

Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto

Analgesia and anesthesia during labour and delivery

Alfredo de Almeida Cunha*

Palavras-chave

Anestesia e analgesia
Trabalho de parto
Parto
Cesárea

Keywords

Anesthesia and analgesia
Labor, obstetric
Delivery
Cesarean section

Resumo

A dor do parto é uma realidade com base somática, aliada ao componente subjetivo e influenciada por fatores socioculturais. Foram revistas as vias de sensibilidade e transmissão da dor, servindo de base para a análise dos métodos disponíveis para o alívio da dor do parto. Estes foram revistos quanto às suas características (incluindo os métodos não farmacológicos), as drogas disponíveis e as técnicas usadas. Em seguida foi feita revisão sistemática para análise da evidência científica da efetividade e segurança dos métodos. Na revisão são discutidos também os métodos alternativos, com ênfase no apoio psicológico durante o trabalho de parto, interpretado como efetivo; são destacadas a hipnose e a acupuntura, apresentando evidência científica de sua efetividade, embora sua aplicação tenha alguma dificuldade. Os métodos farmacológicos incluem o uso dos opioides para sedação durante o período de dilatação e os anestésicos locais para o parto vaginal, sob a responsabilidade do obstetra. O artigo valoriza o trabalho de equipe do obstetra com o anesthesiologista, que deve ser encarregado das anestésias de bloqueio e geral. Conclui pela existência de métodos que podem proporcionar uma assistência humanizada ao trabalho de parto e ao parto pelo alívio da dor.

Abstract

The pain of delivery is a reality with somatic basis, allied to the subjective component and influenced by social and cultural factors. The routes of sensitivity and transmission of pain were reviewed, serving as basis for analyzing the methods available for the relief of pain in delivery. These were reviewed with regard to their characteristics (including non-pharmacological methods), drugs available and the techniques used. Afterwards, a systematic review was carried out to analyze the scientific evidence of the effectiveness and safety of the methods. In the review, alternative methods are discussed, with emphasis on counseling during labour, which is considered to be effective. Hypnosis and acupuncture stand out, with the presentation of scientific evidence of their effectiveness and safety, although their implementation shows some difficulty. The pharmacological methods include the use of opioids for sedation during the period of dilatation and local anesthesia for the vaginal birth, under the obstetrician's responsibility. The article values the teamwork between the obstetrician and the anesthesiologist, who should be in charge of blocking and general anesthesia. The conclusion is that there are methods that can provide humanized assistance to labour and delivery by alleviating pain.

* Doutor em Medicina e Obstetria; Livre-docente em Medicina e Obstetria; Membro da Comissão de Abortamento, Parto e Puerpério da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO).

Endereço para correspondência: Rua Desembargador Izidro, 160 ap. 303 – CEP 20521-160 – Tijuca – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – e-mail: aacunha@uol.com.br

Introdução

A dor do trabalho de parto e os métodos para aliviá-la são aspectos fundamentais para as parturientes e suas famílias, com implicações na sua evolução, qualidade, desfecho e custo da assistência ao parto. Considerando-se os aspectos sociais do parto, verifica-se o porquê das dúvidas, com grande área de discordância e controvérsia sobre a segurança e a efetividade de alguns métodos para o alívio da dor do trabalho de parto. Além disso, parece ter sido dada pouca atenção ao acesso da paciente aos métodos, organização e fatores do processo de tomada de decisão quanto à escolha dos métodos e os padrões atuais de uso dos mesmos. O Ministério da Saúde (MS) tem promovido a assistência ao parto com base em evidência, tentando conciliar a experiência clínica e o estado atual do conhecimento científico em benefício da paciente¹(A).

Na origem dos tempos, a mulher recebeu o castigo divino da dor durante o trabalho de parto e o parto. Será que essa dor é real ou apenas impressão? Na verdade, a dor é um fenômeno duplo, físico (objetivo) e individual (subjetivo) ou psicossomático.

A dor, assim como os demais grandes sinais (hemorragia, febre, tumor), são importantes alertas e apontam para algo que não vai bem, exigindo providências. No caso do trabalho de parto, a dor indica o momento de transição do ciclo grávido-puerperal da fase evolutiva (gravidez) para a resolutive (parto), e orienta para a tomada de decisão pertinente em relação à preparação para essa nova fase. Sob esse ponto de vista (teleológico), a dor tem utilidade para evitar que a mulher dê a luz de forma inconsciente, como ocorre com portadoras de paraplegia, que não sentem as dores do parto, e este pode acontecer em condições inadequadas, com risco de óbito para o concepto. Nesse caso, o período expulsivo de pacientes hospitalizadas só é denunciado pelo choro do recém-nascido.

