

USO DE ANALGESIA E ANESTESIA NO TRABALHO DE PARTO: OPÇÕES, BENEFÍCIOS E RISCOS PARA A MÃE E O BEBÊ

Marcos Antonio da Conceição, Gabriel Zanetti Costa, Thiago de Sousa Farias, Sheila Rodrigues da Silva, Juliana dos Santos, Beatriz Ferreira dos Santos, Elielma Maria da Veiga Silva, Ewelyn Farias Luna, Keliane Costa da Silva

RESUMO

O uso de analgesia e anestesia no trabalho de parto é uma estratégia importante para o alívio da dor e deve ser escolhido com base nas condições clínicas da gestante e na evolução do parto. Métodos não farmacológicos, como técnicas de respiração, massagem e hidroterapia, podem ajudar a reduzir o desconforto sem interferir no processo natural do parto. Já os métodos farmacológicos incluem analgésicos opioides, anestesia peridural, raquidiana e anestesia geral, cada um com benefícios e riscos. Embora proporcionem alívio eficaz da dor, podem causar efeitos adversos, como hipotensão materna, prolongamento do parto e impacto na vitalidade do bebê. A escolha deve ser individualizada, priorizando o bem-estar da mãe e do bebê, sempre com acompanhamento de uma equipe obstétrica qualificada. O manejo adequado da dor durante o parto não apenas proporciona mais conforto à gestante, mas também reduz os efeitos adversos da dor não controlada, como o aumento das catecolaminas, que podem comprometer a oxigenação fetal. Assim, a decisão sobre o uso de analgesia ou anestesia deve ser individualizada e baseada em uma abordagem humanizada, garantindo que a mulher tenha autonomia e suporte para escolher a melhor opção para o seu parto. O acompanhamento por uma equipe qualificada é essencial para minimizar riscos e proporcionar uma experiência segura e positiva para a mãe e o bebê.

Palavras-chave: Anestesia, Analgesia, Trabalho de parto, Parto

USE OF ANALGESIA AND ANESTHESIA IN LABOR: OPTIONS, BENEFITS AND RISKS FOR MOTHER AND BABY

ABSTRACT

The use of analgesia and anesthesia during labor is an important strategy for pain relief and should be chosen based on the clinical condition of the pregnant woman and the progress of the birth. Non-pharmacological methods, such as breathing techniques, massage and hydrotherapy, can help reduce discomfort without interfering with the natural birth process. Pharmacological methods include opioid analgesics, epidural, spinal and general anesthesia, each with benefits and risks. Although they provide effective pain relief, they can cause adverse effects, such as maternal hypotension, prolonged labor and impact on the baby's vitality. The choice must be individualized, prioritizing the well-being of the mother and baby, always monitored by a qualified obstetric team. Proper pain management during childbirth not only provides more comfort to the pregnant woman, but also reduces the adverse effects of uncontrolled pain, such as increased catecholamines, which can compromise fetal oxygenation. Therefore, the decision about the use of analgesia or anesthesia must be individualized and based on a humanized approach, ensuring that the woman has autonomy and support to choose the best option for her birth. Monitoring by a qualified team is essential to minimize risks and provide a safe and positive experience for mother and baby.

Keywords: Anesthesia, Analgesia, Labor, Childbirth.

Dados da publicação: Artigo publicado em Fevereiro de 2025

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v4i1.309>

Autor correspondente: Marcos Antonio da Conceição

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A dor da gestante no trabalho de parto é uma experiência complexa, influenciada por fatores físicos, emocionais e psicológicos. Durante o parto, a dor é causada principalmente pelas contrações uterinas, pela dilatação do colo do útero e pela passagem do bebê pelo canal de parto. Sua intensidade varia entre as mulheres e pode ser modulada por elementos como o nível de ansiedade, a presença de apoio emocional, o ambiente do parto e a preparação prévia da gestante (Pessoa et al., 2021).

