



Rotinas hospitalares

- 1 Introdução
- 2 Primeira impressão
- 3 Avaliação clínica
- 4 Procedimentos de preparo
 - 4.1 Enemas
 - 4.2 Tricotomia pubiana
- 5 Nutrição
 - 5.1 Riscos de aspiração
 - 5.2 Medidas para reduzir o volume e a acidez do conteúdo gástrico
 - 5.2.1 Restrição da ingestão
 - 5.2.2 Infusões intravenosas de rotina
 - 5.2.3 Condutas farmacológicas
- 6 Posição materna durante o primeiro estágio do trabalho de parto
 - 6.1 Efeitos sobre o fluxo sanguíneo e a contratilidade uterina
 - 6.2 Efeitos maternos e fetais
- 7 Conclusões

1 Introdução

A maioria dos partos é realizada em hospitais. Como outras grandes instituições, os hospitais (e os profissionais que trabalham neles) dependem de regras e rotinas para funcionarem de forma eficiente; provavelmente é essencial que continuem a fazê-lo. Os profissionais necessitam de uma estrutura para trabalhar. Essa estrutura envolve necessariamente regras de trabalho e pelo menos algumas rotinas para servir aos interesses de outras pessoas que trabalham na instituição e a utilizam. A mudança pode ser lenta porque regras e rotinas conhecidas são confortantes, e porque leva tempo para desenvolver e concordar com novas políticas — tempo que pode ser considerado mais bem aplicado na oferta de assistência clínica.

Portanto, as acentuadas variações do tipo de assistência que as mulheres recebem tendem a depender mais da maternidade onde a mulher é atendida e do profissional que ela consulta do que de suas necessidades ou preferências individuais. Essas diferenças na prática, que podem ocorrer em circunstâncias bastante semelhantes, freqüentemente são tão dramáticas que não é possível explicá-las por diferenças nas indica-

ções médicas ou pelas características de mulheres que freqüentam diferentes hospitais.

2 Primeira impressão

Uma mulher que chega a um hospital em trabalho de parto pode ter sofrido meses ou mesmo anos de expectativa, medo e incerteza sobre o parto. Grande parte da expectativa, medo e incerteza concentra-se no momento em que ela entra na enfermaria de pré-parto. Esse é o momento em que ela se sente, e está, mais vulnerável. Ela deve ser bem-vinda em um ambiente estranho, e receber conforto e assistência. Pode ser particularmente difícil atender a essas necessidades se a mulher nunca tiver encontrado antes qualquer um dos profissionais.

A obstetrix ou a enfermeira da sala de parto podem ter prioridades totalmente diferentes. Provavelmente, suas principais preocupações são descobrir em que estágio do trabalho de parto está a mulher, e assegurar a si própria que a mãe e o bebê estão bem. Ela também possui tarefas de registro e, algumas vezes, pode ser responsável por outras mulheres em trabalho de parto. A assistência apropriada a cada mulher, com suas próprias necessidades distintas, é uma tarefa assustadora.

Foram feitas várias recomendações de modificações das práticas de internação para ajudar a aliviar a ansiedade e o medo das mulheres que entram na ala hospitalar de trabalho de parto. Os profissionais devem receber bem e apoiar as mães e seus acompanhantes desde o momento da chegada. Também devem apresentar-se e dar informações sobre outras pessoas que a mãe poderá ver durante o trabalho de parto. Seria útil se obstetrixes ou enfermeiras também perguntassem às mulheres como desejam ser tratadas. Essa é uma cortesia comum e deve ser universal.

A internação em trabalho de parto oferece oportunidade de discutir as solicitações e os planos da mulher para (e seus temores e preocupações sobre) o trabalho de parto e o parto. Algumas vezes essas discussões são formalizadas preenchendo-se um “plano de parto” por escrito. O plano de parto pode ajudar a facilitar a comunicação dos desejos da mulher a todos os membros da equipe de saúde.

O apoio de um parceiro ou de outro acompanhante pode ser particularmente importante para a mulher quando chega

pela primeira vez e durante o exame inicial. Infelizmente, alguns hospitais têm políticas que excluem acompanhantes nesse momento. Os estudos mostram que apenas uma pequena parcela das mulheres prefere não ter um acompanhante nessa hora. A maioria das mulheres entrevistadas demonstrou prazer e alívio quando o parceiro ou acompanhante pôde permanecer, e desapontamento quando isso não foi possível, seja devido ao trabalho ou às responsabilidades com filhos ou porque foram excluídos pelas regras hospitalares.