Na Antiguidade, a gravidez e o parto eram instâncias do mundo feminino, detendo as mulheres, historicamente, o conhecimento sobre a gestação e o parto, caracterizando-se o acompanhamento do trabalho de parto pelas doulas, parteiras divinizadas desde os gregos. No passado, os médicos só eram chamados para resolver os partos não solucionados pelas parteiras, mas sem grandes recursos para controlar a dor, o que só se efetivou com o advento da anestesia. Esta teve início em 1846, com a utilização do éter etílico para a cirurgia e, no ano seguinte, por Simpson, na analgesia do parto, quando também foi usado o clorofórmio.

A anestesia obstétrica enfrenta grandes desafios, a começar pela demanda da população de mulheres em trabalho de parto a cada ano, que atinge cerca de 4 milhões nos Estados Unidos e 3 milhões no Brasil, somente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Como a paciente pode entrar em trabalho de parto a qualquer momento, nem sempre está preparada para receber qualquer tipo de anestesia, passando de um benefício para um fator de risco, inclusive para a morte materna. Acresçam-se as possíveis complicações da gravidez (pré-eclampsia, descolamento prematuro da placenta e sepsis, dentre outras) e o quadro se agrava. De todas as mortes relacionadas à anestesia nos Estados Unidos de 1995 a 2005, 3,6% foram de mulheres grávidas. O número vem diminuindo de tal forma que, em Massachussets e na Carolina do Norte, nos Estados Unidos, durante 1999 e 2000 não houve nenhuma morte. Diversos fatores contribuíram para essa melhora, sendo os principais o aumento do uso de anestesia regional e a disponibilidade de anestesista de plantão².

Os objetivos para aperfeiçoar os serviços de anestesia obstétrica foram estabelecidos conjuntamente pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas e pela Sociedade Americana de Anestesiologistas, de forma que o atendimento à necessidade da analgesia/anestesia ao trabalho de parto e parto seja feito com segurança e não se transforme em mais um fator de risco materno fetal³(A).

A dor do parto

As dores iniciais são 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, que levam os impulsos dolorosos do corpo, segmento inferior e colo uterino, atravessam os plexos hipogástricos inferior, médio e superior, ascendem paralelamente à cadeia latero-vertebral do simpático e alcançam as raízes dorsais da medula através dos ramos comunicantes brancos, na altura dos segmentos T10 a L1, conduzindo aos centros superiores os estímulos dolorosos de todo o útero. A dor somática surge com a descida da apresentação. A inervação sensitivo-motora do canal do parto é fornecida pelos nervos pudendos (S2, S3, S4), cutâneo posterior da coxa (S1-S3), sacrococcígeo (S4, S5) e ramo genital do gêmito-femoral (L1, L2).

Essas vias são bloqueadas devido às diversas técnicas anestésicas em diferentes momentos. No período de dilatação, a anestesia peridural lombar, com pequena quantidade de anestésico para alcançar as raízes de T10 a L1, o bloqueio paracervical bilateral com injeção de anestésico nos paramétricos e a injeção de opioide raquidiano serão suficientes para abolir a dor das metrossístoles durante algum tempo. No período expulsivo, o bloqueio caudal alcança as raízes sacras e insensibiliza o canal do parto. Resultado mais abrangente será obtido com a anestesia raquidiana baixa ou com a dose perineal da anestesia peridural lombar contínua, procedi-

mentos que não devem ser tentados durante o período de dilatação. O bloqueio dos nervos pudendos é realizado pelo obstetra no momento do parto, e tem como referência a espinha ciática, com deposição do anestésico junto ao ligamento sacro-isquiático, bilateralmente⁴.

Aceita-se que o preparo psicossomático tenha sido introduzido por Read em 1933, durante o pré-natal, para reduzir a dor e o trauma do parto. Ele observou que uma paciente recusou a máscara de clorofórmio, método que, na época, era utilizado para aliviar a dor do parto⁵.

Na atualidade, dispomos de uma multiplicidade de métodos para aliviar a dor do parto, devendo o obstetra dominar as técnicas de anestesia local, estar informado dos aspectos emocionais envolvidos no problema, trabalhar em equipe com o anesthesiologista para aplicação de técnicas não locais e, eventualmente, recorrer a procedimentos não convencionais, admitindo a participação de outros profissionais e acompanhantes. Em 2001, o Ministério da Saúde, em associação com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), enfatizou a analgesia e a anestesia em Obstetrícia, abordando inclusive as técnicas alternativas^{1,6}(A). Em 2002, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, em conjunto com a Sociedade Americana de Anesthesiologistas, reafirmou sua posição de que o simples pedido da paciente seria indicação suficiente para anestesia durante o trabalho de parto e o parto. No mesmo ano, Lowe (2002) enfatizou que a dor do trabalho de parto é o reflexo altamente individual de estímulos que são recebidos e interpretados por cada mulher^{7,8}(A).