O medo e a tensão tendem a intensificar a dor, pois aumenta a liberação de catecolaminas, substâncias que podem reduzir o fluxo sanguíneo para o útero e levar a sofrimento fetal. Além disso, a resposta endócrino-metabólica à dor intensa é semelhante à de um trauma, elevando os níveis de endorfinas, lactato e ácidos graxos, o que pode resultar em acidose metabólica na mãe e no bebê. Para aliviar a dor do parto, podem ser utilizados métodos não farmacológicos, como técnicas de respiração, massagens, banhos mornos e apoio contínuo, além de opções farmacológicas, como analgesia peridural e opióides. O manejo adequado da dor no trabalho de parto não apenas proporciona mais conforto à gestante, mas também contribui para um parto mais seguro e humanizado (Azevedo et al., 2020).

Os métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto incluem o uso de analgésicos e anestésicos que atuam no sistema nervoso para reduzir ou bloquear a percepção da dor. Entre eles, os analgésicos opioides, como fentanil, meperidina e morfina, são administrados por via intravenosa ou intramuscular, proporcionando alívio parcial da dor, mas

podendo causar sonolência, náuseas e depressão respiratória na mãe e no bebê. O uso de analgesia e anestesia no trabalho de parto é uma prática comum para aliviar a dor e melhorar o conforto da parturiente, sendo escolhido com base no estado de saúde da mãe e do bebê, nas preferências da gestante, no estágio do trabalho de parto e na experiência da equipe médica. (Pinto *et al.*, 2021)

A analgesia reduz a percepção da dor sem eliminá-la completamente, permitindo que a parturiente permaneça consciente e ativa durante o parto. Os métodos incluem a analgesia epidural, que consiste na administração de um anestésico local no espaço epidural da coluna vertebral, proporcionando alívio contínuo da dor, embora possa causar hipotensão e, em alguns casos, reduzir a capacidade de empurrar. Já a analgesia espinal, aplicada diretamente no espaço subaracnóideo, é usada em partos rápidos e oferece alívio imediato, mas com menor duração de ação. A técnica combinada espinal-epidural combina os benefícios das duas anteriores, proporcionando alívio rápido e prolongado. Há também a analgesia inalatória, com óxido nítrico, que é segura e de curta duração, embora ofereça apenas alívio parcial, e a analgesia sistêmica, com opioides administrados por via intravenosa ou intramuscular, que reduz a dor, mas pode causar sonolência na mãe e depressão respiratória no bebê (Kasarek; Mata; Vaccar, 2022).

A anestesia, por outro lado, bloqueia completamente a dor em uma área ou induz a perda de consciência. A anestesia geral é usada principalmente em emergências ou quando há contraindicações para anestésias regionais, e envolve sedação completa da mãe, com riscos maiores e recuperação mais demorada. Já as anestésias regionais, como a epidural ou

espinal, são frequentemente aplicadas em cesarianas e bloqueiam completamente a dor abaixo da cintura.

A escolha do método de analgesia ou anestesia leva em conta preferências maternas, condições clínicas da mãe, como pré-eclâmpsia ou distúrbios de coagulação, e segurança fetal, avaliando possíveis efeitos colaterais, como náuseas, hipotensão, coceira ou dores de cabeça pós-punção. As vantagens incluem maior conforto e menos estresse para a mãe, além de facilitar o progresso do trabalho de parto em algumas situações. Contudo, há riscos como alterações na mobilidade, necessidade de monitoramento mais rigoroso e possíveis reações adversas. A decisão deve ser tomada em conjunto entre a gestante e a equipe obstétrica, considerando o equilíbrio entre alívio da dor, segurança e bem-estar de mãe e bebê (Azevedo *et al.*, 2020).

O objetivo geral desta revisão é conhecer os métodos farmacológicos de alívio da dor empregados no trabalho de parto abordado na produção científica.

MÉTODO

Esta revisão sistemática utilizou como protocolo as orientações PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and MetaAnalyses). O levantamento dos estudos foi realizado no mês de outubro de 2024.

