



Problemas Durante o Parto







Controle da dor no trabalho de parto

- 1 Introdução
- 2 Métodos não-farmacológicos
 - 2.1 Técnicas que reduzem os estímulos dolorosos
 - 2.1.1 *Movimento e mudanças de posição maternas*
 - 2.1.2 *Contração*
 - 2.1.3 *Descompressão abdominal*
 - 2.2 Técnicas que ativam receptores sensoriais periféricos
 - 2.2.1 *Calor e frio superficiais*
 - 2.2.2 *Imersão em água durante o trabalho de parto e o parto*
 - 2.2.3 *Toque e massagem*
 - 2.2.4 *Acupuntura e acupressão*
 - 2.2.5 *Estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS)*
 - 2.2.6 *Injeção intradérmica de água estéril*
 - 2.2.7 *Aromaterapia*
 - 2.3 Técnicas que estimulam vias inibidoras descendentes
 - 2.3.1 *Focalização da atenção e distração*
 - 2.3.2 *Hipnose*
 - 2.3.3 *Música e audioanalgesia*
 - 2.3.4 *Biofeedback*
- 3 Controle farmacológico da dor no trabalho de parto
 - 3.1 Analgesia e anestesia regional
 - 3.1.1 *Analgesia peridural*
 - 3.1.2 *Outras vias de analgesia regional*
 - 3.2 Agentes sistêmicos
 - 3.2.1 *Opióides*
 - 3.2.2 *Sedativos e tranqüilizantes*
 - 3.3 Analgesia inalatória
- 4 Conclusões

1 Introdução

A dor que as mulheres sentem durante o trabalho de parto é muito variável, e também variam muito as respostas à dor. As reações de uma mulher à dor durante o trabalho de parto podem ser modificadas pelo ambiente no qual ela dá à luz e pelo suporte que recebe dos profissionais e acompanhantes (ver Cap. 28), assim como pelos métodos usados de alívio da dor. Ela necessitará de informações precisas para escolher o que for melhor, e de apoio à sua escolha.

Os profissionais devem perguntar a cada mulher, preferivelmente antes do início do trabalho de parto ou pelo menos antes de seu progresso, o que ela deseja e espera em termos de alívio farmacológico da dor. A colaboração para atender seus

desejos é importante para ajudá-la a sentir-se bem na sua experiência de parto. Há muitas opções, tanto farmacológicas quanto não-farmacológicas, para ela fazer. Embora a analgesia peridural seja o método mais eficaz de controle da dor, e seja o método mais popular de controle da dor em muitos países, muitas mulheres preferem evitar métodos farmacológicos se possível. A vontade de manter controle pessoal durante o trabalho de parto e o parto, o desejo de participar completamente da experiência e preocupações com efeitos indesejados dos medicamentos durante o trabalho de parto estão entre os fatores que influenciam suas atitudes. Como podem ser úteis para todas as mulheres, particularmente nos estádios iniciais do trabalho de parto antes que as opções farmacológicas sejam apropriadas, neste capítulo apresentaremos primeiro as opções não-farmacológicas.

2 Métodos não-farmacológicos

O estudo da transmissão da dor e sua modulação obteve muitos achados estimulantes, que foram aplicados em diversas condutas não-farmacológicas para aliviar a dor do parto. Algumas dessas condutas consistem no renascimento de métodos tradicionais, enquanto outras foram desenvolvidas recentemente. Podem ser proveitosamente classificadas em: técnicas que reduzem estímulos dolorosos; técnicas que ativam os receptores sensoriais periféricos; e técnicas que estimulam vias neurais inibidoras descendentes. Muitas dessas técnicas são ensinadas em cursos pré-natais de preparo para o parto (ver Cap. 4).

2.1 Técnicas que reduzem os estímulos dolorosos

A solução mais óbvia para o problema da dor é evitar ou reduzir os estímulos causadores. No trabalho de parto, os estímulos dolorosos decorrem das contrações uterinas ou da pressão exercida pela apresentação fetal sobre o colo, a vagina e as articulações pélvicas. Esses estímulos dolorosos não podem ser evitados, mas pelo menos teoricamente é possível usar técnicas para reduzi-los. Esse é o objetivo de várias posições maternas, movimentos, contração e descompressão abdominal.

2.1.1 *Movimento e mudanças de posição maternas*

As mulheres em trabalho de parto percebem que sentem menos dor em algumas posições do que em outras. Se for permitido,

geralmente escolherão as posições mais confortáveis. Muitas mulheres em trabalho de parto hoje ficam restritas ao leito, seja devido às expectativas culturais ou às práticas obstétricas, como monitorização eletrônica fetal, hidratação intravenosa e medicamentos que tornam a movimentação fora do leito difícil ou arriscada.

Apesar dessas limitações, as mulheres parecem preferir a liberdade de movimentos quando é permitido. Ao serem incentivadas a assumir qualquer posição dentro ou fora do leito durante o trabalho de parto, as mulheres adotam espontaneamente posturas ortostáticas, como sentada, de pé e caminhando, freqüentemente retornando a uma posição deitada no trabalho de parto avançado.