A mulher geralmente é instruída a despir-se quando chega em trabalho de parto. Se isso for feito de forma insensível, pode ser uma experiência humilhante. Muitas mulheres preferem trazer uma camisola confortável de casa, em lugar de vestir um avental hospitalar; isso dá um pouco mais de dignidade e individualidade.

3 Avaliação clínica

As principais tarefas clínicas quando uma mulher chega ao hospital são avaliar seu progresso no trabalho de parto, sua condição e a condição do bebê, e tomar decisões sobre a assistência. Para isso, os profissionais podem usar várias medidas, incluindo uma discussão com a mulher sobre sua história, sintomas e dados obstétricos; observação da temperatura, pressão arterial e condição geral; exame abdominal e vaginal; e alguma forma de monitorização do coração fetal. A maioria das mulheres deseja participar das decisões sobre sua assistência, e quase todas apreciarão a explicação do que está sendo realizado e por quê.

O “diagnóstico” de trabalho de parto recebeu relativamente pouca atenção da pesquisa. A orientação da mulher no período pré-natal sobre o início do trabalho de parto, o que se diz a ela quando ela telefona e o fato de um profissional poder ou não avaliá-la primeiro em casa influenciarão sua decisão sobre quando chegar ao hospital. O que ela sente ao chegar dependerá das políticas hospitalares e das decisões tomadas pelos profissionais. Se for determinado que ela não está em trabalho de parto, ela pode ser mandada para casa ou para outra ala do hospital. Um pequeno estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que um programa educacional específico pode reduzir o número de internações de mulheres que não estejam em trabalho de parto ativo.

Nos hospitais da América do Norte, áreas de “avaliação inicial do trabalho de parto” ou de “triagem” tornaram-se populares. Em vez de serem diretamente internadas na ala de trabalho de parto do hospital, as mulheres que acreditam estar em trabalho de parto são avaliadas em um local semelhante a uma casa, que geralmente fica próximo da ala de trabalho

de parto. O objetivo é assegurar que apenas mulheres em trabalho de parto ativo sejam internadas na ala de trabalho de parto, com base na suposição de que mulheres que não “precisam” estar na ala de trabalho de parto não devem ficar lá (seja porque podem ser expostas a procedimentos desnecessários, ficar mais ansiosas, ou porque aumentam o volume de trabalho da equipe da ala de trabalho de parto). Dependendo dos resultados da avaliação inicial, as mulheres são internadas e enviadas à ala de trabalho de parto, observadas por várias horas na área de avaliação ou mandadas para casa. Um estudo canadense de 209 mulheres constatou que as mulheres do grupo submetido à avaliação inicial do trabalho de parto foram menos propensas a usar analgesia ou anestesia durante o trabalho de parto e o parto, menos propensas a receber ocitócicos durante o primeiro estágio do trabalho de parto e avaliaram suas experiências de parto mais positivamente que as mulheres internadas diretamente na ala de trabalho de parto. Entretanto, o estudo não foi suficientemente grande para determinar se a avaliação do trabalho de parto antes da internação reduz a taxa de cesarianas ou está associada a eventos adversos importantes como parto extra-hospitalar não-planejado. Os administradores hospitalares tendem a acreditar que a avaliação do trabalho de parto antes da internação reduz custos (porque as enfermeiras da ala de trabalho de parto não estão cuidando daquelas mulheres que não estão em trabalho de parto ativo), mas não foram descritas avaliações econômicas formais. Além disso, a suposição de que mulheres que não estejam em trabalho de parto ativo não necessitam de apoio profissional contínuo e aconselhamento está aberta para discussão. Mulheres muito ansiosas podem ter muita necessidade e beneficiar-se do suporte adicional durante a fase latente ou inicial do trabalho de parto. É necessário realizar outras pesquisas sobre essa prática.