Utilizou-se o termo MeSh anestesia, “anesthesia”, trabalho de parto, “labor”, parto, “birth”, analgesia, “analgesia” respectivamente, junto ao operador booleano “AND” entre eles. A pesquisa foi realizada nas bases de

dados indexadas: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Todos os títulos e resumos recuperados pela busca eletrônica foram analisados manualmente por dois revisores, de forma independente. Após a seleção feita, procedeu-se a leitura integral dos documentos.

Os estudos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigo original, artigo completo, artigos que respondam o objetivo da pesquisa e artigos publicados nos últimos 10 anos. Os artigos excluídos foram: editoriais ou atualizações de protocolos; artigos não disponíveis em texto completo na base ou mediante solicitação aos autores, artigos que não foram escritos em Inglês ou em Português. Também foram excluídos estudos pilotos, estudos ou relatos de caso, conferências e anais.

Foram encontrados 43 artigos nas bases de dados. De acordo com os critérios de exclusão 15 artigos foram selecionados para serem lidos na íntegra e, por fim, 6 artigos compuseram o escopo dessa revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia da dor no trabalho de parto

A fisiologia da dor em obstetrícia está diretamente relacionada às alterações no corpo da mulher durante o trabalho de parto, sendo influenciada pelos estímulos de vias nervosas específicas. A dor no trabalho de parto pode ser dividida em duas fases principais. Na fase inicial, a dor é predominantemente visceral, resultante das contrações uterinas e da dilatação cervical. Esses estímulos são gerados pelo estiramento e pela redução da circulação sanguínea uterina, levando à hipóxia local (Azevedo *et al.*, 2020).

A dor visceral é transmitida por fibras aferentes do sistema nervoso simpático, que percorrem os nervos esplâncnicos inferiores até os segmentos espinhais T10-L1. Já na fase final do trabalho de parto, a dor se torna somática, decorrente do alongamento e da compressão de estruturas pélvicas e perineais, como músculos, ligamentos e nervos. Esse tipo de dor é conduzido por fibras dos nervos pudendo e ilioinguinal até os segmentos espinhais S2-S4. (Cunha, 2010).

A condução da dor segue dois tipos principais de vias nociceptivas. Na dor visceral, predominam fibras aferentes do tipo C, amielínicas, que transmitem uma dor profunda, difusa e de caráter opressivo, com entrada na medula espinhal pelos segmentos toracolombares. Já na dor somática, predominam as fibras A-delta, mielinizadas, responsáveis pela transmissão de uma dor aguda, bem localizada e de caráter cortante, que ingressam na medula pelos segmentos sacrais (Cunha, 2010).

Além disso, a percepção da dor em obstetrícia pode ser modulada por fatores emocionais, psicológicos e ambientais. Técnicas farmacológicas, como analgesia peridural ou raquidiana, e métodos não farmacológicos, como massagem, relaxamento e suporte emocional, desempenham papéis fundamentais no manejo da dor durante o trabalho de parto. (Sousa *et al.*, 2016).

Analgesia e anestesia obstétrica no trabalho de parto

A analgesia obstétrica no trabalho de parto tem como principal objetivo proporcionar alívio da dor, promovendo conforto à parturiente e permitindo uma experiência de parto mais positiva. Essa prática é

amplamente utilizada, sendo adaptada às necessidades individuais da gestante e às condições clínicas do trabalho de parto (Pessoa *et al.*, 2021).

O método mais comum é a analgesia peridural, na qual um anestésico local é administrado no espaço epidural da coluna vertebral. Esse procedimento reduz significativamente a dor das contrações sem comprometer a consciência da gestante. É indicado para partos vaginais e cesarianas, podendo ser ajustado conforme o progresso do trabalho de parto. Outra técnica bastante utilizada é a analgesia espinal, que consiste na injeção de anestésico no espaço subaracnóideo, oferecendo alívio imediato da dor, mas com duração limitada, sendo mais indicada em situações de parto iminente (Cunha, 2010).

