Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml) | Ropivacaína 1% 20 ml 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

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 Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml) | Levobupivacaína 0,5% 25 ml Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml) | Ropivacaína 1% 40 ml Fentanil 8 ml (04 ampolas 2ml) | Ropivacaína 1% 20 ml 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 |

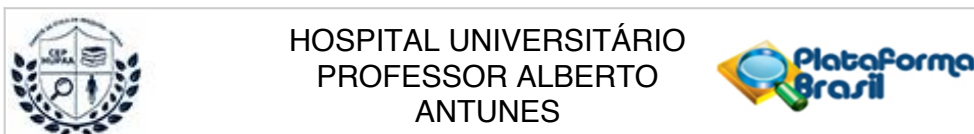
Fonte: Autores do Protocolo, 2023

4:25

CUIDADOS PÓS-ANALGESIA DE PARTO

- Imediados**
 - Monitorização rotineira dos sinais vitais da paciente: Pressão Arterial Não Invasiva (PANI), Oximetria de pulso, Frequência Cardíaca (FC) deverão ser realizadas a cada cinco minutos nos primeiros 20 a 30 minutos e a seguir, a cada 30 min, até o nascimento;
 - Após 15 a 30 minutos do bloqueio (Bolos clínicos), na ausência de bloqueio motor (aplicar escala de Bromage modificada) ou hipotensão, a paciente poderá ser liberada, pelo anestesiológico ou residente de anestesiologia, 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 Anestesiológico 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 de estimativa numérica (NRS). A EVA será utilizada com uma linha horizontal de 0 a 10. As parturientes serão orientadas que o extremo esquerdo da escala representa

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ANALGESIA NA POPULAÇÃO OBSTÉTRICA EM TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE ALAGOAS

Pesquisador: ROBERTA RIBEIRO BRANDAO CALDAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67451923.0.3001.0155

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.074.824

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto original de centro coparticipante encaminhado a este comitê para análise de emenda referente a pesquisa "Elaboração e validação do protocolo de Analgesia de Parto na população obstétrica em trabalho de parto de um Hospital Público do Estado de Alagoas", já aprovado por comitê de ética em pesquisa situado na mesma cidade (Maceió/AL), cujo pesquisador responsável informa que será realizado no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (HUPAA), CNPJ: 15.126.437/0020-06, que possui Comitê de Ética próprio.

Foi verificado na Carta de Anuência, emitida pelo Setor de Pesquisa do referido hospital, a exigência de que todas as pesquisas realizadas no âmbito do referido Hospital, sejam apreciadas e aprovadas previamente pelo CEP/HUPAA.

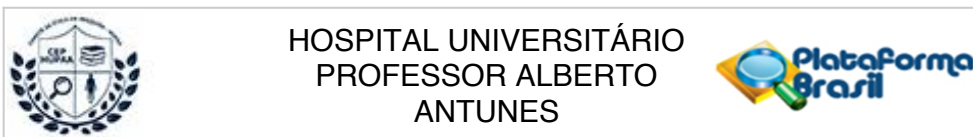
De acordo com a emenda: "Assim, faz-se necessária a inclusão do HUPAA (Órgão: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES) como instituição coparticipante da referida pesquisa."

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

O estudo terá como objetivo geral a elaboração e validação do protocolo de analgesia de parto para as mulheres com indicação de parto vaginal em um Hospital Universitário do Estado de

Endereço: LOURIVAL MELO MOTA KM 14 - Sala CEP; Localizado no Prédio do Centro de Estudos (Anexo ao HUPAA),
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 57.072-970
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3202-5812 **E-mail:** cep.hupaa@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.074.824

Alagoas.

ESPECÍFICOS

- a) Elaborar um protocolo de analgesia de parto vaginal;
- b) Submeter o protocolo a validação com especialistas;
- c) Elaborar um Procedimento Operacional Padrão (POP) e submetê-lo a análise pelos Coordenadores do serviço de anestesiologia e obstetrícia;
- d) Validar o conteúdo do POP pela coordenação do Serviço de Controle de Infecção Relacionados a Assistência a Saúde e setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- e) Realizar uma atividade educativa sobre o protocolo de analgesia de parto e o POP para todos os profissionais médicos(as) anesthesiologistas, médicos(as) obstetras, médicos(as) residentes de anestesiologia, médicos(as) residentes de obstetrícia, enfermeiros(as), fisioterapeutas, farmacêuticos(as) e técnicos(as) de enfermagem do referido serviço.
- f) Analisar o impacto da intervenção educativa na percepção do uso da analgesia de parto e no conhecimento adquirido;
- g) Informar os gestores com relação aos resultados do impacto da atividade educativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

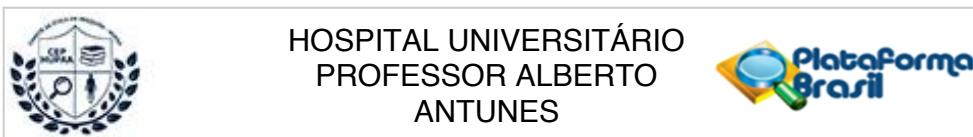
Os riscos da pesquisa é haver constrangimento devido à divulgação dos dados pessoais ou identificação deles após a publicação e será evitado resguardando o sigilo da pesquisa.

