



A dor do trabalho de parto e os métodos para aliviá-la são aspectos fundamentais para as parturientes e suas famílias, com implicações na evolução, qualidade e desfecho da assistência ao parto. Existem diversas opções farmacológicas e não farmacológicas para o manejo da dor durante o trabalho de parto, incluindo:

I. ASSISTENCIAL

Métodos não farmacológicos:

- Hidroterapia
- Acupuntura
- Massagem
- Técnicas de relaxamento e respiração
- Musicoterapia
- Aromaterapia
- Presença de acompanhante

Métodos farmacológicos:

- Analgésicos inalatórios (óxido nitroso)
- Analgésicos parenterais (opioides)
- Anestesia regional (peridural, combinada raqui-peridural e outras técnicas neuroaxiais)

A escolha do método deve ser individualizada, considerando as preferências da paciente, a fase do trabalho de parto, as condições maternas e fetais e a disponibilidade de recursos. A analgesia regional é o método mais eficaz para o alívio da dor, proporcionando analgesia consistente com mínimo risco para a mãe e o feto.

1. INDICAÇÕES DE ANALGESIA REGIONAL

- Solicitação de alívio da dor pela parturiente.
- Para preparar a paciente para uma possível anestesia cirúrgica, caso seja necessário realizar cesariana.
- Para reduzir a necessidade de anestesia geral em uma cesariana não planejada ou para anestesia durante o manejo de hemorragia pós-parto (HPP).
- Em qualquer fase do trabalho de parto, incluindo trabalho de parto inicial e com dilatação cervical completa.
- Para mulheres com risco de cesariana, como gestantes com:
 - Gestação gemelar
 - Pré-eclampsia
 - Trabalho de parto após cesariana
 - Traçado de frequência cardíaca fetal (FCF) categoria II
 - Histórico de HPP prévia
 - Obesidade (índice de massa corporal [IMC] > 40 kg/m²) com pontos de referência anatômicos desafiadores para procedimentos neuraxiais ou com apneia obstrutiva do sono

- Via aérea difícil
 - Histórico (na paciente ou familiar biológico) de hipertermia maligna.
- Em qualquer momento do trabalho de parto, incluindo o início do trabalho de parto e a dilatação cervical completa.
- Para aliviar a dor do parto, independentemente da paridade, dilatação cervical e altura da apresentação fetal, a menos que haja contra-indicação.

2. CONTRA INDICAÇÕES

- Recusa da paciente;
- Infecção no local da punção;
- Coagulopatia (distúrbios de coagulação, trombocitopenia, uso de anticoagulantes);
- Hipovolemia grave ou choque hemorrágico;
- Hipertensão intracraniana devido à lesão intracraniana;
- Alergia conhecida aos anestésicos locais.

3. EFEITOS COLATERAIS

- Náuseas e vômitos
- Prurido
- Hipotensão arterial
- Bradicardia fetal
- Dor lombar pós-parto
- Cefaleia pós-punção dural
- Hematoma espinhal epidural
- Infecção
- Lesão neurológica
- Toxicidade sistêmica por anestésico local (LAST)

4. ANESTESIA COMBINADA RAQUI-PERIDURAL (DUPLO BLOQUEIO)

Indicada para analgesia de parto em qualquer fase ativa do trabalho de parto, a critério do anestesiolegista, após solicitação da paciente e/ou após esgotados os métodos alternativos.

- Venóclise: Preferencialmente com cateter 18G ou 20G.
- Monitorização: Cardioscopia, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso. Monitorização fetal antes e após o procedimento.
- Punção:
 - Punção peridural: Linha mediana em L2-L3, L3-L4 ou L4-L5. Identificar o espaço peridural.
 - Punção subaracnóidea: Utilizar agulha específica para duplo bloqueio ou agulha espinhal inserida através da agulha de Touhy.
- Passagem e fixação do cateter peridural: Inserir o cateter em direção cefálica, 3 a 5 cm além da profundidade em que a agulha de Touhy atingiu o espaço peridural. Fixar com curativo impermeável.

