

**FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO- FACIPE**

**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ALINE DE ALMEIDA VIEIRA

MAYANE PRISCILLA NUNES

VANESSA DA SILVA RODRIGUES

**ANESTESIA E ANALGESIA NO PARTO: PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES  
MATERNO-FETAIS, DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DE ANESTÉSICOS  
DURANTE O TRABALHO DE PARTO.**

RECIFE

2013

**FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO**

**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ALINE DE ALMEIDA VIEIRA

MAYANE PRISCILLA NUNES

VANESSA DA SILVA RODRIGUES

**ANESTESIA E ANALGESIA NO PARTO: PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES  
MATERNO-FETAIS, DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DE ANESTÉSICOS  
DURANTE O TRABALHO DE PARTO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Integrada de Pernambuco, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Thaís Medeiros de Souza Sarinho

Co-orientador (a): Layane Gabrielly Alves da Silva

RECIFE

2013

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Deus pelo dom da vida e por nos conceder a oportunidade de realizar nossos sonhos, aos nossos familiares pelo amor e carinho, pelo apoio e incentivo recebido durante essa jornada, aos nossos namorados que nos apoiaram os momentos tristes e felizes. Agradecemos aos nossos professores pelo conhecimento obtido durante a graduação, a nossa orientadora Thaís Sarinho, pela paciência e comprometimento no auxílio da elaboração do trabalho.

## RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVO:** Atualmente é divulgado que a dor é opcional, a mulher tem o direito de driblar a dor do parto, mas muitas vezes os procedimentos analgésicos e anestésicos são realizados de forma rotineira na obstetrícia e o objetivo foi identificar os possíveis riscos e as complicações materno-fetais. **MÉTODO:** Estudo do tipo revisão de literatura de diversos autores, descritivo, a busca foi feita na SCIELO e MEDLINE, foram incluídos os artigos com ano de publicação de 2007 à 2013 e foram excluídos os com ano de publicação inferior à 2007. O levantamento ocorreu entre Março à Dezembro de 2013 e a análise e síntese foram obtidas através da tradução, leitura e interpretação dos artigos. **RESULTADOS:** A técnica de duplo bloqueio ou combinada é a de maior satisfação das parturientes, pois traz alívio imediato da dor. Além do bloqueio combinado, a peridural contínua é a mais utilizada. Atualmente a enfermagem vem trazendo métodos alternativos para o alívio da dor, proporcionando bem estar e ambiente humanizado. **CONCLUSÃO:** A equipe multidisciplinar envolvida no parto deve considerar a individualidade de cada paciente, conhecer bem as drogas e técnicas, e deixar claro para as parturientes as possíveis complicações.

**Descritores:** Anestesia e Analgesia, Anestesia Epidural, Anestesia Obstétrica, Raquianestesia, Dor do Parto, Complicações do Trabalho de Parto.

## ABSTRACT

**BACKGROUND AND PURPOSE :** It is currently reported that the pain is optional , a woman has the right to circumvent the pain of childbirth , but often the analgesic and anesthetic procedures are performed routinely in obstetrics and the aim was to identify possible risks and complications maternal-fetal . **METHOD:** A literature review of the type of diverse authors , descriptive , the search was conducted in MEDLINE and SciELO , articles were included with publication year 2007 to 2013 were excluded from the year with less than 2007 publication. The survey took place between March to December 2013 and the analysis and synthesis were obtained by translation , reading and interpretation of Articles . **RESULTS :** The technique of double lock or combination is the most satisfying of pregnant women, as it brings instant relief from pain. Besides the combined blockade, continuous epidural is the most used . Currently nursing is bringing alternative pain relief methods , providing welfare and humane environment . **CONCLUSION :** The multidisciplinary team involved in childbirth should consider the individuality of each patient , know well the drugs and techniques , and make clear to the parturients possible complications.

**Keywords:** Anesthesia and Analgesia, Epidural Anesthesia, Obstetric Anesthesia, Spinal Anesthesia, Pain of Childbirth, Complications of Obstetric Labor.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. METODOLOGIA DA PESQUISA .....	9
3. RESULTADO E DISCUSSÃO .....	12
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	19
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	20

## **ANESTESIA E ANALGESIA NO PARTO: PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES MATERNO-FETAIS, DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DE ANESTÉSICOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO<sup>1</sup>.**

Aline de Almeida Vieira<sup>2</sup>, Mayane Priscilla Nunes<sup>2</sup>, Vanessa da Silva Rodrigues<sup>2</sup>,  
Thaís Medeiros de Souza Sarinho<sup>3</sup>.