Em alguns casos, utiliza-se a analgesia combinada espinal-epidural, que alia o rápido início de ação da espinal com a possibilidade de prolongamento da peridural. Outros métodos incluem a inalação de óxido nítrico, uma técnica não invasiva que oferece alívio parcial da dor e é segura tanto para a mãe quanto para o bebê, e a administração de analgésicos opioides sistêmicos, que podem ser utilizados por via intravenosa ou intramuscular, embora apresentem riscos de efeitos colaterais como sonolência e depressão respiratória (Sousa *et al.*, 2016).

A escolha do método de analgesia deve ser discutida entre a gestante e a equipe médica, considerando fatores como preferências pessoais, estágio do trabalho de parto, condições de saúde e possíveis contraindicações. Além disso, o uso de analgesia obstétrica exige monitoramento contínuo da mãe e do bebê para garantir segurança e eficácia, evitando possíveis complicações

como hipotensão, cefaleia pós-punção e alterações na força de expulsão (Treiger, Palmiro, 2010).

De maneira geral, a analgesia obstétrica representa um avanço significativo na assistência ao parto, contribuindo para uma experiência mais tranquila e humanizada, respeitando as particularidades de cada mulher. A analgesia obstétrica pode ser realizada de forma combinada, unindo diferentes técnicas para proporcionar maior alívio da dor no trabalho de parto. A dor é uma das principais preocupações das gestantes em relação ao parto, sendo um dos fatores que influencia a escolha do tipo de parto.

Dados de uma coorte hospitalar brasileira (2011-2012) com 23.940 puérperas indicaram que 27,6% das gestantes tinham preferência inicial pela cesariana, variando de 15,4% entre primíparas no setor público a 73,2% entre múltiparas com cesárea anterior no setor privado. O motivo mais comum para optar pelo parto vaginal foi a melhor recuperação associada a ele (68,5%), enquanto o medo da dor foi o principal motivo para preferir à cesariana (46,6%) (Pessoa *et al.*, 2021).

Há evidências bioquímicas e neurofisiológicas de que a dor materna durante o trabalho de parto pode ter consequências deletérias tanto para a mãe quanto para o feto. Nesse contexto, a analgesia peridural é amplamente utilizada e oferece várias vantagens, como alívio eficaz da dor com doses reduzidas de anestésico, baixo impacto motor e a possibilidade de ajustes analgésicos por meio de um cateter (Hamdamian *et al.*, 2018).

A anestesia no trabalho de parto é utilizada para bloquear a dor de forma mais intensa e pode ser aplicada por diferentes métodos, dependendo da necessidade da gestante e do tipo de parto. As principais opções são a

anestesia peridural, a raquidiana e a anestesia geral. A anestesia peridural é uma das mais utilizadas no parto normal e na cesárea, sendo aplicada no espaço peridural da coluna vertebral. Ela permite que a mulher permaneça consciente e ativa durante o parto, bloqueando parcialmente a dor da cintura para baixo. Seus benefícios incluem um alívio eficaz da dor, mas pode prolongar o trabalho de parto e aumentar a necessidade de intervenções, como fórceps ou vácuo extrator (Pessoa *et al.*, 2021).

A anestesia raquidiana é aplicada diretamente no líquido cefalorraquidiano, proporcionando um bloqueio mais profundo e de ação rápida. É mais utilizada em cesarianas, pois promove uma analgesia completa na região inferior do corpo. No entanto, pode causar queda de pressão arterial e, em alguns casos, cefaleia pós-punção dural. O duplo bloqueio, que combina a peridural e a raquidiana, oferece o alívio imediato da dor da raquidiana com a manutenção prolongada da analgesia da peridural, sendo uma opção para partos vaginais mais longos ou cesarianas (Lara *et al.*, 2021).

Já a anestesia geral é utilizada apenas em emergências obstétricas ou quando há contraindicação para as técnicas regionais. Nesse caso, a gestante é sedada e precisa de ventilação mecânica, o que pode aumentar os riscos de depressão respiratória no bebê e aspiração pulmonar na mãe. A escolha da anestesia deve considerar a saúde materna e fetal, as condições do parto e a orientação da equipe médica, sempre visando segurança e conforto para a mulher (Treiger; Palmiro, 2010).

