



Perguntas Frequentes - Alívio da dor no parto.

Q: What will labour feel like?

O que se sente durante o parto?

Quando está grávida, pode sentir o seu útero (ventre) a contrair-se de vez em quando. Estas são chamadas as contrações Braxton Hicks. Quando entra em trabalho de parto, esta contração torna-se regular e muito mais forte.

A contração pode causar dor semelhante às dores menstruais e geralmente torna-se mais dolorosa conforme avança no trabalho de parto. Cada mulher sente as dores de parto de forma diferente.

Geralmente, o primeiro parto é o mais longo.

Se for utilizada medicação para iniciar (induzir) ou acelerar o seu parto, as contrações podem ser mais dolorosas.

A maior parte das mulheres utiliza diversas formas de lidar com a dor.¹ É bom ter uma mente aberta e ser flexível.

1. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007 RCOG Press, London

Q: How do I prepare for labour?

Como me posso preparar para o parto?

Os cursos de parentalidade pré-natal ajudam-na a preparar-se para o nascimento. Estes cursos são dados por parteiras e por outras organizações que apoiam as pessoas na tarefa de ser pais e de dar à luz. As aulas ajudam-na a compreender o que vai acontecer durante o parto e podem ajudá-la a sentir-se menos ansiosa.

Nos cursos pré-natais, a parteira vai indicar-lhe as formas disponíveis para diminuir a dor de parto. Se precisar de mais informações sobre epidurais (uma injeção nas costas para anestesiar a parte inferior do seu corpo) a parteira pode organizar um encontro com um anestesista para falar sobre este assunto. Se não puder ir aos cursos pré-natais, deve perguntar de qualquer modo à sua parteira as formas disponíveis para lidar com a dor. Pode depois discuti-las com a parteira que estiver consigo durante o parto.

Onde decide dar à luz pode afetar quão dolorosa é esta experiência. Se se sentir à vontade no local onde dar à luz, pode estar mais relaxada e menos ansiosa sobre o parto². Para algumas mulheres, isto significa dar à luz em casa, mas outras sentem-se mais seguras com o apoio oferecido num hospital ou maternidade. Muitos hospitais procuram dar uma atmosfera caseira às salas de parto e incentivam-na a pôr música para se sentir mais relaxada.

Se estiver a pensar dar à luz num hospital ou numa maternidade, pode ser útil dar uma vista de olhos e ver as instalações disponíveis.

Ter um amigo ou um parceiro de parto consigo durante o trabalho de parto pode ser útil para si³. É importante falar com o seu parceiro de parto sobre as suas preocupações e sobre o que quer para que a possa ajudar a focar-se durante o parto.

2. Waldenstrom U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomised controlled study. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1994; 73: 547-554.

3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Base de données des révisions systématiques Cochrane 2003, édition 3. Numéro d'article : CD003766. Date de publication : 10.1002/14651858.CD003766.

Q: What simple methods can I use to help me cope with contractions?

Que métodos simples posso utilizar para me ajudar a lidar com as contrações?

- Respirar calmamente pode aumentar a quantidade de oxigénio que é fornecida aos seus músculos, tornando assim a dor menos intensa. Para além disso, focar-se na sua respiração pode ajudá-la a estar menos consciente das contrações.
- Pode ser difícil relaxar quando está com dores, por isso é útil treinar antes de estar mesmo em trabalho de parto. Existem diversas formas diferentes para aprender a relaxar.
- Pode chegar à conclusão que receber uma massagem quando está em trabalho de parto é muito reconfortante e tranquilizante.

Q: How could using a birthing pool during labour help?

De que forma é que usar uma piscina de parto durante o trabalho de parto pode ajudar?