### **1. INTRODUÇÃO**

O parto está historicamente relacionado ao mito de ser algo intolerável e muito doloroso fisicamente. Sendo assim, suportá-lo é quase um sinônimo de “dar à luz”. Uma mulher sabe disto desde muito jovem, e espera que o parto seja permeado pela dor para que, posteriormente, o alívio venha junto ao prazer da chegada do filho. No imaginário de algumas mulheres, a boa mãe é aquela que sofreu ao dar à luz a seus filhos, a fim de cumprir seu papel. Sendo assim, poderíamos ter a hipótese de que este seria um fator motivador, ao ponto que a dor não fosse causa impeditiva à procriação, o que permitiu a postergação da espécie (RUANO, 2007).

A dor se apresenta como uma das dimensões mais marcantes e muitas vezes mais referidas pelas parturientes, à percepção negativa que algumas mães passam a ter depois do parto tem sido associada a elevados níveis de ansiedade e dor, que implicaram na maior intervenção médica (CONDE, 2007). A assistência ao parto no momento atual é objeto de grande medicalização e o cenário do nascimento transformou-se rapidamente em local desconhecido para a mulher, conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (DAVIN, 2009).

O parto deixou de ser um evento privativo da mulher para se tornar um evento institucionalizado, cercado por inovações tecnológicas que visam ao controle do processo de parturição, inclusive do processo doloroso (SANTANA, 2013).

---

<sup>1</sup> Artigo apresentado à FACIPE como requisito parcial de conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem.

<sup>2</sup> Graduandas do curso de Bacharelado em Enfermagem pela FACIPE. E-mail: aline\_de\_almeida@hotmail.com; mayane.nunes@hotmail.com; vandasar\_enf@hotmail.com.

<sup>3</sup> Orientadora da FACIPE, Enfermeira Residente em Saúde da Mulher no Hospital das Clínicas da UFPE. E-mail: thasarinho@hotmail.com.

Essa mudança de cenário permitiu a utilização e o aperfeiçoamento dos métodos de alívio de dor<sup>4</sup>. Contudo, com a modernidade e os avanços da medicina, a dor do parto deixou de ser associada como um castigo divino. O verdadeiro “boom” na busca da humanização do trabalho de parto, tornando-o menos doloroso e mais seguro, começou no final do século passado, associando anestésicos locais com outros analgésicos espinhais (SANTANA, 2013).

O Brasil é recordista mundial no número de cesáreas/ano, com um índice de 84,5% na rede privada e de quase 40% na rede pública de saúde. Esses números superam em ambos os casos, a recomendação da OMS que é de 15% de partos cirúrgicos ao ano (CARNEIRO, 2013).

A anestesia é um procedimento médico sobre o sistema nervoso autônomo (SNA). As drogas que produzem anestesia também ocasionam potentes efeitos adversos sobre esse sistema. A grande aceitação e utilização das técnicas de anestesia regional tornou a anestesia obstétrica uma das principais e mais difundidas práticas anestésicas (SCHMIDT, 2009). A primeira analgesia obstétrica documentada foi feita por Simpson em 1847, utilizando gases anestésicos de éter e depois clorofórmio, desde então as técnicas e os fármacos utilizados mudaram muito (CORTÊS, 2007). Atualmente as drogas mais utilizadas para analgesia de parto são epidural, espinhal e combinada espinhal-epidural (SCHMIDT, 2009).

Inúmeras técnicas podem ser utilizadas para analgesia e anestesia no parto, mais a utilização de forma incorreta das drogas anestésicas pode levar a sérias complicações a puérpera e ao feto. Para a escolha da droga e a técnica de aplicação a serem utilizadas, é necessário o conhecimento sobre a interação do método anestésico escolhido, com o organismo da gestante e com as possíveis alterações fisiológicas resultantes da gravidez. A gestação provoca alterações nas funções de todo organismo, que podem ser: respiratórias, cardiovasculares, hematológicas e renais (SCHMIDT, 2009).