4 Procedimentos de preparo

Antigamente, a internação hospitalar no trabalho de parto incluía o uso rotineiro de preparo intestinal com enemas ou supositórios e a tricotomia da área pubiana e perineal. Embora essas práticas possuam apenas interesse histórico em muitos países, em outros elas ainda continuam.

4.1 Enemas

Os supostos benefícios do preparo intestinal eram permitir a descida da cabeça fetal, estimular as contrações e assim encurtar o trabalho de parto e reduzir a contaminação no momento do parto, minimizando assim os riscos de infecção da mãe e do bebê. O procedimento é desconfortável, e não é isento de ris-



cos. Foram descritos casos de irritação retal, colite, gangrena e choque anafilático.

Dois estudos controlados e randomizados avaliaram os efeitos da administração rotineira de enemas no momento da internação em trabalho de parto. Sem enema, na maioria das vezes o extravasamento de fezes era pequeno e mais fácil de limpar que o extravasamento após um enema. Não foram observados efeitos sobre a duração do trabalho de parto ou sobre a infecção neonatal ou infecção da ferida perineal. Das mulheres tratadas com enemas ou supositórios, um pequeno número ficou satisfeito ou havia solicitado isso, metade das mulheres restantes não se importou ou estava preparada para o que fosse necessário, enquanto a outra metade relatou sentimentos negativos como constrangimento, desconforto ou relutância. A maioria das mulheres não submetidas a enema estava satisfeita ou aliviada.

Como a administração rotineira de enemas a mulheres em trabalho de parto não traz benefícios, os resultados dos estudos de diferentes tipos de enemas são amplamente irrelevantes. Todavia, nas situações em que um enema é considerado necessário ou é solicitado pela mãe, vale a pena observar que não foram demonstradas vantagens do enema com medicamento em relação ao enema com água, e que não devem ser usados enemas de espuma porque freqüentemente causam cólica e dor espasmódica.

4.2 Tricotomia pubiana

Antigamente, acreditava-se que a tricotomia pré-parto reduzia o risco de infecção e tornava mais fácil e mais segura a sutura no traumatismo perineal. Ainda em 1922, essas suposições foram contestadas por um estudo controlado. Esse estudo e o único outro estudo controlado que examinaram essa prática foram incapazes de detectar qualquer efeito da tricotomia perineal sobre a redução da morbidade puerperal; em vez disso, houve uma tendência a aumento da morbidade nos grupos submetidos à tricotomia.

Os resultados desses estudos são apoiados por aqueles de estudos de coortes não-randomizadas e de estudos randomizados de tricotomia pré-operatória em pacientes cirúrgicos. Outros escritores chamaram atenção para as desvantagens em termos de constrangimento feminino durante o procedimento, seu desconforto durante as semanas em que os pêlos recomçam a crescer, bem como pequenas escoriações causadas pela tricotomia.

5 Nutrição

A crença de que alimentos e bebidas devem ser suspensos ou severamente restritos após o início do trabalho de parto é

amplamente aceita na assistência hospitalar atual. Uma pequena minoria defende opiniões igualmente veementes de que, com exceção das mulheres com alto risco de necessitar de anestesia geral, os benefícios da nutrição de acordo com os desejos da mulher superam em muito os possíveis benefícios de políticas mais restritivas.

Estudos das políticas nas alas de trabalho de parto na Inglaterra e nos Estados Unidos mostraram que no final da década de 1980 a maioria das unidades proibia todos os alimentos sólidos. Quase 50% não permitiam consumo oral, exceto lascas de gelo; a maioria das outras permitia apenas goles de líquidos claros; e aproximadamente apenas uma em cada dez unidades permitia que as mulheres bebessem a quantidade de líquido desejada. Nenhum dos hospitais avaliados nos Estados Unidos permitiu que as mulheres comessem e bebessem o quanto quisessem. As políticas sobre ingestão foram examinadas minuciosamente nos últimos anos, e foram liberadas em muitas unidades, sem relato de efeitos prejudiciais para a mãe ou o bebê. Todavia, as políticas restritivas ainda vigem em muitos centros.