Os estudos indicam que se fizer o seu parto na água este vai ser menos doloroso e é menos provável que precise de uma epidural para diminuir a dor.⁴ Existe algum receio que se a água estiver demasiado quente, o seu bebé pode indicar sinais de aflição durante o parto, mas os estudos demonstram que não há risco acrescido para si nem para o bebé se o parto for na água em relação a um parto fora de água. A parteira vai continuar a acompanhar o seu progresso e o bem-estar do seu bebé.

Muitas maternidades têm piscina para parto, mas estas podem não estar disponíveis quando precisar delas. Vale a pena confirmar com a sua parteira se existe uma piscina e se pode utilizá-la.

4. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Base de données des révisions systématiques Cochrane 2009, édition 2. [DOI:10.1002/14651858.CD000111.pub3]

Q: What complementary therapies are these (these do not use medications) and how could they help?

Que terapias complementares existem (estas não incluem fármacos) e de que forma podem ajudar?

Alguns estudos sugerem que as terapias complementares ajudam as mulheres a sentirem-se em controlo do seu parto e a usar menos fármacos para reduzir a dor.⁵ Se está a pensar usá-las, é importante que se aconselhe junto de uma pessoa com formação nessa terapia. Muito poucas maternidades oferecem estes serviços no Sistema Nacional de Saúde, pelo que teria de encontrar um terapeuta qualificado antes de entrar em trabalho parto.

- A aromaterapia envolve o uso de óleos essenciais concentrados para diminuir o medo, melhorar o seu bem-estar e motivá-la.
- A reflexologia baseia-se na ideia de que determinados pontos das suas mãos e pés estão associados a pontos no resto do seu corpo. Não sabemos de que forma esta terapia funciona, mas pode funcionar de forma semelhante à acupuntura (ver abaixo). Um reflexologista geralmente massaja pontos dos seus pés associados às partes do seu corpo que estão em dor durante o parto.
- A hipnose pode distraí-la da dor. Pode ser treinada para fazer a hipnose por si própria (autohipnose) e tem de a praticar enquanto estiver grávida. Caso contrário, terá de ter um hipnoterapeuta consigo durante o parto.
- A acupuntura envolve colocar agulhas em pontos do seu corpo para ajudar a reduzir a dor. O terapeuta teria de estar consigo durante o parto.
- Outras terapias incluem a homeopatia (utilização de ingredientes muito diluídos para reduzir a dor) e medicamentos à base de plantas.

5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Base de données des révisions systématiques Cochrane 2006, édition 4. Numéro d'article : CD003521. Date de publication : 10.1002/14651858.CD003521.pub2.

Q: What is TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation)?

O que é TENS (estimulação elétrica nervosa transcutânea)?

- Uma corrente elétrica suave que é transmitida através de quatro discos lisos colados nas suas costas. Isto cria uma sensação de formigueiro. Pode controlar a potência da corrente você mesma.
- Por vezes, ajuda no início do parto especialmente com as dores de costas. Se alugar uma máquina TENS pode começar a utilizá-la em casa. Alguns hospitais também as têm disponíveis para emprestar.
- As máquinas TENS não têm efeitos nocivos conhecidos no seu bebé.
- Apesar de ser possível gerir a dor de parto apenas com a ajuda da TENS, é mais provável que precise de alguma outra forma de alívio da dor mais tarde durante o parto.

Q: Whats is entonox (gas and air) and how could I use it?

O que é Entonox (gás e ar) e de que forma posso utilizá-lo?

O Entonox é um gás composto por 50% de óxido nitroso e 50% de oxigénio. Por vezes é designado por gás e ar.

- Respira o Entonox através de uma máscara ou de uma boquilha.
- É simples e de ação rápida e o seu efeito desaparece ao fim de alguns minutos.
- Por vezes pode fazê-la sentir-se tonta ou um pouco enjoada durante algum tempo.
- Não é nocivo para o seu bebé e dá-lhe mais oxigénio, o que pode ser bom para si e para o seu bebé.
- Não vai fazer com a dor desapareça completamente, mas pode ajudar.
- Pode utilizá-lo em qualquer momento do parto.