O trabalho de parto também provoca alterações fisiológicas relevantes do ponto de vista anestésico, falhas em considerar tais fatores podem causar inúmeras complicações, tanto para a parturiente como para o RN (SCHMIDT, 2009).

Assim, seria interessante que a equipe multidisciplinar envolvida no parto, ao se utilizar da analgesia e da cesariana, considerasse a individualidade de cada paciente e não tomasse determinada conduta como rotineira, uma vez que cada parturiente está permeada por sua visão específica do mundo (RUANO, 2007).

Para guiar a presente pesquisa formulou-se a seguinte questão: Quais as principais complicações à gestante, puérpera e o recém-nascido (RN), com a utilização de drogas anestésicas e analgesias no parto?

Atualmente é amplamente divulgado em nossa sociedade e no meio médico que a dor é opcional. O espaço conquistado pela mulher na sociedade lhe deu o direito de driblar a dor do parto, que é considerada tão desgastante e aterrorizante. Portanto, se faz necessário que o profissional que assiste à parturiente conheça as técnicas anestésicas e as possíveis complicações e riscos que elas podem trazer ao binômio materno-fetal. O objetivo foi identificar as principais complicações materno-fetais decorrentes da utilização de drogas anestésicas e analgésicas no parto, destacando as principais técnicas utilizadas.

## **2. METODOLOGIA DA PESQUISA**

- **DESENHO DO ESTUDO**

Este estudo é do tipo revisão de literatura, de caráter descritivo, que consiste no levantamento de informações sobre o tema pesquisado, abrangendo artigos com pontos de vista de diversificados autores.

- **AMOSTRA/ SUJEITOS DO ARTIGO**

A busca pelos artigos realizou-se nas bases de dados eletrônicas Scientific Eletronic Online (SCIELLO) e Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem (MEDLINE). Foram utilizados para a pesquisa os seguintes descritores em saúde: Anestesia e Analgesia, Anestesia Epidural, Anestesia Obstétrica, Raquianestesia, Dor do Parto, Complicações do Trabalho de Parto. Os critérios para inclusão dos

artigos na pesquisa foram às publicações encontradas no idioma em Português e Espanhol, publicados no período de 2007 a 2013, sendo excluídos os artigos com ano de publicação inferior a 2007. O levantamento das publicações nas bases de dados ocorreu entre os meses de Março á Novembro de 2013.

A amostra selecionada totalizou 16 artigos, dos quais 13 foram encontrados na base de dados SCIELLO e 3 na base de dados MEDLINE.

- ANÁLISE E SÍNTESE DOS ARTIGOS

A análise e síntese das informações obtidas realizaram-se após tradução (para os artigos encontrados em Espanhol), leitura e interpretação. Os artigos selecionados foram organizados e arquivados em planilhas no programa Microsoft Word 2007, sendo organizados por ordem decrescente do ano de publicação e título da pesquisa. Para melhor compreensão os resultados foram apresentados na forma descritiva abordando as complicações que ocorrem durante o trabalho de parto, relacionadas à gestante, puérpera e o RN.

Tabela 1 – Distribuição das publicações sobre a Anestesia e Analgesia no parto, segundo títulos, autores e ano de publicação.

Nº DO ARTIGO	TÍTULO DA PESQUISA	AUTORES	ANO
1	Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto.	SANTANA, et al.	2013
2	Daquilo que os médicos quase não falam: Transe e Êxtase na cena de parto. Experiência e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade.	CARNEIRO	2013
3	Incidência de Tremores após Cesarianas sob Raquianestesia com ou sem Sufentanil Intratecal: Estudo Aleatório.	LOCKS	2012

4	Anestesia durante a gravidez: métodos, indicações e complicações.	CUNHA	2011
5	Estudo Comparativo entre Bupivacaína (S75-R25) e Ropivacaína em Bloqueio Peridural para Analgesia de Parto.	NOGUEIRA, et al.	2010
6	Analgesia e anestesia no trabalho de parto.	CUNHA	2010
7	Usos do Sulfato de Magnésio em Obstetrícia e em Anestesia.	BARBOSA, et al.	2010
8	O Tempo e a Anestesia Obstétrica: da Cosmologia Caótica à Cronobiologia.	VALE, et al.	2009
9	Anestesia e Analgesia de Parto.	SCHMIDT, et al.	2009
10	Efetividade de estratégias não Farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto.	DAVIM, et al.	2009
11	Bloqueio Combinado para Analgesia de Parto: A Adição de Sufentanil ao Anestésico Local Influencia o Apgar dos Recém-Nascidos?	CICARELLI, et al.	2009
12	Estudo comparativo entre bupivacaína racêmica (S50-R50) a 0,125% e bupivacaína em excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) a 0,125% e 0,25% em anestesia peridural para analgesia de parto.	DUARTE ,et al.	2008