Para muitas mulheres, essas restrições não representam um problema. A maioria das mulheres não tem vontade de comer durante a fase ativa do trabalho de parto. No caso daquelas que estão na fase inicial do trabalho de parto e desejam comer, a fome obrigatória pode ser uma experiência muito desagradável. O jejum forçado também pode causar progresso insatisfatório no trabalho de parto, diagnóstico de distocia e uma cascata de intervenções que culminam em uma cesariana. O esforço do trabalho de parto foi comparado ao esforço do exercício moderado contínuo. Em trabalhos de parto mais longos nos quais a ingestão oral é proibida, há um aumento progressivo das cetonas urinárias. Em um estudo americano de mulheres que apresentavam elevação das cetonas no trabalho de parto, as mulheres relataram que a fome era uma das sensações mais desagradáveis durante o trabalho de parto. Por que então são empregadas essas políticas restritivas quando é tão óbvio que algumas mulheres as consideram penosas? A explicação está na preocupação disseminada de que a ingestão de sólidos e líquidos durante o trabalho de parto causará risco de aspiração do conteúdo gástrico durante regurgitação.

5.1 Riscos de aspiração

Essa preocupação é real e séria, mas talvez mal orientada. O risco de aspiração está quase totalmente associado ao uso de anestesia geral. Portanto, o grau de risco está diretamente relacionado à freqüência com que a anestesia geral acompanha o parto, e aos cuidados e habilidade com que o anestésico é

administrado. O nível de risco sempre foi baixo e agora é muito baixo. A aspiração desempenha um papel muito pequeno na mortalidade materna, embora ainda seja um fator amplamente não-quantificado na morbidade materna.

As políticas que restringem o consumo oral durante o trabalho de parto possuem o objetivo louvável de reduzir o risco de regurgitação e inalação do conteúdo gástrico. A aspiração de partículas de alimento com tamanho suficiente para obstruir um brônquio principal ou segmentar pode resultar em colapso do tecido pulmonar, além da obstrução. Mesmo na ausência de partículas de alimento, se o conteúdo gástrico for suficientemente ácido, pode causar queimaduras químicas nas vias aéreas. É essa síndrome de aspiração de ácido em particular, descrita por Mendelson há mais de 50 anos, que constitui o maior risco em gestantes submetidas a anestesia geral.

Com o passar dos anos, diversas medidas específicas foram introduzidas para evitar aspiração. Foi repetidamente ressaltado que a incapacidade de aplicar técnica anestésica apropriada é a principal razão de ainda haver mortes por aspiração de conteúdo gástrico. A maioria dos casos de aspiração poderia ser evitada por uma associação de diminuição da frequência de procedimentos que exigem anestesia (particularmente cesariana), uso de anestesia regional sempre que possível e atenção meticulosa à técnica anestésica segura.

5.2 Medidas para reduzir o volume e a acidez do conteúdo gástrico

As medidas para reduzir o volume e a acidez do conteúdo gástrico não podem compensar a técnica anestésica inadequada. Entretanto, essas medidas são muito usadas.

5.2.1 Restrição da ingestão

O jejum é a medida mais usada para reduzir o conteúdo gástrico. O jejum durante o trabalho de parto não tem o efeito desejado de garantir um estômago vazio. Citando as conclusões de um estudo, “o mito de se considerar o tempo decorrido entre a última refeição e o parto ou o início do trabalho de parto como orientação sobre o volume do conteúdo gástrico deve ser definitivamente abandonado”. A proibição do consumo de alimentos e bebidas durante o trabalho de parto não garantirá um estômago vazio caso seja necessário usar anestesia geral. Nenhum período entre a última refeição e o início do trabalho de parto garante um volume gástrico menor que 100 ml.

O uso de uma dieta pobre em resíduos e gordura com o objetivo de oferecer refeições pequenas, atraentes e de sabor agradável a intervalos frequentes é uma alternativa razoável

ao jejum. Essa dieta deve consistir em chá, sucos de frutas, ovos cozidos, torrada e manteiga, biscoitos simples, caldos claros e frutas cozidas. Algumas mulheres preferem lanches e bebidas ricos em calorias.

Também não se pode confiar no jejum durante o trabalho de parto para reduzir a acidez do conteúdo gástrico. Um autor comentou provocadoramente: “Não é intrigante que, na Inglaterra e no País de Gales, o número de mortes maternas por aspiração de ácido aparentemente só tenha aumentado após a instituição de restrição alimentar rigorosa no trabalho de parto, chegando quase à inanição na maioria das unidades?”