Pode controlar a quantidade de Entonox que utiliza, mas para obter o máximo efeito é importante saber as alturas certas. Deve começar a respirar Entonox assim que sentir uma contração a começar, para esteja sob o efeito pleno quando a dor atingir o seu máximo. Não deve utilizá-lo entre as contrações ou durante períodos longos uma vez que a pode fazer sentir tonta e com formigueiros. Em alguns hospitais, podem ser adicionadas outras substâncias ao Entonox para o tornar mais eficaz, mas estes podem fazer com que fique mais sonolenta.

Q: What are opioids (morphine/pethidine/diamorphine etc)?

O que são opiáceos (morfina/ petidina/ diamorfina, etc.)?

Opiáceos são analgésicos e funcionam todos de forma semelhante. Os opiáceos geralmente utilizados na sala de partos incluem a morfina, a petidina e a diamorfina (que está a ser cada vez mais usada no Reino Unido).⁷ Os estudos indicam que as mulheres que recebem uma injeção de diamorfina num músculo têm maior probabilidade de ficarem satisfeitas com a sua analgesia (alívio da dor) quando comparada com a petidina.⁸

Outros exemplos de opiáceos são meptazinol, fetanil e remifentanil.

- A parteira geralmente administra opiáceos injetando-os num músculo grande no seu braço ou perna.
- O alívio da dor é, por vezes, limitado. Vai começar a sentir os efeitos cerca de meia hora mais e tarde e estes podem durar algumas horas.
- Os opiáceos são menos eficazes no alívio da dor de parto do que o Entonox.
- Apesar de o alívio da dor poder ser limitado, algumas mulheres dizem que as faz sentir mais relaxadas sobre a dor.⁶
- Outras mulheres ficam desiludidas com o efeito dos opiáceos na sua dor e dizem que se sentem menos em controlo.

6. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996;103:968-972.

7. Tuckey JP1, Prout RE, Wee MY Prescribing intramuscular opioids for labour analgesia in consultant-led maternity units: a survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth.* 2008 Jan;17(1):3-8. Epub 2007 Nov 5.

8. Wee MYK, Tuckley JP, Thomas P, Bernard S and Jackson D. The IDVIP trial: A two centre double blind randomised controlled trial comparing i.m. diamorphine and i.m. pethidine for labour. *International Journal of Obstetric Anaesthesia.* 2012;21(S1) S15.

Q: What side effects do opioids (morphine/diamorphine/pethidine) have?

Quais são os efeitos secundários dos opiáceos (morfina / diamorfina / petidina)?

- Podem fazê-la sentir sonolenta.
- Podem fazê-la sentir-se enjoada, mas geralmente é-lhe administrada medicação antienjoo para isso.
- Atrasam o esvaziamento do estômago, o que pode ser um problema se precisar de uma anestesia geral.
- Podem desacelerar a sua respiração. Se isto acontecer, pode receber oxigénio através de uma máscara facial e ter os seus níveis de oxigénio monitorizados.
- Podem fazer com que o seu bebé demore mais tempo a respirar pela primeira vez, mas pode ser-lhe dada uma injeção para contornar esta questão.
- Podem fazer com que o seu bebé fique tonto e isto pode querer dizer que não conseguem alimentar-se tão bem como seria normal (especialmente se lhe for administrada petidina).
- Se lhe derem opiáceos imediatamente antes de dar à luz, o efeito no bebé é muito reduzido.

Q: What is Patient-controlled intravenous analgesia (PCIA)?

O que é Analgesia intravenosa controlada pelo paciente (PCIA)?

Os opiáceos também podem ser administrados diretamente numa veia para um efeito mais rápido, utilizando uma bomba que pode controlar premindo um botão preso na mesma. A PCIA está disponível em alguns hospitais se a epidural (uma injeção nas suas costas para adormecer a parte inferior do seu corpo) não for possível ou se não pretender receber uma.