13	Efeitos do Bloqueio Pudendo, Peridural e Subaracnóideo sobre a Coagulação Sangüínea de Gestantes.	VASCONCEL OS, et al.	2008
14	Analgesia de Parto: Estudo Comparativo entre Anestesia combinada Raquiperidural <i>Versus</i> Anestesia Peridural Contínua.	CÔRTEZ, et al.	2007
15	Percepção da Experiência de Parto: Continuidade e Mudança ao Longo do Pós-Parto.	CONDE, et al.	2007
16	Dor do parto – Sofrimento ou necessidade?	RUANO, et al.	2007

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Recentemente, o parto vaginal sem dor passou a ser difundido pelo mundo. A parturiente é submetida a bloqueios regionais (peridural ou duplo-bloqueio) desde o início das contrações dolorosas (RUANO, 2007).

A dor inicial durante o trabalho de parto é de origem visceral e de localização imprecisa; ocorrem durante as metrossístoles e se devem à dilatação do colo uterino e à tração do seu peritônio. As vias aferentes são responsáveis por levar os impulsos dolorosos do corpo (CUNHA, 2010).

Para o alívio da dor na primeira fase do trabalho de parto, necessita-se de bloqueio sensitivo das fibras nervosas aferentes entre T10 e L1, portanto, pouco extenso, o que raramente causa grandes repercussões hemodinâmicas, podendo ser atingido tanto com a anestesia peridural contínua quanto com a anestesia combinada (CÔRTEZ, 2007).

Os métodos disponíveis para a gestante podem ser classificados de acordo com sua utilização em analgesia e anestesia. Os primeiros incluem medicação sistêmica (opioides e diazepínicos) e os segundos, anestesia geral, regional e locorreional. Para a anestesia geral, são utilizados anestésicos venosos (tiopental sódico, cetamina e propofol), anestésicos inalatórios (halogenados) e bloqueadores neuromusculares (genericamente rotulados de curares). Para as anestésias espinhais, anestesia peridural lombar e locorreional são utilizadas lidocaína ou bupivacaína (CUNHA, 2011).

A petidina (meperidina) tem sido o opioide mais utilizado por via intramuscular para alívio da dor do trabalho de parto. Entretanto, existem algumas considerações sobre sua efetividade e a possibilidade de depressão do recém-nascido. Alguns efeitos podem ser observados nessa técnica, como náuseas, vômitos e tontura. Os anestésicos intravenosos apresentam efeitos variáveis sobre a circulação uteroplacentária (CUNHA, 2010).

A utilização das drogas meperidina, morfina ou clonidina por via subaracnoidea, para analgesia de parto não são indicadas, pois há aumento na incidência de efeitos colaterais, como hipotensão arterial materna, prurido, náuseas, vômitos, depressão respiratória e bradicardia fetal. Os benzodiazepínicos e agentes voláteis, em doses de indução anestésicas, reduzem de forma significativa à circulação placentária. As complicações relacionadas à anestesia geral em gestantes constituem-se principalmente as referentes ao manejo da via aérea, como a aspiração pulmonar de conteúdo gástrico, uma complicação séria que pode levar a morte materna. Barbitúricos e Propofol causam pequenas reduções na circulação uterina devido à redução leve ou moderada da pressão sanguínea materna. Cetamina em doses baixas e Etomidato provocam efeitos discretos sobre o sistema circulatório (SCHMIDT, 2009).

A analgesia epidural é realizada por meio da colocação de um cateter no espaço epidural para administração contínua ou intermitente de anestésicos locais e/ou opioides<sup>7</sup>. A técnica peridural contínua, é realizada com a utilização do anestésico local bupivacaína a 0,25% em excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) associado ao fentanil, proporciona analgesia satisfatória, desde que empregados

volumes e doses iniciais adequados. Isso fará com que poucas alterações hemodinâmicas sejam observadas, bem como mínimo bloqueio motor, possibilitando, inclusive, a deambulação. O cateter peridural permite que seja administrada uma dose de manutenção quando necessária ou a dose perineal no início do período expulsivo (CÔRTEZ, 2007).