Em maternidade particular de São Paulo, dispondo de todos os recursos, foi feito estudo transversal no período de 2001 a 2005 incluindo amostra randômica de 395 partos vaginais a partir de uma população de 3.598 partos para avaliar a qualidade da assistência obstétrica. Observou-se que as pacientes assistidas no centro obstétrico tiveram uma duração de duas horas de período expulsivo com uso de ocitocina em 56% dos casos, anestesia de duplo bloqueio em 76% e episiotomia médio-lateral direita em 67%. Nas suítes de parto, a duração do trabalho de parto foi acima de 10 horas em 27% dos casos, foi usada a prostaglandina em 8%, anestesia por duplo bloqueio em 61%, nenhuma anestesia em 10% e episiotomia médio-lateral direita em 48%. Os autores concluíram que tais resultados caracterizaram uma boa qualidade de assistência ao parto vaginal. Foi constatado o alto índice de utilização de analgesia de bloqueio no trabalho de parto e parto, embora não obrigatória, considerando que 10% das pacientes a dispensaram⁹(B).

Ficam ainda as perguntas: Quando indicar analgesia/anestesia durante o trabalho de parto e o parto? Qual a melhor analgesia/anestesia a ser empregada durante o trabalho de parto e o parto?

O objetivo do artigo é listar os procedimentos disponíveis para aliviar a dor do trabalho de parto e do parto, verificar a evidência científica dos mesmos e sua aplicação na prática clínica.

Métodos de analgesia/anestesia

Antes de listar os métodos, convém definir alguns termos⁴.

Analgesia é a supressão da dor obtida por meio de fármacos ou procedimentos físicos (eletroanalgesia, acupuntura).

Anestesia é a perda total da sensibilidade conseguida de propósito. Pode ser local, locorregional ou geral (narcose).

Anestésias espinhais ou no neuroeixo são as locorregionais efetuadas na coluna vertebral (na raque), e podem ser a raquidiana e a epidural.

São sinônimos: anestesia raquidiana, raquianalgesia, raqui-anestesia, anestesia raquídea, espinhal, intradural, subaracnóidea ou simplesmente, raqui. Para anestesia peridural: analgesia epidural, extradural, que pode ser torácica, lombar ou sacra, esta também dita caudal.

Os métodos disponíveis podem ser classificados de acordo com sua utilização em analgesia do parto e anestesia para operação cesariana. Os primeiros incluem medicação sistêmica (opioides e diazépínicos), anestesia geral, anestesia regional e anestesia locorregional. Para a operação cesariana são utilizados anestésicos venosos (tiopental sódico, cetamina e propofol), anestésicos inalatórios (halogenados) e bloqueadores neuromusculares (genericamente rotulados de curares), além das anestésias espinhais, anestesia peridural lombar e anestesia locorregional⁴.

Devemos incluir, também, os métodos alternativos (ou não farmacológicos): banho quente, hipnose, acupuntura e eletroestimulação transcutânea. Cada método será de responsabilidade daquele profissional que estiver acompanhando o parto (obstetra, anesthesiologista ou outro).

Consideremos os diversos procedimentos para o parto vaginal ou cesáreo que são do interesse do obstetra para compreensão dos objetivos de cada um e acompanhar a discussão das suas evidências. Não é objetivo capacitar o obstetra para sua realização, que deve ser deixada a cargo do anesthesiologista.

Os últimos avanços da anestesia obstétrica foram abordados por Landau (2009), que valorizou a redução da dose de anestésico no bloqueio epidural sem perda da eficácia e sem bloqueio motor, a associação das técnicas de duplo bloqueio (raqui-epidural) e, mais recentemente, a analgesia epidural controlada pela paciente¹⁰(A).

Material e métodos

Inicialmente, foram utilizados dois livros-texto de Obstetrícia recentes para a construção do referencial teórico, consistindo na análise dos métodos disponíveis^{2,4}.

Em seguida, foi acessado o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original, Biblioteca Regional de Medicina (<http://www.bireme.br>), que é um centro especializado da Organização Panamericana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Por seu intermédio, foram acessadas as bases de dados Lilacs, SciELO, MedLine e Biblioteca Cochrane. Nas duas primeiras, utilizamos as palavras de busca “analgesia”, “anestesia”, “trabalho de parto” e “parto”. Na MedLine utilizamos o termo MeSH “*anesthesia obstetrical*” associado a “*labor*”. Na Biblioteca Cochrane utilizamos a palavra “*anesthesia*” associada a “*labour*”.

Foram recuperadas 114 referências da Lilacs, 13 da SciELO, 48 da MedLine (limitadas aos últimos 10 anos) e 75 da Biblioteca Cochrane. O critério de inclusão foi o período de 10 anos e, quanto ao tipo de estudo, ensaios clínicos e revisões sistemáticas classificados segundo o grau de recomendação e força de evidência de acordo com a Associação Médica Brasileira (AMB), disponível em <http://www.amb.org.br>. Restaram 24 referências da Lilacs, 6 da SciELO, 24 da MedLine e 10 da Biblioteca Cochrane.