A PCIA permite-lhe administrar a si própria pequenas doses de opiáceos quando sente que precisa deles. Pode controlar a quantidade de opiáceos que utiliza. Por motivos de segurança, a PCIA limita a rapidez com que pode administrar este opiáceo. No entanto, se utilizar a PCIA durante um longo período, alguns opiáceos podem acumular-se no seu corpo, aumentando os efeitos secundários do opiáceo em si e no seu bebé.

Em algumas maternidades, pode ser-lhe oferecida a PCIA com um opiáceo chamado remifentanil^{9,10}. O seu corpo processa o remifentanil muito rapidamente, por isso os efeitos de cada dose não duram muito tempo. Este opiáceo tem um efeito significativo sobre a dor, mas também é mais provável que desacelere a sua respiração, por isso a sua respiração deve ser monitorizada cuidadosamente. Cerca de uma em cada cem mulheres que utilizam PCIA de remifentanil pode ter de parar de a usar porque a sua respiração desacelera demasiado.¹¹ É raro que a respiração desacelere tanto ao ponto de se tornar num problema grave.¹²

A PCIA de remifentanil tem um efeito muito reduzido no seu bebé.

9 Volmanen P, Akural E, Raudaskoski T, Ohtonen P, Alahuhta S. Comparison of remifentanil and nitrous oxide in labour analgesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2005; 49: 453-458.

10 Volikas I, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanil PCA. *British Journal of Anaesthesia* 2005; 95: 504-509.

11. Lavand'homme P, Roelants F. Patient-controlled intravenous analgesia as an alternative to epidural analgesia during labor: questioning the use of the short-acting opioid remifentanil. Survey in the French part of Belgium (Wallonia and Brussels). *Acta Anaesthesiologica Belgica* 2009; 60: 75-82

12. Muchatuta NA, Kinsella M. Remifentanil for labour analgesia: time to draw breath? *Anaesthesia* 2013; 68: 231–235.

Q: What are epidurals?

O que são epidurais?

Epidurais são o método de alívio de dor mais complicado e são administradas por um anestesista. Um anestesista é um médico especialmente treinado para administrar o alívio da dor e fármacos que a fazem adormecer. O alívio da dor durante as operações pode ser proporcionado através de anestesia geral, epidurais ou espinais. Para obter mais informações sobre estes tipos de anestesia para uma cesariana, consulte as nossas “Perguntas frequentes sobre cesariana”.

Alguns factos sobre epidurais:

- As epidurais são o método mais eficaz de alívio da dor.
- Para uma epidural, o anestesista introduz uma agulha na parte inferior das suas costas e utiliza-a para colocar um cateter epidural (um tubo muito fino) junto aos nervos da sua espinha. O cateter epidural é deixado nesse lugar quando a agulha é retirada para poder receber analgésicos durante o seu parto. Os analgésicos podem ser um anestésico local para adormecer os seus nervos, pequenas doses de opiáceos, ou uma mistura de ambos.
- Uma epidural pode levar até 40 minutos para começar a aliviar a dor (incluindo o tempo necessário para aplicar o cateter epidural e o tempo necessário para os analgésicos começarem a produzir efeitos).
- A epidural não deve fazê-la sentir-se tonta ou enjoada.
- Receber uma epidural aumenta a probabilidade de o seu obstetra ter de utilizar uma ventosa (um instrumento de sucção na cabeça do seu bebé) ou fórceps para retirar o seu bebé.
- Geralmente, a epidural pode ser reforçada para proporcionar alívio da dor se for necessária a utilização de uma ventosa, de fórceps ou de uma cesariana.
- A epidural praticamente não tem efeitos sobre o seu bebé.

Q: What are spinals and combined spinal epidurals (CSE)?

O que são espinais e epidurais espinais combinadas (CSE)?