Embora a anestesia epidural esteja sendo amplamente usada nos últimos 20 anos e proporcione o mais efetivo alívio da dor durante o trabalho de parto, está associada a alguns desfechos adversos, incluindo o aumento do risco do parto vaginal operatório (fórceps) (CUNHA, 2010) .

Considerando que as técnicas tradicionais de analgesia epidural têm sido associadas com prolongamento do trabalho de parto, aumento do uso de ocitocina e aumento da incidência de parto vaginal operatório, foi proposta uma nova técnica. Consiste na associação de raquianestesia com a epidural (CUNHA, 2010).

A anestesia combinada é uma opção recente que está ganhando popularidade, envolvendo a administração de uma dose de um agonista opióide, por via subaracnóidea, para o tratamento das dores na primeira fase do trabalho de parto, sendo posicionado cateter peridural para que sejam administradas doses de anestésico local para o alívio da dor na segunda fase do trabalho de parto. Ao se injetar opióides no espaço subaracnóideo, independente da dose, não se observa bloqueio motor, pois eles agem em receptores específicos nas lâminas de Rexed do corno dorsal modulando a dor sem afetar as vias motoras, autonômicas ou proprioceptivas (CÔRTEZ, 2007)

Nessa técnica, é realizada administração única em bolus de anestésicos locais e/ou opioides no espaço subaracnoideo (ESA) e colocação de um cateter no espaço epidural para administrações posteriores. A administração de opioides no ESA resulta em grande alívio da dor sem praticamente nenhum bloqueio motor. A técnica de duplo-bloqueio está relacionada com maiores índices de satisfação das parturientes. Até o momento, não há estudos relacionando a técnica de duplo-bloqueio a desfechos negativos fetais. No entanto, a analgesia combinada está relacionada a uma dilatação mais rápida do canal cervical, quando comparada a

analgesia epidural (SCHMIDT, 2009). As técnicas descritas variam entre: duas punções, uma para raquianestesia e outra para a anestesia peridural, realizadas em espaços diferentes; ou a punção com a utilização da técnica agulha por dentro de agulha, em que a punção peridural é realizada inicialmente, e por dentro da agulha de peridural é introduzida à agulha de raquianestesia longa. Injeta-se o anestésico no espaço subaracnoideo e, em seguida, é introduzido o cateter peridural (CICARELLI, 2007).

Alguns autores atribuem aumento no número de relatos de meningite asséptica após a introdução da técnica do bloqueio combinado, principalmente quando a técnica utilizada é a de agulha por dentro de agulha (CICARELLI, 2007).

Com relação aos anestésicos utilizados, podem ser usadas a bupivacaína e a lidocaína hiperbáricas associadas ou não aos opióides (fentanil, sufentanil, morfina)<sup>11</sup>. A bupivacaína é um anestésico local de elevada potência, longa duração e bloqueio diferencial sensitivo-motor. Apresenta-se como mistura racêmica, composta de 50% do isômero S e 50% do isômero R (S50-R50), sendo seu uso em obstetrícia questionado por Albright por meio da publicação de relatos clínicos de cardiotoxicidade em 1979 (NOGUEIRA, 2010).

O uso da bupivacaína em anestesia obstétrica deve-se à sua elevada potência e longa duração de ação, além de bloqueio diferencial sensitivo-motor. Quanto ao uso dos estereoisômeros em analgesia de parto, Nakamura, estudando as repercussões materno-fetais da bupivacaína racêmica, da ropivacaína e da levobupivacaína em analgesia e anestesia de parto, observaram que a ropivacaína aboliu a dor das gestantes com menor bloqueio motor e os seus recém-nascidos foram os que apresentaram melhores índices de Apgar e os melhores escores da capacidade adaptativa e neurológica (DUARTE, 2008).

A literatura tem demonstrado que a administração da bupivacaína por via peridural está associada à menor intensidade de bloqueio motor, além de preservar o bloqueio diferencial da bupivacaína racêmica, que vem a ser uma vantagem para sua aplicação clínica na analgesia de parto (NOGUEIRA, 2010).