Foram consultados, ainda, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (<http://www.nice.org.uk>) para consulta às suas diretrizes, e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (<http://www.acog.org>).

Discussão (evidência científica)

A intenção é responder duas perguntas: Quando indicar analgesia/anestesia durante o trabalho de parto e o parto? Qual a melhor analgesia/anestesia a ser empregada durante o trabalho de parto e o parto?

A resposta à primeira é relativamente fácil, quando se vê o parto como um evento psicossomático. Do ponto de vista humano, sempre que a paciente se queixar de dor e solicitar alívio, está indicada a analgesia/anestesia, e essa recomendação foi reforçada pelo Ministério da Saúde (2001)¹ e ACOG (2002)⁷.

Já a resposta à segunda pergunta é mais complexa e depende de diversos fatores, incluindo o perfil psicossomático da paciente, seus traços culturais, o sistema de saúde em que ela está inserida e o perfil dos profissionais encarregados da sua assistência.

A análise do apoio prestado pelo marido, outro familiar, amiga ou acompanhante profissional foi estudada por

Hodnett et al.¹¹ que, em revisão sistemática, analisaram 16 ensaios incluindo 13.391 mulheres. Os autores observaram que a mulher que teve o apoio de um acompanhante durante o trabalho de parto e o parto apresentou risco reduzido em relação aos seguintes desfechos: utilização de analgesia/anestesia regional (7 ensaios clínicos, total de 10.648 pacientes, RR=0,92; IC=0,85-0,99); utilização de qualquer forma de analgesia/anestesia (12 ensaios, 11.651 pacientes, RR=0,89; IC=0,82-0,96); parto vaginal operatório (15 ensaios, 13.357 pacientes, RR=0,89; IC=0,82-0,96); parto cesáreo (16 ensaios, 13.391 pacientes, RR=0,91; IC=0,83-0,99); relato de insatisfação ou classificação negativa da experiência do parto (6 ensaios, 9.824 pacientes, RR=0,73; IC=0,65-0,83)¹¹(A).

Por outro lado, aumentou a probabilidade de parto vaginal espontâneo (15 ensaios, 13.357 pacientes, RR=1,07; IC=1,04-1,12). O apoio contínuo esteve associado à menor duração do trabalho de parto (10 ensaios, diferença de média ponderada de -0,43 horas com IC= -0,83 a -0,04)¹¹(A).

Não foram significativas as associações com utilização de ocitocina durante o trabalho de parto (10 ensaios, 10.922 pacientes, RR=0,94; IC=0,84-1,05), índice de Apgar baixo aos cinco minutos (8 ensaios, 11.295 pacientes, RR=0,72; IC=0,51-1,02), admissão do recém-nascido em unidade de tratamento intensivo (4 ensaios, 8.239 pacientes, RR=0,94; IC=0,82-1,09) ou relato de dor intensa no pós-parto (4 ensaios, 2.497 pacientes, RR=0,97; IC=0,77-1,23). O estudo completo observou 30 desfechos, mas o resumo considerou a metanálise apenas com um mínimo de 4 ensaios e 1.000 pacientes¹¹(A).

Os autores concluíram que o apoio contínuo durante o trabalho de parto deveria ser rotina, em vez de exceção. Todas as mulheres deveriam ser estimuladas e autorizadas a ter apoio contínuo durante o trabalho de parto. De modo geral, o apoio contínuo de um cuidador parece conferir os maiores benefícios quando este não é empregado da instituição, quando a analgesia epidural não é utilizada rotineiramente e quando o apoio começa no início do trabalho de parto. Ressalta-se a importância dessa evidência na formulação de política pública de assistência ao trabalho de parto e parto¹¹(A).

As formas alternativas para alívio da dor no trabalho de parto têm sido utilizadas há mais de 3.000 anos na medicina oriental, como a acupuntura na China, sendo que a hipnose já foi usada há mais de um século. 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.

A hipnoterapia pode ser definida como o uso clínico da sugestão para atingir objetivos terapêuticos específicos, como o alívio da dor ou ansiedade. A hipnose foi objeto de revisão sistemática com três ensaios clínicos. Os ensaios randomizados mostraram que as pacientes submetidas à hipnose solicitaram menos analgesia do que os Controles (RR=0,51; IC=0,28-0,95, 152 pacientes). Os autores concluíram pela necessidade de novos ensaios bem desenhados para confirmar o efeito da hipnose no alívio da dor no parto¹²(A).