As epidurais demoram bastante tempo a produzir efeitos, especialmente se lhe for administrada numa fase final do parto. Se os analgésicos forem administrados diretamente na bolsa de fluídos junto aos nervos das suas costas, estes funcionam muito mais rapidamente. Isto é uma espinal. Ao contrário de uma epidural, é administrada como uma só injeção sem um cateter. Se um cateter de epidural for colocado na mesma altura, isto é chamado uma epidural espinal combinada.

Em determinados hospitais, é dada uma epidural espinal combinada a quase todas as mulheres que pretendam receber um alívio da dor forte em vez de uma epidural. Noutros, a epidural espinal é utilizada apenas para um número reduzido de mulheres.

Q: Can everyone have an epidural?

Qualquer pessoa pode receber uma epidural?

A maior parte das pessoas pode receber uma epidural, mas alguns problemas médicos (como a espinha bífida, uma cirurgia às costas anterior ou problemas de coagulação do sangue) podem significar que não é indicada para si. A melhor altura para ficar a saber isto é antes de estar em trabalho em parto. Se tiver um parto longo ou complicado, a sua parteira ou obstetra podem sugerir que receba uma epidural, uma vez que pode ajudar o seu bebé.

Se tiver excesso de peso, a epidural pode ser mais difícil ou demorar mais tempo a colocar. Depois de estar aplicada e a funcionar, pode usufruir de todos os benefícios.

Q: What is the procedure for putting in an epidural?

Como se processa a colocação do cateter epidural?

Em primeiro lugar, será necessário colocar uma cânula (um tubo de plástico fino) numa veia da mão ou do braço e, geralmente, administrar um soro (líquido intravenoso). Poderá também necessitar de soro durante o trabalho de parto por outras razões, nomeadamente para receber medicação que induza o trabalho de parto ou caso sinta náuseas. A parteira irá pedir-lhe que se dobre de lado ou que se sente inclinada para a frente e, em seguida, o anestesiológista limpa-lhe as costas com um antisséptico. O anestesiológista aplica-lhe uma injeção de anestesia local sob a pele, para que a inserção da epidural não seja muito dolorosa. Coloca-se o cateter epidural nas costas, perto dos nervos da coluna. O anestesiológista precisa de ter cuidado para não perfurar a bolsa de fluido que envolve a medula espinal, pois poderá provocar-lhe dores de cabeça mais tarde. Durante a colocação da epidural, é importante que se mantenha imóvel. Após o tubo estar devidamente fixo com um adesivo, poderá movimentar-se à vontade. Uma vez que o cateter esteja no sítio, ser-lhe-ão administrados analgésicos através do mesmo.

Q: How long does an epidural take to work?

Quanto tempo demora a fazer efeito?

A colocação do cateter epidural demora normalmente cerca de 20 minutos, sendo necessários mais 20 minutos para sentir o efeito da anestesia. Enquanto a epidural estiver a fazer efeito, a parteira irá verificar regularmente a sua pressão arterial. O anestesiológista deverá confirmar se a epidural está a atuar nos nervos corretos, colocando um cubo de gelo ou um spray frio sobre a sua barriga e pernas e perguntando-lhe se sente o frio. Algumas epidurais podem não surtir o efeito desejado à primeira. O seu anestesiológista terá de ajustar a epidural ou até mesmo substituí-la.

Q: What can be done to keep the epidural working after it has been put in?

Como assegurar o efeito da epidural após a sua colocação?

Durante o trabalho de parto, poderá receber doses suplementares de analgésicos através do cateter da epidural ou sob a forma de injeção rápida de reforço, sob a forma de um fluxo lento e contínuo através de um sistema de bomba, ou ainda recorrendo a uma bomba de anestesia epidural controlada pelo paciente (PCEA). Se dispuser de anestesia epidural controlada pelo paciente, poderá administrar doses de analgésico quando precisar, premindo um botão ligado à bomba.