Estudando a analgesia de parto em um ensaio clínico aleatório, Nakamura avaliou 33 parturientes que receberam por via peridural bupivacaína, ropivacaína ou levobupivacaína, todas em concentração igual a 0,125%, e concluíram que o bloqueio motor com a levobupivacaína foi mais intenso do que com a bupivacaína e com a ropivacaína (NOGUEIRA, 2010).

O bloqueio da musculatura esquelética é um dos efeitos mais indesejáveis durante a analgesia de parto, pelo risco de aumento da frequência de parto instrumental, maior duração do trabalho de parto e insatisfação materna. A analgesia de parto, quando bem conduzida, não interfere na dinâmica uterina, não prolongando o tempo do primeiro estágio do trabalho de parto. Para o segundo estágio do trabalho de parto deve ser tomado cuidados com o volume e a concentração do anestésico local, com o intuito de preservar a força muscular (DUARTE, 2008).

Estudando a eficiência da levobupivacaína (bupivacaína 100% levógira) e da bupivacaína (S75-R25) em anestesia peridural, alguns autores encontraram uma baixa incidência de efeitos colaterais, uma boa receptividade do método pelos pacientes, ausência de sintomatologia neurológica transitória pós-operatória e adequação de bloqueio motor e sensitivo, que apontam para a aplicação segura destas soluções em anestesia peridural lombar (NOGUEIRA, 2010).

Hipotermia não intencional, definida como temperatura central menor do que 36°C ocorre frequentemente durante a anestesia e a cirurgia por causa de vários fatores. Os principais são a inibição direta da termorregulação pelos anestésicos, a diminuição do metabolismo, a exposição do paciente ao ambiente frio das salas cirúrgicas e a exposição de cavidades corporais. A temperatura corporal, no entanto, é raramente aferida durante anestesia de condução, apesar de existirem evidências de que a anestesia regional está tão associada à hipotermia quanto à anestesia geral. Os pacientes tampouco percebem que estão hipotérmicos (LOCKS, 2012).

O desenvolvimento de tremores é um reflexo protetor que aumenta a produção de calor corporal através da contração muscular. Os efeitos colaterais dos tremores

são aumento do consumo de oxigênio, aumento dos níveis de dor e interferência na monitorização. Os tremores, juntamente com dor, náusea e vômitos, são causas de desconforto e insatisfação das pacientes submetidas à cesariana (LOCKS, 2012).

A gestação normal produz alterações na coagulação sanguínea que levam a um estado de hipercoagulabilidade. Ao mesmo tempo em que essas alterações protegem as gestantes de hemorragias incoercíveis no parto, elas predispõem ao risco aumentado de tromboembolismo. A anestesia e a intervenção cirúrgica também são fatores que modificam a coagulação sanguínea. Em pacientes submetidos à anestesia geral verificou-se maior tendência a aumento da coagulação, diminuição da função fibrinolítica, inibição da agregação plaquetária pelos anestésicos inalatórios e aumento do número total de plaquetas. Estudos comparando pacientes submetidos à anestesia geral, em relação àqueles submetidos à analgesia e anestesia peridural, mostraram hipercoagulabilidade no pós-operatório daqueles sob anestesia geral com maior incidência de eventos tromboembólicos (VASCONCELOS, 2008).

Existem relatos controversos sobre a possibilidade da adição do opióide ao anestésico local ser causa de bradicardia fetal e alteração da vitalidade fetal, tendo influência no Apgar dos recém-nascidos. Essa dúvida também preocupa pediatras e obstetras que questionam o uso do sufentanil na técnica anestésica e suas possíveis repercussões sobre o feto (CICARELLI, 2007). Os opioides lipofílicos (sufentanil e fentanil) proporcionam início de ação mais rápido (5-10 minutos), porém com menor duração de ação (4-6 horas) e área corporal mais restrita de analgesia. O uso de sufentanil em baixas doses tem sido reportado como seguro ao binômio materno-fetal. Foram demonstradas preservação do estado hemodinâmico e ácido-básico e ausência de efeitos colaterais. Outros autores reportaram incidência alta de prurido (LOCKS, 2012).

O sulfato de magnésio vem sendo utilizado em obstetrícia com boa efetividade para inibição do trabalho de parto prematuro e para o tratamento das crises convulsivas associadas ao quadro de eclâmpsia. É um fármaco com potencial analgésico e sedativo que pode ser utilizado como coadjuvante durante a anestesia

geral, atenuando a resposta pressórica à intubação traqueal e diminuindo as necessidades dos anestésicos (BARBOSA, 2010).