A restrição de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto pode resultar em desidratação e cetose. Não se sabe ao certo se o grau de cetose que ocorre em algumas mulheres durante o trabalho de parto é um estado fisiológico inofensivo ou uma condição patológica que interfere com a atividade uterina. Não há dados publicados sobre as necessidades nutricionais das mulheres em trabalho de parto. No caso de algumas mulheres, provavelmente são semelhantes àquelas de um indivíduo que pratica atividade esportiva vigorosa.

A resposta mais comum aos problemas de desidratação e cetose em maternidades que proíbem a alimentação durante o trabalho de parto é o uso de glicose e líquidos intravenosos. Os efeitos desse procedimento devem ser cuidadosamente comparados à opção de permitir que as mulheres comam e bebam quando desejarem. O primeiro estudo controlado a comparar uma política de incentivo das mulheres a comer e beber durante o trabalho de parto envolveu 328 mulheres em um hospital canadense. As mulheres gostaram de controlar sua própria ingestão; não foram constatados outros benefícios ou efeitos prejudiciais.

5.2.2 Infusões intravenosas de rotina

Os efeitos bioquímicos das soluções intravenosas de glicose durante o trabalho de parto foram avaliados em diversos estudos controlados. A elevação do nível sanguíneo de glicose materno é acompanhada por aumento da produção de insulina. Os dados disponíveis não mostram efeito uniforme sobre o pH ou os níveis de lactato maternos.

Infusões maternas de soluções de glicose resultam em aumento dos níveis sanguíneos de glicose no bebê, e também em diminuição do pH no sangue da artéria umbilical. Há produção excessiva de insulina no feto quando as mulheres recebem mais de 25 g de glicose por via intravenosa durante o trabalho de parto, e isso pode resultar em baixos níveis sanguíneos de glicose e níveis elevados de lactato no bebê. Um

outro risco é de que o uso excessivo de soluções intravenosas sem sal pode resultar em hiponatremia grave, tanto na mãe quanto no feto. Assim, o uso de glicose e líquidos intravenosos para evitar ou combater a cetose e a desidratação maternas pode ter efeitos indesejados graves sobre o bebê.

Atualmente, os protocolos intravenosos intraparto costumam envolver o uso de Ringer lactato, uma solução não-glicosada, que não é fonte de energia. Os possíveis riscos de infusões intravenosas poderiam ser evitados pela conduta mais natural de permitir que mulheres comam e bebam durante o trabalho de parto.

5.2.3 *Condutas farmacológicas*

A frequência de volumes imprevisivelmente grandes e de acidez igualmente imprevisível do conteúdo gástrico, havendo ou não jejum durante o trabalho de parto, levou ao uso de diversos agentes na tentativa de reduzir o conteúdo e a acidez do estômago nas mulheres em trabalho de parto.

O conteúdo gástrico pode ser esvaziado mecanicamente com um tubo gástrico, ou pode ser induzido vômito com apomorfina pré-operatória. Uma comparação do uso desses dois métodos em mulheres em trabalho de parto que necessitaram de anestésico geral não mostrou diferença estatisticamente significativa do conteúdo gástrico médio aspirado durante a operação. A maioria das mulheres submetidas ao procedimento com tubo gástrico considerou-o “muito desagradável”, enquanto a maioria das que receberam apomorfina considerou o procedimento apenas “um pouco desagradável”. Nenhum desses métodos garante que o estômago estará vazio. Os inibidores do íon de hidrogênio, como a cimetidina e a ranitidina, podem aumentar a taxa de esvaziamento gástrico e assim resultar em diminuições bastante surpreendentes do conteúdo gástrico.

O conteúdo gástrico pode tornar-se menos ácido pelo uso de antiácidos como hidróxido de alumínio, trissilicato de magnésio ou citrato de sódio, e por agentes de supressão de ácido como cimetidina, ranitidina ou omeprazol. Comparações randomizadas entre diferentes agentes não mostraram indicações de que qualquer agente ou classe de agentes específica influencie mais o pH gástrico que outros.