Por norma, cada hospital disponibilizará apenas um ou dois destes métodos de manutenção do efeito da epidural.

Após cada reforço da epidural, a parteira continuará a medir regularmente a sua pressão arterial, à semelhança do que fez no início do procedimento.

Q: What is a mobile epidural?

O que é uma epidural móvel?

Uma epidural móvel permite aliviar as dores do parto sem provocar entorpecimento excessivo da parte inferior do corpo ou a falta de força nos membros inferiores. A epidural não pode ser medida com exatidão, portanto, se quiser manter alguma sensibilidade durante o nascimento do bebé, é provável que também sinta algum desconforto durante o trabalho de parto.

Q: How will having an epidural affect my baby?

A epidural poderá afetar o meu bebé?

Em geral, a anestesia epidural não afetará a saúde do seu bebé,¹³ na verdade, os recém-nascidos são menos propensos a terem ácido no sangue.¹⁴ A epidural não prejudica a amamentação.¹⁵

13. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Base de données des révisions systématiques Cochrane 2005, édition 4. Numéro d'article : CD000331. Date de publication :

10.1002/14651858.CD000331.pub2.

14 Reynolds F, Sharma S, Seed PT. Analgesia in labour and funic acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002; 109: 1344-1353.

15. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper, GM, Bick D, Moore PAS, Shennan A. Epidural Analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. Anaesthesia 2010 65: 145-153.

Q: How could an epidural be used for keeping me comfortable during an operation?

Como poderia a epidural garantir o meu conforto durante uma operação?

Se for necessário submetê-la a uma cesariana, é mais frequente recorrer-se à epidural do que à anestesia geral. É injetado um anestésico local forte através do cateter epidural para provocar o entorpecimento da parte inferior do corpo. Este procedimento é mais seguro do que a anestesia geral, para si e para o seu bebé. Algumas vezes, a epidural poderá ser pouco eficaz para a realização da cesariana, o que pode acontecer numa em cada 20 mulheres. Se for este o seu caso, deverá também precisar de outro anestésico, tal como a raquianestesia ou anestesia geral.

Se for necessário submetê-la a uma cesariana e ainda não tiver a epidural, muitas vezes recorre-se à anestesia raquidiana com uma maior dose de anestésico local do que aquela utilizada para a raquianestesia durante o trabalho de parto.

Para obter mais informações sobre a anestesia epidural e espinal durante a cesariana, consulte a nossa secção de perguntas frequentes sobre cesariana.

Q: Will having an epidural make it more likely for me to need a caesarean section or to have backache afterwards?

Poderá a epidural aumentar a probabilidade de necessitar de cesariana ou de vir a ter dores de costas posteriormente?

A epidural não aumenta a probabilidade de ter de passar por uma cesariana.

Não aumenta a probabilidade de ter dores de costas a longo prazo. As dores de costas são comuns durante a gravidez, persistindo muitas vezes após o parto. Poderá ficar com um ponto sensível nas costas após a epidural que, raramente, poderá durar meses, não aumentando a probabilidade de sentir dores de costas a longo prazo.^{13,16}

13. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Base de données des révisions systématiques Cochrane 2005, édition 4. Numéro d'article : CD000331. Date de publication :

16 Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. British Medical Journal 1996; 312: 1384-1388.

Q: What are the risks of having an epidural?

Quais são os riscos da epidural?

- Uma mulher em cada cem ou cada duzentas que se submeteu a uma epidural poderá sentir dor de cabeça (ligação).
- As lesões nervosas permanentes são muito raras com a epidural (ligação para perguntas frequentes sobre lesões nervosas), aproximadamente 1:24 000.
- A epidural poderá ser pouco eficaz no alívio da dor de parto, sendo necessários outros recursos para analgesia, aproximadamente 1 em 8.
- A epidural aumenta o risco de parto com fórceps.
- Com a epidural, a segunda fase do trabalho de parto (período de dilatação do colo do útero) é mais prolongada e é mais provável que necessite de medicação (oxitocina) para provocar contrações mais fortes.
- Poderá ocorrer hipotensão (redução da tensão arterial).
- Poderá sentir falta de força nos membros inferiores durante o efeito da epidural.
- Sentirá dificuldade em urinar. Deverá precisar de ter um tubo introduzido na bexiga (cateter vesical), para drenar a urina.
- Poderá sentir prurido ou comichão.
- Poderá desenvolver uma febre ligeira.