As formas alternativas para alívio da dor no trabalho de parto têm sido utilizadas há mais de três mil anos na medicina oriental, como a acupuntura na China e a hipnose. A hipnoterapia pode ser definida como o uso clínico da sugestão para atingir objetivos terapêuticos específicos, como o alívio da dor ou ansiedade. Embora os métodos farmacológicos tenham conquistado espaço pelo modelo de medicina ocidental com seu uso local, regional ou sistêmico, determinadas pacientes são capazes de suportar a dor do trabalho de parto ou parto com métodos alternativos como, acupuntura, áudio analgesia, pressão cutânea, aromaterapia, hipnose e massagem (CUNHA, 2010).

O profissional de saúde que assiste à parturiente deve conhecer e compreender os fatores socioculturais, ambientais, assistenciais e a fisiologia do processo do parto que possam causar medo e insegurança a parturientes, com a finalidade de promover uma assistência humanizada e integral. É de fundamental importância que as mulheres possam fazer uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos, no alívio da dor, incluindo o apoio de profissionais de saúde, companheiros e familiares, antes e durante o trabalho de parto (DAVIM, 2009).

Os métodos não farmacológicos podem reduzir essa percepção dolorosa no alívio da dor de parto, sendo considerados também como não invasivos. Dentre eles pode-se citar: o banho de chuveiro ou de imersão, massagens na região lombar, respiração padronizada, condicionamento verbal e relaxamento muscular. Esses métodos podem ser aplicados de forma combinada ou isolada que, além de proporcionar alívio da dor de parto, podem reduzir a necessidade de utilização de métodos farmacológicos havendo melhora da experiência vivenciada durante o trabalho de parto (DAVIM, 2009).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos achados, verificamos que os métodos de analgesia e anestesia mais utilizados são: peridural contínua e o bloqueio combinado. Foi verificado que embora a técnica peridural contínua permita a deambulação e uma dose de manutenção se necessária, ela está associada ao aumento do risco de utilização do fórceps, prolongamento do trabalho de parto, aumento do uso de ocitocina e o bloqueio da musculatura esquelética que é um dos efeitos mais indesejáveis, pois diminui a dinâmica uterina e a força muscular.

Já a técnica de duplo bloqueio ou combinada é a que revela maior satisfação das parturientes, pois traz o alívio imediato da dor e praticamente não compromete o bloqueio motor, e em comparação a peridural, a dilatação do canal cervical é mais rápida. O uso de opioides para alívio da dor do trabalho de parto, podem causar depressão do recém-nascido, além de outros efeitos como náuseas, vômitos, tontura, hipotensão arterial materna, prurido, depressão respiratória e bradicardia fetal, além dos efeitos variáveis sobre a circulação uteroplacentária.

Atualmente a enfermagem passou a utilizar no trabalho de parto, métodos alternativos para o alívio da dor como banho de chuveiro ou de imersão, massagens na região lombar, respiração padronizada, condicionamento verbal e relaxamento muscular. Pesquisas mostraram que esses métodos não farmacológicos, são efetivos no alívio da dor durante o trabalho de parto, com a vantagem de não ser invasivos e de não trazerem efeitos colaterais significativos. A equipe multidisciplinar deve avaliar a escolha do método anestésico de acordo com a individualidade de cada parturiente, proporcionando o bem estar materno fetal em um ambiente humanizado.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RUANO, R. et al. **Dor do parto – Sofrimento ou necessidade?** Revista da Associação Médica Brasileira. 2007, vol. 53, no. 5, São Paulo – SP. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n5/a09v53n5.pdf>> Acesso em 09/10/2013.
2. CONDE, A. et al. **Percepção da Experiência de Parto: Continuidade e Mudança ao Longo do Pós-Parto.** Psicologia, Saúde & Doenças. 2007, Vol. 8, no 1, Lisboa, pp 49-66. Disponível em <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862007000100004&lang=pt](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862007000100004&lang=pt)> Acesso em 08/04/2013.
3. DAVIM, R. M. B. et al. **Efetividade de estratégias não Farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2009, vol. 43, no. 2, São Paulo – SP. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a25v43n2.pdf> > Acesso em 07/10/2013.
4. SANTANA, L. S. et al. **Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto.** Revista Dor. 2013, vol. 14, no. 2, São Paulo – SP. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n2/07.pdf> > Acesso em 09/10/2013.
5. VALE, B. N. et al. **O Tempo e a Anestesia Obstétrica: da Cosmologia Caótica à Cronobiologia.** Rev. Bras. Anesthesiol. 2009, Vol. 59, no. 5, Campinas-SP, pp. 624- 647. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942009000500013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942009000500013)> Acesso em 20/03/2013.
6. CARNEIRO, R. **Daquilo que os médicos quase não falam: Transe e Êxtase na cena de parto. Experiência e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade.** Ciência e Saúde Coletiva. 2013, vol. 18, no. 8, São Paulo – SP. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/21.pdf> > Acesso em 08/10/2013.