Para alívio da dor no trabalho de parto com formas alternativas aos métodos farmacológicos, foram abordados em revisão sistemática 14 estudos e 1.537 mulheres com diferentes tratamentos: três ensaios sobre acupuntura (n=496), um sobre áudio-analgesia (n=24), dois sobre pressão cutânea (n=172), um sobre aromaterapia (n=22), cinco sobre hipnose (n=729), um sobre massagem (n=60), um sobre relaxamento (n=34). O estudo que envolveu acupuntura apresentou diminuição da necessidade de alívio da dor (RR=0,70, IC=0,49-1,00, dois ensaios, 288 mulheres). As mulheres ensinadas para auto-hipnose tiveram menor necessidade de analgesia farmacológica (RR=0,53; IC=0,36-0,79, cinco ensaios, 749 mulheres), incluindo analgesia peridural (RR=0,30; IC=0,22-0,40), e ficaram mais satisfeitas com o manejo da sua dor durante o trabalho de parto do que os Controles (RR=2,33; IC=1,15-4,71, um ensaio). Não foram observadas diferenças entre mulheres que receberam aromaterapia, áudio-analgesia, pressão cutânea, massagem ou relaxamento¹³(A).

Métodos farmacológicos

Opioides por via sistêmica

A petidina (meperidina) tem sido o opioide mais usado por via intramuscular para o alívio da dor do trabalho de parto. Entretanto, existem algumas considerações sobre sua efetividade e a possibilidade de depressão do recém-nascido. Revisão sistemática incluindo 16 ensaios clínicos teve dificuldade com a qualidade metodológica dos estudos e falta de consistência na forma de relato dos desfechos. Não houve evidência de diferença entre petidina e tramadol em termos de alívio da dor, duração do trabalho de parto ou parto operatório. Aparentemente houve mais efeitos colaterais, como náuseas, vômitos e tontura, com a petidina. O alívio da dor materna pareceu ser igual entre os grupos de meptazinol e petidina. Os autores concluíram que não há evidência suficiente para comparar a eficácia e a segurança entre os vários opioides para analgesia do trabalho de parto. Do ponto de vista da pesquisa, os autores recomendam firmemente que, diante do grande número de mulheres que recebem opioide por via intramuscular e a escassez de evidência sobre a efetividade

e os efeitos colaterais dos diferentes opioides, sejam feitos novos estudos com desenhos adequados comparando a petidina com os demais opioides¹⁴(A).

Anestésias de bloqueio

Anestesia epidural

A anestesia epidural é uma técnica de bloqueio nervoso central pela injeção de um anestésico local próximo aos nervos que transmitem a dor, e é amplamente utilizada como forma de alívio da dor durante o trabalho de parto. Entretanto, há algumas considerações sobre efeitos adversos sobre a mãe e o conceito. Assim, foi feita revisão sistemática para avaliar os efeitos de todas as modalidades de anestesia peridural sobre a mãe e o conceito, comparadas à anestesia não peridural ou à nenhuma forma de alívio da dor durante o trabalho de parto. Foram selecionados 21 estudos, incluindo 6.664 mulheres, e todos, exceto um, compararam a analgesia peridural com os opioides. Por razões técnicas, somente um ensaio com 105 mulheres forneceu dados sobre percepção do alívio da dor, tendo concluído que a epidural ofereceu melhor alívio da dor do que a analgesia não epidural, com diferença de média ponderada (WMD) de -2,60 com IC=-3,82 a -1,38. Entretanto, a analgesia epidural esteve associada com um aumento do risco de parto vaginal operatório (RR=1,38; IC=1,24-1,53, em 17 ensaios e 6.162 mulheres). Não houve diferença significativa no risco de cesariana (RR=1,07; IC=0,93-1,23, em 20 ensaios e 6.534 mulheres), dor lombar em longo prazo (RR=1,00; IC=0,89-1,12, em dois ensaios e 814 mulheres), índice baixo de Apgar aos cinco minutos (RR=0,70; IC=0,44-1,10, em 14 ensaios com 5.663 mulheres) e satisfação materna com alívio da dor (RR=1,18; IC=0,92-1,50, em 5 ensaios e 1.940 mulheres)¹⁵(A).

Embora a analgesia 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 (fórcepe/vácuo). Diversos mecanismos foram propostos para explicar o aumento do número de partos vaginais operatórios associados à analgesia epidural, e são citados: o relaxamento dos músculos do assoalho pélvico (que podem retardar a rotação da cabeça); a diminuição da vontade de fazer força pela diminuição do reflexo de expulsão; e a redução da atividade uterina. Para tentar evitar esse efeito colateral, em muitos centros a analgesia epidural é interrompida na fase tardia do trabalho de parto para melhorar a capacidade da mulher de utilizar a prensa abdominal (fazendo os “puxos”) para reduzir a taxa de parto vaginal operatório. Assim, foi feita uma revisão sistemática para avaliar

o efeito da interrupção da analgesia epidural sobre as taxas de partos vaginais operatórios e outras formas de parto, e a relação entre a analgesia e a satisfação com a assistência ao parto¹⁶(A).