BENEFÍCIOS

Os benefícios da pesquisa são conhecer as experiências e percepção dos médicos(as) anesthesiologistas, médicos(as) obstetras, residentes de anestesiologia e obstetrícia, assim como dos enfermeiros(as), fisioterapeutas, farmacêuticos(as) e técnicos(as) de enfermagem a respeito da analgesia de parto, seus benefícios e desafios. Este conhecimento beneficia a sociedade médica, particularmente, anesthesiologistas e obstetras, bem como outros profissionais da saúde envolvidos na assistência ao parto e especialmente as parturientes que poderão se beneficiar desses procedimentos. Como benefício direto ao participante conhecer sobre as etapas de analgesia do parto que será fornecido durante a atividade educativa, bem como contribuir para a implantação de um protocolo validado de analgesia de parto no HUPAA.

Melhorar o conhecimento dos médicos(as) obstetras e médicos(as) anesthesiologistas sobre a segurança do parto vaginal com analgesia de parto poderá interferir favoravelmente na

Endereço: LOURIVAL MELO MOTA KM 14 - Sala CEP; Localizado no Prédio do Centro de Estudos (Anexo ao HUPAA),
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 57.072-970
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3202-5812 **E-mail:** cep.hupaa@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.074.824

implantação do protocolo de analgesia de parto e, possivelmente, impactar na taxa de cesariana do HUPAA. Deste modo, benefícios como a humanização na assistência ao parto vaginal dando a oportunidade de a parturiente receber analgesia de parto, assim como a redução dos gastos públicos a partir da perspectiva de menor taxa de cesariana justificam a importância desta pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo se encontra de acordo com as Normativas do Sistema CEP-CONEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem óbices éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ilma. Pesquisadora

Convém lhe lembrar que segundo as Resoluções CNS 466/12 e 510/16:

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas;

Na possibilidade de haver a descontinuidade do estudo (suspensa ou encerrada antes do previsto), o CEP deverá ser informado constando os motivos expressos no relatório a ser apresentado e analisará as razões apresentadas;

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e/ou prejuízo ao seu cuidado; e, deve receber uma via do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio. A outra via de igual teor ficará com o pesquisador. Em conformidade com a Carta Circular n^o. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo participante de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador;

O CEP HUPAA/UFAL/EBSERH alerta que mesmo o projeto não apresentando óbices éticos e estando, dessa forma, APROVADO, o desenvolvimento das etapas com os participantes de

Endereço: LOURIVAL MELO MOTA KM 14 - Sala CEP; Localizado no Prédio do Centro de Estudos (Anexo ao HUPAA),
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 57.072-970
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3202-5812 **E-mail:** cep.hupaa@ebserh.gov.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROFESSOR ALBERTO
ANTUNES



Continuação do Parecer: 6.074.824

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 23 de Maio de 2023

Assinado por:
Janaina Salmos
(Coordenador(a))

Endereço: LOURIVAL MELO MOTA KM 14 - Sala CEP; Localizado no Prédio do Centro de Estudos (Anexo ao HUPAA),
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 57.072-970
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3202-5812 **E-mail:** cep.hupaa@ebserh.gov.br

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO USO DA FERRAMENTA AGREE II



AGREE Enterprise Research Office
McMaster University – Juravinski Hospital
G Wing, 2nd Floor
711 Concession Street
Hamilton, ON, L8V 1C3
Phone: 905-527-4322 ext. 42851
Fax: 905-526-6775

June 14, 2023

To Researcher Roberta Ribeiro Brandão Caldas.
Anesthesiologist at the Professor Alberto Antunes University Hospital (HUPAA) and Master student in the Professional Master's Degree in Health Research (MPPS).

We, the AGREE Enterprise Research Office, give permission to **Roberta Ribeiro** and her co-authors to use the AGREE II tool, in her project: **“Elaboration and validation of an analgesia protocol in the obstetric population in labor”**.

This permission provided that the authors properly cite the AGREE II tool in the mentioned article.