7. SCHMIDT, S.R.G. et al. **Anestesia e Analgesia de Parto**. Arq. Bras. Cardiol. 2009, Vol. 93, no 6, supl. 1, São Paulo-SP, pp 169-171. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2009001300019&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2009001300019&lang=pt)> Acesso em 08/04/2013.
8. CORTÊS, C. A. F. **Analgesia de Parto: Estudo Comparativo entre Anestesia combinada Raquiperidural Versus Anestesia Peridural Contínua**. Rev. Bras. Anesthesiol. 2007, Vol. 57, no.1, Campinas- SP, pp. 39-51. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942007000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942007000100005)> Acesso em 20/03/2013.
9. CUNHA, A. A. **Analgesia e anestesia no trabalho de parto de parto**. Feminina. 2010, Vol. 38, no 11, São Paulo- SP, pp. 600-606. Disponível em <[http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11\\_599-606.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_599-606.pdf)> Acesso em 05/08/2013.
10. CUNHA, A.A. **Anestesia durante a gravidez: métodos, indicações e complicações**. Feminina. 2011, Vol. 39, no 1, São Paulo-SP, pp. 19-27. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2384.pdf>> Acesso em 18/08/2013.
11. CICALLELLI, D.D. et al. **Bloqueio Combinado para Analgesia de Parto: A Adição de Sufentanil ao Anestésico Local Influencia o Apgar dos Recém-Nascidos?** Rev. Bras. Anesthesiol. 2009, Vol. 57, no 3, Campinas-SP, pp. 272-279. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v57n3/05.pdf>> Acesso em 01/11/2013.
12. NOGUEIRA, C. S. et al. **Estudo Comparativo entre Bupivacaína (S75-R25) e Ropivacaína em Bloqueio Peridural para Analgesia de Parto**. Rev. Bras. Anesthesiol. 2010, Vol. 60, no 5, Campinas-SP, pp. 484-489. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v60n5/v60n5a05.pdf>> Acesso em 28/10/2013.
13. DUARTE, N. M. C. et al. **Estudo comparativo entre bupivacaína racêmica (S50-R50) a 0,125% e bupivacaína em excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) a 0,125% e 0,25% em anestesia peridural para analgesia de parto**. Rev. Bras. Anesthesiol. 2008, Vol. 58, no 1, Campinas-SP, pp. 5-14.

Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rba/v58n1/02.pdf>> Acesso em 30/10/2013.

14. LOCKS, G. F. **Incidência de Tremores após Cesarianas sob Raquianestesia com ou sem Sufentanil Intratecal: Estudo Aleatório.** Rev. Bras. Anesthesiol. 2012, Vol. 62, no 5, Campinas-SP, pp. 676-684. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000500007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000500007&script=sci_arttext)> Acesso em 30/10/2013.
15. VASCONCELOS, A. et al. **Efeitos do Bloqueio Pudendo, Peridural e Subaracnóideo sobre a Coagulação Sanguínea de Gestantes.** Rev. Bras. Anesthesiol. 2008, Vol. 58, no 2, Campinas-SP, pp. 95-105. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rba/v58n2/02.pdf>> Acesso em 10/09/2013.
16. BARBOSA, F. T. et al. **Usos do Sulfato de Magnésio em Obstetrícia e em Anestesia.** Rev. Bras. Anesthesiol. 2010, Vol. 60, no 1, Campinas-SP, pp. 104-110. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rba/v60n1/v60n1a13.pdf>> Acesso em 25/09/13.