A revisão incluiu 5 estudos com 462 mulheres. Todos os estudos usaram diferentes protocolos de analgesia epidural (tipo de droga, dose ou método de administração). No geral, a redução na taxa de parto operatório não foi estatisticamente significativa (23% versus 28%, RR=0,84; IC=0,61-1,15) nem houve diferença nas taxas das demais formas de parto. O único resultado estatisticamente significativo foi aumento da dor quando a epidural foi interrompida (22% versus 6%, RR=3,68; IC=1,99-6,80). Os autores concluíram que a evidência para apoiar a tese de que a interrupção da analgesia epidural reduz a taxa de parto vaginal operatório é insuficiente. Há evidência de que aumenta a dor no segundo período do parto (expulsão). A prática de interromper a analgesia epidural é amplamente difundida, e o tamanho da redução da taxa de parto vaginal operatório poderia ser clinicamente importante. Por essa razão, recomendamos um estudo maior do que os incluídos nesta revisão para determinar se tal efeito é real ou se ocorreu pelo acaso, e para fornecer evidência mais forte sobre os aspectos de segurança¹⁶(A).

Quanto à satisfação com o parto, esta não necessariamente depende da ausência de dor. Muitas mulheres desejam experimentar a dor do trabalho de parto, mas desejam que seja suportável. Durante o período pré-natal, 82% desejam ver como evoluirá o trabalho de parto, e somente desejam analgesia quando a dor se tornar grande ou insuportável. Conseqüentemente, na avaliação da efetividade da analgesia do trabalho de parto, pode ser importante avaliar a satisfação com a assistência ao parto, como o nível de analgesia ou anestesia conseguido¹⁶(A).

Um recurso proposto para evitar os inconvenientes da analgesia epidural é a deambulação da paciente no primeiro período do trabalho de parto (dilatação). Isso é possível pela técnica da analgesia epidural com a introdução e fixação de cateter por todo o período. Para avaliar o impacto da proposta, foi realizada revisão sistemática de ensaios clínicos comparando deambulação ou posição de pé com posição deitada em pacientes com gravidez não complicada submetidas à analgesia epidural. Foram identificados 5 ensaios com um total de 1.161 pacientes. Não houve diferença no modo de parto de pacientes submetidas à analgesia epidural que deambularam durante o primeiro período do trabalho de parto comparadas àquelas que permaneceram deitadas, em relação ao parto vaginal operatório (RR=1,16; IC=0,93-1,44) ou à cesariana (RR=0,91; IC=0,70-1,19). Não houve diferença entre os grupos no uso de estimulação da contratilidade uterina pela ocitocina, duração do trabalho de parto, satisfação com a analgesia ou índice de Apgar. Aparentemente, não houve efeito adverso decorrente da deambulação. Os autores concluíram que a deambulação durante o período de dilatação do

trabalho de parto em pacientes submetidas à analgesia epidural não proporcionou benefícios nem danos evidentes¹⁷(A).

Outra proposta para aperfeiçoar a utilização das técnicas de bloqueio foi a da analgesia epidural controlada pela paciente (AEC), técnica descrita pela primeira vez por Gambling, em 1988. Caracteriza-se pela possibilidade de a paciente controlar a dose da medicação epidural na medida da dor, sobre a qual foi feita revisão sistemática comparando-a com a anestesia epidural contínua (AEC). O desfecho principal foi a necessidade de intervenção anestésica. Como desfechos secundários foram avaliados a dose de anestésico local, a incidência de bloqueio motor, a qualidade da analgesia, os desfechos obstétricos e a segurança. Foram selecionados 9 estudos com 640 pacientes. Houve menos intervenções anestésicas no grupo AEC, com diferença de risco de 27% (RD=27%; IC=18-36%, p<0,00001). Esse grupo também recebeu menos anestésico local com diferença de média ponderada de -3,92 (WMD=-3,92; IC= -5,38 a -2,42, p<0,0001) e menos bloqueio motor com diferença de risco de 18% (RD=18%; IC=6-31%, p=0,003), sendo que ambos os métodos foram seguros para mãe e filho. Os autores concluíram que as pacientes submetidas à AEC receberam menos intervenções anestésicas, e que novos estudos deveriam ser feitos para avaliar os desfechos obstétricos e a satisfação materna¹⁸(A).

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 da raqui-anestesia com a epidural (*combined spinal-epidural* ou CSE), e foi objeto de revisão sistemática para compará-la com a analgesia epidural isolada. Foram identificados 19 ensaios com 2.658 mulheres. Foram 26 desfechos em dois conjuntos de comparação entre CSE e a técnica de epidural tradicional e com doses baixas. Os autores concluíram que não houve diferença entre a CSE e as técnicas de analgesia epidural¹⁹(A).

Anestesia para operação cesariana

Podem ser utilizadas quatro técnicas de anestesia para a operação cesariana: local, epidural, raqui-anestesia e geral. Considerando que a cirurgia é intraperitoneal com manipulação de vísceras, causando grande dor e podendo levar ao choque neurogênico, a anestesia local fica limitada a situações de extrema urgência e à não disponibilidade de outras técnicas.