- **Monitorização:** Permanecer com a paciente nos primeiros 15 a 20 minutos após a instalação do bloqueio, com avaliação da pressão arterial a cada 5 minutos. Monitorar a pressão arterial, dor e função motora a cada 30 minutos ou conforme necessidade. Avaliar sinais vitais, dor e frequência cardíaca fetal a cada 1-2 horas.
- **Manutenção da analgesia:** Bolus intermitente ou infusão contínua de anestésico local diluído (bupivacaína ou ropivacaína) em combinação com opioide (fentanil ou sufentanil). Podendo ser utilizada analgesia controlada pela paciente (PCA) ou bolus intermitente programado.
- **Observações:**
 - O uso de ultrassom pode auxiliar na identificação do espaço peridural, especialmente em pacientes com anatomia desafiadora.
 - É fundamental obter o consentimento informado da paciente após discutir os riscos e benefícios de cada técnica.
 - A equipe deve estar preparada para o manejo de potenciais complicações, como hipotensão arterial e bradicardia fetal.

5. RAQUIANESTESIA SIMPLES PARA PARTO VAGINAL

Indicada quando a analgesia for realizada durante o período expulsivo do trabalho de parto (parto ocorrerá em menos de 1 hora) e a paciente tiver sido examinada por um obstetra experiente. A raquianestesia simples envolve a injeção de uma dose baixa de medicação para analgesia de parto, sem colocação de um cateter peridural. O início da analgesia é rápido, mas a duração é limitada pela duração da ação do medicamento injetado.

- **Venoclise:** Preferencialmente com cateter 18G ou 20G.
- **Monitorização:**
 - Cardioscopia, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso.
 - Monitorização fetal antes e imediatamente após o início da analgesia.
- **Posicionamento:** Em posição sentada ou decúbito lateral esquerdo.
- **Injeção:** Opióide lipossolúvel (por exemplo, fentanil ou sufentanil) com anestésico local.
- **Monitorização da paciente:**
 - Monitorar a saturação de oxigênio e a frequência cardíaca materna continuamente com o oxímetro de pulso.
 - Medir a pressão arterial a cada 5 minutos por pelo menos 15 a 20 minutos ou até que a paciente esteja hemodinamicamente estável.
 - Avaliar o controle da dor, a função motora e o nível sensorial em intervalos regulares.
- **Considerações:**
 - Em caso de punção difícil em pacientes com obesidade, uma agulha de Tuohy pode ser usada como agulha introdutora. O tecido ligamentar e outros pontos de referência podem ser mais fáceis de alcançar e sentir com a agulha de Tuohy em comparação com o introdutor espinal curto típico ou a agulha espinal de calibre menor. O ultrassom também pode ser útil neste cenário.
 - A combinação de um opioide com anestésico local permite o uso de doses mais baixas de cada um, com analgesia eficaz e de maior duração.
 - O prurido é um efeito colateral comum dos opióides intratecais. Bradicardia fetal transitória também pode ocorrer, principalmente quando doses mais altas são usadas.

6. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- A analgesia regional é o método mais eficaz para alívio da dor no trabalho de parto e pode ser solicitada pela paciente a qualquer momento, desde que não haja contraindicações médicas.
- A analgesia regional não está associada ao aumento da duração do trabalho de parto ou ao aumento da taxa de cesariana.
- A analgesia regional pode estar associada a um aumento na duração do segundo estágio do trabalho de parto e à necessidade de parto vaginal instrumental.
- É importante que a paciente seja informada sobre os riscos e benefícios da analgesia regional antes do parto, incluindo seus potenciais efeitos colaterais, como náuseas, vômitos, prurido, tremores, fadiga, hipotensão arterial e bradicardia fetal.
- A paciente deve ser informada de que a analgesia pode resultar em uma redução temporária da mobilidade e que a monitorização fetal pode ser evitada nos primeiros 20 minutos após a analgesia.
- A monitorização materna rigorosa é essencial durante e após a analgesia regional.
- A equipe médica deve estar presente durante a administração da anestesia, mas a equipe de enfermagem pode conduzir o trabalho de parto após a estabilização da paciente.
- Documentar em prontuário o tempo de cada método para alívio da dor.
- A analgesia regional pode ser realizada 15 minutos após a última inalação com óxido nitroso, exceto em emergências materno-fetais.

7. COMPLICAÇÕES

- **Hipotensão arterial:** comum e transitória, tratada com fluidos intravenosos e vasopressores se necessário.
- **Bradicardia fetal transitória:** pode ocorrer, principalmente com altas doses de opioides intratecais.
- **Náusea e vômito:** comuns e podem ser tratados com antieméticos.
- **Prurido:** comum, especialmente com opioides, e pode ser tratado com anti-histamínicos ou antagonistas opioides.
- **Dor de cabeça pós-punção dural (cefaleia pós-raqui):** rara, mas pode ocorrer após punção da dura-máter.
- **Lesão neurológica:** rara, mas pode ocorrer, variando de leves déficits sensoriais a lesões mais graves.
- **Infecção:** rara, mas pode ocorrer no local da punção ou se espalhar sistemicamente.
- **Toxicidade sistêmica por anestésico local (LAST):** rara, mas potencialmente grave, causada pela injeção acidental de anestésico local em um vaso sanguíneo.
- **Hematoma espinhal ou epidural:** extremamente raro, mas pode levar à compressão da medula espinhal e déficits neurológicos.

II. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de satisfação no alívio da dor;
- Taxa de efeitos adversos: cefaleia pós punção;
- Taxa de partos instrumentalizados após indicação analgesia parto;
- Taxa de partos cesárea após indicação analgesia parto.

TRABALHO DE PARTO (sugestão de fluxo de analgesia)

• **Discussão prévia com a gestante:**

É fundamental que a equipe médica discuta as opções de analgesia com a gestante antes do parto, explicando os riscos e benefícios de cada método, incluindo a analgesia regional.

As seguintes informações devem ser fornecidas à mulher:

- A analgesia regional é mais eficaz para o alívio da dor do que os opioides endovenosos.
- A analgesia regional não está associada ao aumento da incidência de dor lombar.
- A analgesia regional não está associada a um período de trabalho de parto mais longo ou ao aumento da chance de cesariana.
- A analgesia regional pode estar associada ao aumento da duração do segundo período do parto e à chance de parto vaginal instrumentalizado.
- A analgesia regional requer um nível mais elevado de monitorização materna e pode reduzir a mobilidade da paciente por um curto período após a administração.

Início da fase ativa do trabalho de parto: sugere-se oferecer métodos não farmacológicos para alívio da dor, como:

- **Técnicas de relaxamento:** respiração profunda, meditação e visualização.
- **Terapias de movimento:** mudanças de posição, caminhada, bola suíça.
 - **Massagem:** em áreas como costas, ombros e pés.
 - **Hidroterapia:** banho quente ou chuveiro.
- **Acupuntura:** estimulação de pontos específicos do corpo com agulhas.

Progressão para dor moderada a intensa:

Oferecer óxido nítrico: uma opção de analgesia inalatória que a mulher pode autoadministrar para alívio da dor.

Analgesia regional: se a dor persistir ou se intensificar, a analgesia regional pode ser considerada a opção mais eficaz para o alívio da dor. A equipe de anestesiologia deve ser consultada para discutir o momento ideal e a técnica mais adequada para a analgesia regional, com base na fase do trabalho de parto e nas condições da mulher.

Monitorização materna: realizar monitorização materna rigorosa, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca e oximetria de pulso, a cada 5 minutos nos primeiros 15 minutos após a analgesia regional e, em seguida, a cada 15 minutos.

Mobilidade da paciente: a mobilidade da paciente pode ser reduzida por cerca de 40 minutos após a analgesia regional. Após esse período, a capacidade de movimentação deve ser reavaliada.

Após o parto:

Monitorar a recuperação da paciente: continuar a monitorização materna e do recém-nascido após o parto e oferecer suporte para a amamentação e cuidados com o bebê.

Avaliar a satisfação da paciente: conversar com a paciente sobre sua experiência com a analgesia e alívio da dor durante o trabalho de parto para identificar áreas de melhoria no futuro.

III. GLOSSÁRIO

FCF – Frequência Cardíaca Fetal
HPP - Hemorragia Pós- Parto
IMC - Índice de Massa Corporal
LAST - Toxicidade Sistêmica por Anestésico Local

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

Waldyr Muniz Neto 08/07/2024 - Revisão Periódica

V. Referências Bibliográficas

[1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. : il.

[2] American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Reported by the American Society of Anesthesiologists. Task force on Obstetric Anesthesia e the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*, v. 124, n. 2, p. 270-300, feb. 2016

[3] Likis F, et al. (2014) Nitrous oxide for the management of labor pain: a systematic review. *Anesthesia & Analgesia*;118:153–

[4] Baysinger C. (Sept 2012) Nitrous oxide for labor analgesia. *Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology Newsletter*; p. 11.

[5]ACOG 2017. Medications for pain relief during labour and delivery.

Código Documento: CPTW 275.2	Elaborador: Waldyr Muniz Neto Andréa Novaes Romulo Negrini Mariana Granado Adolfo Liao Eduardo Borges	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira Waldyr Muniz Neto	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 06/12/2021 Data de Revisão: 08/07/2024	Data de Aprovação: 08/07/2024
--	--	--	---	---	---