No passado, estudos sugeriam que a aplicação precoce de analgesia peridural (com dilatação cervical menor que 4 cm) estava associada a um aumento nas taxas de cesárea, levando a contraindicações relativas para seu

uso nesse estágio do trabalho de parto. Contudo, estudos mais recentes de alta qualidade demonstraram que não há diferença significativa nas taxas de cesáreas quando a analgesia peridural é administrada precocemente, seja em partos espontâneos ou induzidos. Assim, o momento ideal para iniciar a analgesia deve ser guiado pela demanda materna (Cunha, 2011).

Revisões sistemáticas sobre a assistência ao trabalho de parto baseadas em evidências indicam que o alívio da dor deve ser promovido por métodos não farmacológicos, analgesia peridural, analgesia combinada ou suporte contínuo intraparto. Essas recomendações são consistentes com práticas observadas em inquéritos nacionais, como na Austrália, reforçando a importância de uma abordagem personalizada e humanizada para o manejo da dor durante o trabalho de parto (Cunha, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de analgesia e anestesia no trabalho de parto é uma estratégia fundamental para garantir o conforto e a segurança da gestante e do bebê. A escolha entre métodos não farmacológicos e farmacológicos deve levar em consideração fatores como a intensidade da dor, a evolução do parto, as condições clínicas da mãe e as recomendações da equipe obstétrica.

Métodos não farmacológicos como técnicas de respiração, massagem, hidroterapia e suporte emocional, podem ser eficazes para reduzir a dor e promover um parto mais natural. Já os métodos farmacológicos, como os analgésicos opioides, a anestesia peridural, a raquidiana e o duplo bloqueio, oferecem diferentes níveis de alívio da dor, mas também apresentam potenciais riscos, como hipotensão materna, prolongamento do trabalho de parto e interferências na vitalidade do bebê.

O manejo adequado da dor durante o parto não apenas proporciona mais conforto à gestante, mas também reduz os efeitos adversos da dor não controlada, como o aumento das catecolaminas, que podem comprometer a oxigenação fetal. Assim, a decisão sobre o uso de analgesia ou anestesia deve ser individualizada e baseada em uma abordagem humanizada, garantindo que a mulher tenha autonomia e suporte para escolher a melhor opção para o seu parto. O acompanhamento por uma equipe qualificada é essencial para minimizar riscos e proporcionar uma experiência segura e positiva para a mãe e o bebê.

REFERÊNCIA

AZEVEDO, L. Set al. Conhecimento de enfermeiras obstétricas em relação aos métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto. **Revista Eletrônica Vivências**, v. 16, n. 30, p. 115 -125, 2020.

CANELLA P.R.B. A preparação psicológica para o parto. In: Montenegro CAB e Filho R, editors. *Rezende Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2010. p. 211-19.

CUNHA A. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. **Femina**. V.38,N(11):599-606, 2010.

CUNHA, A. A. Indicações do parto a fórceps. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 12, p. 549-554, dez. 2011.

HAMDAMIAN, Set al. Effects of aromatherapy with Rosa damascena on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor. **Journal of Integrative Medicine**,v. 16, p. 120 -125, 2018.

KARASEK, G; MATA, J.A.L; VACCARI, A. O uso de óleos essenciais e aromaterapia no trabalho de parto. **Revista Cuidarte**, v. 13, n. 2, 2022.

LARA, S. R. G et al. Efeitos da terapia floral no trabalho de parto e nascimento: ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021

PESSOA, D.L.R et al. O uso da aromaterapia na prática clínica e interprofissional. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021.

SOUSA AMM, SOUZA KV, REZENDE EM, MARTINS EF, CAMPOS D, LANSKY S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**. 2016;20(2):324-31.

TREIGER N, PALMIRO A. Analgesia e anestesia. In: Montenegro CAB, Filho R, editors. *Rezende Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2010. p. 273-92.