O estudo comparativo entre as anestésias regionais e a geral fica comprometido devido às vantagens e às desvantagens de cada uma, inclusive havendo indicações obrigatórias. Resta comparar a eficácia da regional sobre a geral, o que foi feito em revisão sistemática com

16 estudos e 1.586 pacientes. Os autores concluíram que não houve evidência de que a anestesia regional é melhor do que a geral do ponto de vista dos principais desfechos maternos e fetais²⁰(A).

Entretanto, a anestesia regional (raque ou epidural) tem sido preferida para a operação cesariana, quando comparados riscos e benefícios para mãe e feto. A raquianestesia é considerada mais vantajosa pela simplicidade da técnica, administração rápida, início da anestesia e risco reduzido de toxicidade sistêmica. Para comparar as duas técnicas, foi feita revisão sistemática com 10 ensaios e 751 mulheres. Não encontrou-se diferença quanto à taxa de falha (RR=0,98; IC=0,23-4,24, com quatro estudos), necessidade de anestesia adicional intraoperatória (RR=0,88; IC=0,59-1,32, em cinco estudos), necessidade de conversão para anestesia geral intraoperatória, satisfação materna, necessidade de alívio da dor no pós-operatório e assistência neonatal. As mulheres que receberam raquianestesia para cesariana mostraram menor tempo entre o início da anestesia e o início da cirurgia, com diferença de média ponderada de 7,01 minutos (WMD=-7,01; IC= -11,59 a -4,23, em quatro estudos), mas aumento da necessidade de tratar hipotensão (RR=1,23; IC=1,00 a 1,51, com seis estudos)²¹(A).

Os autores concluíram que ambas as técnicas (raquianestesia e epidural) foram efetivas em proporcionar anestesia para operação cesariana. Ambas as técnicas estiveram associadas a moderado grau de satisfação materna. A raquianestesia tem início mais rápido, porém, esteve mais associada à hipotensão. Nenhuma conclusão pode ser tirada quanto aos efeitos intraoperatórios e complicações pós-operatórias, por terem sido de baixa incidência ou por não terem sido relatadas²¹(A).

Considerações finais

Aqui voltam as perguntas feitas na introdução. A primeira foi: quando indicar analgesia/anestesia durante o trabalho de parto e o parto? Hoje é fato que o trabalho de parto e o parto são eventos dolorosos, com base orgânica, e que sofrem influência de fatores psíquicos. Por isso, o ponto central para responder essa pergunta é a queixa dolorosa da paciente, conduta apoiada pelas diretrizes de todas as organizações preocupadas em proporcionar à mesma um momento de alegria, e não de tortura.

A segunda pergunta foi: qual a melhor técnica? Agora, lidamos com grande número de opções que incluem o apoio psicológico, as formas não farmacológicas e as formas farmacológicas. O apoio psicológico deve começar no pré-natal, por meio de esclarecimentos prestados à paciente sobre o trabalho de parto e o parto, a dor durante o mesmo e seu componente subjetivo, procurando diminuir o medo da paciente pelo momento que está por vir. A participação de um acompanhante durante todo o trabalho de parto e o parto

já foi reconhecido como benéfico; infelizmente, nem todas as instituições públicas dispõem de estruturas que permitam adotar tal conduta. Existe recomendação do Ministério da Saúde para que as instituições providenciem tal cuidado. É importante chamar a atenção para o fato de que determinada porcentagem de pacientes é capaz de suportar o trabalho de parto e o parto sem qualquer tipo de analgesia ou anestesia, mas que a qualquer momento lhe seja permitido mudar de opinião e ter acesso ao alívio da dor.

O grupo de formas não farmacológicas (ou alternativas) incluem áudio-analgesia, pressão cutânea, aromaterapia, massagem, relaxamento, hipnoterapia e acupuntura. Algumas formas podem ter efeito psicológico, e sua utilização não deve ser proibida. Entretanto, existe evidência científica de benefício somente em relação à hipnoterapia e à acupuntura. Mesmo assim, sua utilização depende de profissional treinado nas respectivas técnicas, nem sempre disponível.

As formas farmacológicas incluem diversas substâncias e técnicas. Começa pela sedação da paciente com a petidina, considerada droga de referência para a analgesia do período de dilatação. Comparada à petidina, a analgesia com técnica de bloqueio (epidural) proporciona maior alívio da dor. Entretanto, a epidural tem sido acusada de retardar a evolução do trabalho de parto e aumentar a incidência de parto vaginal operatório, observação polêmica. A proposta de deambulação da paciente para reduzir esse efeito indesejável não se mostrou eficaz. Técnica mais recente é a associação dos bloqueios raquiano e epidural, cujo resultado equivale ao da epidural. Já o controle da dose de anestésico na epidural lombar contínua pela paciente (técnica mais recente) mostrou-se superior às demais técnicas pela menor necessidade de intervenção anestésica complementar. A anestesia geral equivale às técnicas de bloqueio quanto ao efeito anestésico. Entretanto, as diferentes técnicas têm indicações e contraindicações para as quais os profissionais devem ficar atentos.