Entretanto, a eficácia desses agentes na redução da acidez não significa necessariamente que terão um efeito sobre a incidência ou a gravidade da síndrome de Mendelson. Embora a partir de 1966 tenha havido um movimento para administração rotineira de antiácidos a todas as mulheres antes da cesariana, ainda há casos de síndrome de Mendelson em mulheres submetidas a um regime completo de tratamento com antiácido.

6 Posição materna durante o primeiro estágio do trabalho de parto

O interesse na posição materna durante o primeiro estágio do trabalho de parto existiu durante todo o século XX, mas até recentemente havia poucas pesquisas bem controladas para analisar a validade das várias opiniões fortemente defendidas. A posição deitada no trabalho de parto ainda é rotineira em muitas maternidades. Os dados disponíveis lançam dúvida sobre a conveniência dessa política.

6.1 Efeitos sobre o fluxo sanguíneo e a contratilidade uterina

A posição de decúbito dorsal (deitada de costas) causa redução do débito cardíaco. Está associada a maior diminuição da pressão arterial femoral que braquial, o que não ocorre na posição lateral ou quando o útero é inclinado para a esquerda. Essa observação sugere que a posição de decúbito dorsal pode comprometer o fluxo sanguíneo uterino durante o trabalho de parto.

A intensidade da contração é uniformemente reduzida, e muitas vezes a frequência das contrações aumenta, quando a parturiente passa da posição ortostática para a posição sentada ou de decúbito dorsal. As posições de pé e decúbito lateral estão associadas a maior intensidade da contração. A eficiência das contrações (sua capacidade de produzir dilatação cervical) também é aumentada pelas posições de pé e decúbito lateral.

Os resultados de diversos estudos sugerem que a posição de decúbito dorsal pode afetar adversamente tanto a condição do feto quanto o progresso do trabalho de parto, por interferir com o suprimento sanguíneo uterino e comprometer a eficiência das contrações uterinas. Modificações frequentes da posição materna podem ser uma forma de evitar os efeitos adversos do decúbito dorsal. Não há dados de estudos controlados sugestivos de que o decúbito dorsal deve ser incentivado.

6.2 Efeitos maternos e fetais

Os resultados de estudos controlados mostram que as mulheres instruídas a ficar de pé, caminhar ou sentar durante o trabalho de parto tiveram, em média, trabalhos de parto mais curtos que as mulheres instruídas a permanecer deitadas. Estudos nos quais a posição ortostática foi comparada ao decúbito lateral não mostraram diferenças surpreendentes na duração do trabalho de parto.

No único estudo em que o trabalho de parto foi mais demorado no grupo que caminhou do que no grupo que per-

maneceu deitado, as mulheres no grupo que permaneceu em decúbito tiveram permissão para levantar se desejassem, e as mulheres no grupo que se movimentou tiveram permissão para repousar no leito “sempre que quisessem”. As mulheres do grupo colocado em posição ortostática preferiram reclinar-se no leito quando o trabalho de parto progrediu, freqüentemente com cerca de 5 a 6 cm de dilatação. Isso sugere que a livre escolha da posição pode ser a consideração mais importante.

As mulheres colocadas em posição ortostática usaram menos analgésicos narcóticos ou anestesia peridural, e receberam menos ocitócicos para estimular o trabalho de parto. Em parte isso pode ter ocorrido porque era mais fácil administrar essas drogas a mulheres deitadas. Os dados disponíveis não fornecem indicações sobre um efeito regular da posição durante o primeiro estágio do trabalho de parto sobre a probabilidade de parto instrumental.

Da mesma forma, não há regularidade nos achados em relação à condição do bebê. Apenas um estudo relatou incidências significativamente menores de anormalidades da frequência cardíaca fetal e diminuição dos índices de Apgar associadas à posição ortostática. Outros pesquisadores, alguns dos quais usaram telemetria (uma forma de monitorização eletrônica do coração fetal enquanto a mulher se movimentava) em conjunto com a deambulação, não detectaram diferenças dos padrões de frequência cardíaca fetal ou dos índices de Apgar. Não há informações sobre o efeito da posição durante o primeiro estágio do trabalho de parto sobre indicadores mais significativos do bem-estar fetal.