If any clarification of the conditions is needed, please contact the AGREE office at agree@mcmaster.ca

Sincerely,

Iván D. Flórez MD, MSc
Leader
AGREE Enterprise Research Office
McMaster University
Hamilton, Ontario, Canada
www.agreetrust.org

ANEXO III – PEDIDO DE REGISTRO DE PROGRAMA DE COMPUTADOR – RPC



05/12/2023 870230107299
16:02

29409192312938802

Pedido de Registro de Programa de Computador - RPC

Número do Processo: 512023003761-3

Dados do Titular

Titular 1 de 1

Nome ou Razão Social: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL JAYME DE ALTAVILA - FEJAL

Tipo de Pessoa: Pessoa Jurídica

CPF/CNPJ: 12207742000171

Nacionalidade: Brasileira

Qualificação Jurídica: Associação com intuito não econômico

Endereço: RUA CONEGO MACHADO, Nº 918 - FAROL

Cidade: Maceió

Estado: AL

CEP: 57051-160

País: Brasil

Telefone: 82 3215 5011

Fax:

Email: michella.grey@cesmac.edu.br

Dados do Programa

Data de Publicação: 05/12/2023

Data de Criação: 31/10/2023

- § 2º do art. 2º da Lei 9.609/98: "Fica assegurada a tutela dos direitos relativos a programa de computador pelo prazo de cinquenta anos contados a partir de 1º de janeiro do ano subsequente ao da sua publicação ou, na ausência desta, da sua criação"

Título: PeriParto

**PETICIONAMENTO
ELETRÔNICO**Esta solicitação foi enviada pelo sistema Petição Eletrônica em
05/12/2023 às 16:02, Petição 870230107299

Algoritmo hash: SHA-512 - Secure Hash Algorithm

Resumo digital hash: 855132bdd5f5e0ff9ce7baa929a68cf1931c29a30afc9fe848382cbb30
21cefa5bb05301bb33e7dd319094b1c557bc4da436ea4567ede5d7c8
57b7294c9e1b4f

§1º e Incisos VI e VII do §2º do Art. 2º da Instrução Normativa: O titular é o responsável único pela transformação, em resumo digital hash, dos trechos do programa de computador e demais dados considerados suficientes para identificação e caracterização, que serão motivo do registro. O titular terá a inteira responsabilidade pela guarda da informação sigilosa definida no inciso III, § 1º, art. 3º da Lei 9.609 de 19 de fevereiro de 1998.

Linguagem: Outros - DART

Campo de Aplicação: ED04-FORMAS DE ENSINO/MATERIAL INSTRUCIONAL (ENSINO DIRETO, TELEDUCAÇÃO, POR CORRESPONDÊNCIA, RADIOEDUCAÇÃO, ENSINO SEMI-INDIRETO; MÓDULO INSTRUCIONAL, EQUIP. DIDÁTICO, MATERIAL AUDIO-VISUAL APRENDIZAGEM COGNITIVA, PSICOMOTORA, AFETIVA, AUTODIDATISMO); SD02-ADM SANIT = ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE; SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE, SERVIÇOS DE SAÚDE: HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE, POSTO DE SAÚDE, DE SOCORRO, ETC; SISTEMA DE SAÚDE, LEVANTAMENTO SANITÁRIO, EDUCAÇÃO SANITÁRIA, CAMPANHA DE SAÚDE PÚBLICA, EQUIPAMENTO MÉDICO SD05-ASSIST MÉD (HOSPITALAR, MÉDICO-DOMICILIAR, AMBULATORIAL, MÉDICO-SANITÁRIA)

Tipo de Programa: AP01 - APLICATIVOS

**PETICIONAMENTO
ELETRÔNICO**

Esta solicitação foi enviada pelo sistema Petição Eletrônica em
05/12/2023 às 16:02, Petição 870230107299

Nome: BÁRBARA PATRÍCIA DA SILVA LIMA

CPF: 05476894462

Nacionalidade: Brasileira

Qualificação Física: Pesquisador

Endereço: R. Prof. Ângelo Neto, 51, Farol

Cidade: Maceió

Estado: AL

CEP:

País: BRASIL

Telefone:

Fax:

Email: fgabarbaralima@gmail.com

Declaração de Veracidade - DV

Nome: declaracaoVeracidade -assinada.pdf

**PETICIONAMENTO
ELETRÔNICO**

Esta solicitação foi enviada pelo sistema Peticionamento Eletrônico em
05/12/2023 às 16:02, Petição 870230107299

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE - CLIENTE

Em atendimento à Instrução Normativa em vigor eu, FUNDAÇÃO EDUCACIONAL JAYME DE ALTAVILA - FEJAL, CNPJ: 12.207.742/0001-71, declaro, para fins de direito, sob as penas da Lei e em atendimento ao art. 2º do Decreto nº 2.556², de 20 de abril de 1998, que as informações feitas no formulário eletrônico de programa de computador – e-Software, são verdadeiras e autênticas.

Fico ciente através desse documento que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Ciente das responsabilidades pela declaração apresentada, firmo a presente.

-----assinado digitalmente-----

DECRETO Nº 2.556, DE 20 DE ABRIL DE 1998

Art. 1º Os programas de computador poderão, a critério do titular dos respectivos direitos, ser registrados no Instituto Nacional da Propriedade Industrial - INPI.

Art. 2º A veracidade das informações de que trata o artigo anterior são de inteira responsabilidade do requerente, não prejudicando eventuais direitos de terceiros nem acarretando qualquer responsabilidade do Governo.

29409192312938802