Concluímos que a paciente pode e deve ter uma assistência humanizada ao trabalho de parto e ao parto, caracterizado, entre outros critérios, pelo alívio da dor. Atualmente, já estão disponíveis recursos para esse fim. Cabe ao profissional utilizá-los criteriosamente e, aos gestores, provê-los.

Agradecimentos

Às bibliotecárias da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mara Regina Guimarães Sampaio, Olímpia Vale de Resende, Janaína Lopes da Motta, e às auxiliares de biblioteca, Dalva Freitas e Deuzenir Abreu, pela presteza e eficiência com que atenderam às solicitações de cópias de artigos utilizados nesta revisão.

Leituras suplementares

1. Brasil. Ministério da Saúde. FEBRASGO. ABENFO. O controle da dor no trabalho de parto. In: Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher. Brasília; 2001. p. 68-76.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse D, Spong C. Obstetrical Anesthesia. In: Williams Obstetrics. 23rd edition. New York: McGraw-Hill; 2010. p. 444-63.
3. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion No. 433: optimal goals for anesthesia care in obstetrics. *Obstet Gynecol.* 2009;113(5):1197-9.
4. Treiger N, Palmiro A. Analgesia e anestesia. In: Montenegro CAB, Filho R, editors. *Rezende Obstetrícia.* Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2010. p. 273-92.
5. Canella PRB. A preparação psicológica para o parto. In: Montenegro CAB e Filho R, editors. *Rezende Obstetrícia.* Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2010. p. 211-19.
6. Brasil. Ministério da Saúde. FEBRASGO. ABENFO. Anestesia em Obstetrícia. In: Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher. Brasília; 2001. p. 101-11.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin. Obstetric analgesia and anesthesia. Number 36, July 2002. *American College of Obstetrics and Gynecology. Int J Gynaecol Obstet.* 2002;78(3):321-35.
8. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5 Suppl Nature):S16-24.
9. D'Ornelas AC, Gabrielloni MC, Barros SMO. Process of care and assistance quality to women in labor with greater access to social goods. *Einstein,* 2009;7(3 Pt 1):322-7.
10. Landau R. What's new in obstetric anesthesia. *Int J Obstet Anesth.* 2009;18(4):368-72.
11. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev. The Cochrane Library, Issue 1, 2010, Art No. CD0033766. DOI: 10.1002/14651858. CD0033766.pub3.*
12. Cyna AM, McAuliffe GL, Andrew MI. Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *Br J Anaesth.* 2004;93(4):505-11.
13. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev. The Cochrane Library 2010, Issue 1; Art no. CD003521. DOI 10.1002/14651858. CD003521.pub2.*
14. Elbourne D, Wiseman RA. WITHDRAWN: Types of intra-muscular opioids for maternal pain relief in labour. *Cochrane Database Syst Rev. The Cochrane Library 2010 Issue 1, Art No. CD001237. DOI: 10.1002/14651858. CD001237.pub4.*
15. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev. The Cochrane Library 2010, Issue 1, Art. No. CD000331. DOI: 10.1002/14651858. CD000331.pub1.*
16. Torvaldsen S, Roberts CL, Bell JC, Raynes-Greenow CH. Discontinuation of epidural analgesia late in labour for reducing the adverse delivery outcomes associated with epidural analgesia. *Cochrane Database Syst Rev. The Cochrane Library 2010, Issue 1, Art. No. CD004457. DOI: 10.1002/14651858. CD004457.pub4.*
17. Roberts CL, Algert CS, Olive E. Impact of first-stage ambulation on mode of delivery among women with epidural analgesia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2004;44(6):489-94.
18. van der Vyver M, Halpern S, Joseph G. Patient-controlled epidural analgesia versus continuous infusion for labour analgesia: a meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2002;89(3):459-65.
19. Simmons SW, Cyna AM, Dennis AT, Hughes D. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev. The Cochrane Library 2010, Issue 1, Art. No. CD003401. DOI: 10.1002/14651858. CD003401.pub4.*
20. Afolabi BB, Lesi FE, Merah NA. Regional versus general anesthesia for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev. The Cochrane Library 2010, Issue 1, Art. No. CD004350. DOI: 10.1002/14651858. CD004350.pub4.*
21. Ng K, Parsons J, Cyna AM, Middleton P. Spinal versus epidural anaesthesia for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev. The Cochrane Library, 2010, Issue 1, Art. No. CD003765. DOI: 10.1002/14651858. CD003765.pub2.*