Q: How can having an epidural give me a headache?

A epidural poderá causar-me dor de cabeça?

A bolsa de fluido que envolve a medula espinal é perfurada pela agulha da epidural (designada punção da dura-máter) em aproximadamente uma em cada 100 mulheres que se submetem a este tipo de anestesia. Se for este o seu caso, poderá sentir dores de cabeça graves que poderão durar dias ou semanas, se não forem tratadas. Se sofrer de dores de cabeça graves, o seu anestesologista deverá aconselhá-la relativamente ao tratamento mais apropriado. (Para informações mais pormenorizadas, consulte o nosso folheto sobre "Punção da dura-máter").

Referências

1. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007 RCOG Press, London
2. Waldenstrom U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomised controlled study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1994; 73: 547-554.
3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Article number: CD003766. Date of issue: 10.1002/14651858.CD003766.
4. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. [DOI:10.1002/14651858.CD000111.pub3]
5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Article number: CD003521. Date of issue: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.
6. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996;103:968-972.
7. Tuckey JP1, Prout RE, Wee MY Prescribing intramuscular opioids for labour analgesia in consultant-led maternity units: a survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth.* 2008 Jan;17(1):3-8. Epub 2007 Nov 5.
8. Wee MYK, Tuckley JP, Thomas P, Bernard S and Jackson D. The IDvIP trial: A two centre double blind randomised controlled trial comparing i.m. diamorphine and i.m. pethidine for labour. *International Journal of Obstetric Anaesthesia.* 2012;21(S1) S15.
9. Volmanen P, Akural E, Raudaskoski T, Ohtonen P, Alahuhta S. Comparison of remifentanyl and nitrous oxide in labour analgesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2005; 49: 453-458.
10. Volikas I, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanyl PCA. *British Journal of Anaesthesia* 2005; 95: 504-509.

11. Lavand'homme P, Roelants F. Patient-controlled intravenous analgesia as an alternative to epidural analgesia during labor: questioning the use of the short-acting opioid remifentanil. Survey in the French part of Belgium (Wallonia and Brussels). *Acta Anaesthesiologica Belgica* 2009; 60: 75–82
12. Muchatuta NA, Kinsella M. Remifentanil for labour analgesia: time to draw breath? *Anaesthesia* 2013; 68: 231–235.
13. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Article number: CD000331. Date of issue: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.
14. Reynolds F, Sharma S, Seed PT. Analgesia in labour and funic acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 109: 1344-1353.10A.
15. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper, GM, Bick D, Moore PAS, Shennan A. Epidural Analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. *Anaesthesia* 2010 65: 145-153.
16. Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. *British Medical Journal* 1996; 312: 1384-1388.
17. Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. *British Journal of Anaesthesia* 1995; 75: 522-526.
18. Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia* 2003; 58: 962-984.
19. Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003; 58: 1114-1118.
20. Jenkins JG. Some immediate serious complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective study of 145,550 epidurals. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 37-42.
21. Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 183-188.
22. Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anaesthesia. *Anesthesiology* 2006; 105: 394-399.
23. Rice I, Wee MYK, Thomson K. Obstetric epidurals and chronic adhesive arachnoiditis. *British Journal of Anaesthesia* 2004; 92: 109-120.
24. Major complications of central neuraxial block: Report on the 3rd National Audit project of the Royal College of anaesthetist. 2009. RCOA