7 Conclusões

As rotinas hospitalares são necessárias para o funcionamento eficiente. O desafio enfrentado por profissionais que trabalham em maternidades é, em primeiro lugar, introduzir ou manter apenas aquelas rotinas e regras que mostraram, em comparação, causar mais benefícios que danos, e, em segundo lugar, aplicar essas rotinas de forma flexível, que leve em conta as necessidades de cada parturiente.

A presença de um acompanhante quando a mulher chega ao hospital e durante o exame inicial é importante para muitas mulheres. A presença de acompanhantes escolhidos pelas mulheres deve ser incentivada e facilitada.

Os profissionais de saúde devem prestar atenção a formas de manter a dignidade feminina, de proporcionar privacidade e de tratar as mulheres como adultos, por exemplo, nos estilos de abordagem e apresentações. Abandonar o avelal

hospitalar tradicional é uma medida em direção a esse objetivo.

As mulheres apreciam os esforços dos profissionais de saúde de informá-las e consultá-las sobre o progresso no trabalho de parto e a assistência que receberão. Quando são oferecidas opções em relação ao tratamento, essas devem ser apresentadas de forma que permita às mulheres pedirem o que quiserem, e discutir suas dúvidas.

Não há indicações que apoiem procedimentos antiquados, como administração rotineira de enemas ou tricotomia perineal, que causam desconforto e constrangimento para as mulheres.

Nenhuma medida conhecida atualmente pode assegurar que o estômago de uma parturiente esteja vazio, ou que seus sucos gástricos tenham um pH maior que 2,5. O jejum forçado durante o trabalho de parto, o uso de antiácidos ou o esvaziamento gástrico mecânico ou químico pré-anestésico são apenas parcialmente eficazes. Todos possuem conseqüências desagradáveis e podem ser perigosos para a mãe, e também possivelmente para o feto.

A síndrome de aspiração do conteúdo gástrico sob anestesia geral é rara, porém grave. É prudente evitar anestesia geral no parto sempre que possível, e usar uma técnica anestésica apropriada com atenção meticulosa às garantias conhecidas quando é necessário usar anestesia geral.

Exigências profissionais para que as mulheres permaneçam deitadas durante a primeira fase do trabalho de parto são menos difundidas que antes, mas ainda existem. Os dados disponíveis sugerem que essa política compromete a atividade uterina efetiva, prolonga o trabalho de parto e causa aumento do uso de ocitócicos para estimular as contrações.

São necessários estudos controlados, não apenas para avaliar os efeitos das políticas e práticas hospitalares de rotina, mas também para avaliar métodos de implementar modificações quando essas práticas são inefetivas, ineficientes ou contraproducentes.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Chalmers, I., Garcia, J. and Post, S., Hospital policies for labour and delivery.

Johnson, C., Keirse, M.J.N.C., Enkin, M.W. and Chalmers, I., Nutrition and hydration in labour.

Roberts, J., Maternal position during the first stage of labour.

Biblioteca Cochrane

Basevi, V. and Lavender, T., Routine perineal shaving for labour [protocol].

Cuervo, L.G., Rodriguez, M.N. and Delgado, M.B., Routine enema for labour.



Lauzon, L. and Hodnett, E., Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term.

Caregivers' use of strict criteria for diagnosing active labour in term pregnancy.

Olsen, O. and Jewell, M.D., Home versus hospital for birth.

Outras fontes

Broach, J. and Newton, N. (1988). Food and beverages in labor. Part I: Cross-cultural and historical practices. *Birth*, 15, 81–5.

Broach, J. and Newton, N. (1988). Food and beverages in labor. Part II: The effects of cessation of oral intake during labor. *Birth*, 15,

88–92.

Flamm, B., Berwick, D. and Kabcenell, A. (1998). Reducing cesarean section rates safely: lessons from a 'breathrough series' collaborative. *Birth*, 25, 117–24.

Heston, T.F. and Simkin, P. (1991). Carbohydrate loading in preparation for childbirth. *Med Hypotheses*, 34, 97–8.

Ludka, L.M. and Roberts, C.C. (1993). Eating and drinking in labor. A literature review. *J. Nurse Midwifery*, 38, 199–207.

Tranmer, J.E. (1999). Nutritional support during labour: a randomized controlled trial of patient controlled oral intake during labour. Unpublished PhD thesis, University of Toronto.