Quando a mãe muda de posição, altera as relações entre a gravidade, as contrações uterinas, o feto e sua pelve. Isso pode estimular o progresso do trabalho de parto e reduzir a dor. Por exemplo, a pressão da cabeça fetal contra a articulação sacroilíaca pode ser aliviada se a mãe passar de uma postura de semidecúbito para outra, incluindo “posição de quatro apoios”, decúbito lateral ou várias posições ortostáticas. Os efeitos da posição materna sobre a dor são influenciados por diversos fatores, incluindo o tamanho e a posição do feto, a relação entre a cabeça do feto e a pelve materna e a força das contrações uterinas. Sabendo disso, profissionais experientes tentam não restringir as mulheres, mas incentivá-las a procurar posições confortáveis, sugerem possíveis posições e confirmam no julgamento da mulher.

Existem poucos dados de estudos controlados a respeito dos efeitos da deambulação sobre o alívio da dor. Não foram demonstrados efeitos sobre o uso da analgesia ou anestesia. O mau posicionamento da cabeça fetal pode resultar em forte dor nas costas durante o trabalho de parto e está associado ao progresso lento e ao aumento do risco de parto cirúrgico. Embora não haja estudos controlados de sua eficácia no trabalho de parto, as posições que usam a gravidade e/ou maximizam a largura da pelve, como a posição de quatro apoios e a “posição de ataque” (com uma perna na frente da outra), podem ajudar a rodar a cabeça fetal.

2.1.2 *Contração*

A contração consiste na aplicação de grande força contínua em um ponto da região lombar durante as contrações, utilizando o próprio punho, a base da palma da mão ou um objeto firme, ou em pressão na lateral dos quadris, utilizando as duas mãos. Embora não haja estudos controlados sobre sua eficácia, a contração parece aliviar a dor nas costas em algumas mulheres em trabalho de parto. Parece ser mais eficaz quando a mulher sente dor muito forte nas costas, freqüentemente relacionada a uma posição occipital posterior.

2.1.3 *Descompressão abdominal*

A descompressão abdominal (ver Cap. 16) foi introduzida em meados da década de 1950 como um método não-farmacológico para encurtar o trabalho de parto e reduzir a dor. Embora relatos baseados em observações casuais tenham sido positivos, seu uso foi praticamente abandonado, em parte devido à ausência de boas evidências de seu benefício, mas também porque algumas mulheres consideraram o aparelho de descompressão desajeitado, constritivo, ruidoso e desconfortável.

2.2 Técnicas que ativam receptores sensoriais periféricos

2.2.1 *Calor e frio superficiais*

O calor superficial é produzido por objetos quentes ou mornos, como bolsas de água quente, toalhas úmidas aquecidas, almofadas elétricas, compressas de gel de sílica aquecidas, cobertores e duchas. O frio superficial pode ser obtido com bolsas de gelo, pedras de gelo, compressas de gel de sílica congeladas e toalhas umedecidas em água fria ou gelada.

Além dos possíveis efeitos diretos sobre a percepção da dor, diversas respostas fisiológicas produzidas pelo calor e pelo frio podem causar alívio indireto da dor. Os usos terapêuticos do calor e do frio não foram avaliados em estudos controlados e randômicos. Os dados de estudos observacionais sugerem que ambos podem ser eficazes. A aplicação de compressas quentes à parte inferior do abdome, região inguinal ou períneo, de um cobertor aquecido sobre todo o corpo ou de compressas de gelo na região lombar, no ânus ou no períneo alivia a dor de algumas mulheres em trabalho de parto. Como medidas de conforto, o calor e o frio são amplamente aceitos, se não completamente compreendidos.

2.2.2 *Imersão em água durante o trabalho de parto e o parto*

As propriedades benéficas e analgésicas da água — quente ou fria, corrente ou parada, pulverizada ou derramada — foram aclamadas durante séculos. Nos últimos anos, a imersão em água durante o trabalho de parto e o parto despertou interesse em muitos países, em resposta às solicitações femininas dessa forma de conforto. A prática varia muito e inclui o uso de duchas, banheiras, hidromassagem e “piscinas de parto” especiais. Em casa, as mulheres podem usar sua própria banheira ou uma piscina de parto. Alguns hospitais permitem que as mulheres tragam uma piscina de parto, e um número cada vez maior de hospitais está instalando banheiras, piscinas e/ou duchas.

Não há constância nos critérios desenvolvidos para orientar a prática. As diretrizes podem impedir que algumas

mulheres usem uma piscina devido a condições como elevação da pressão arterial ou a necessidade de monitorização eletrônica fetal. Podem especificar uma dilatação cervical mínima antes de entrar na água, a temperatura da água, e se as mulheres poderão ou não permanecer na água durante o segundo estágio, o parto ou o terceiro estágio. Essas diretrizes foram baseadas na experiência e em considerações teóricas, pois atualmente há poucos dados para apoiá-las, ou mesmo nenhum.

Os defensores enfatizam o efeito relaxante da água, que pode reduzir a necessidade de métodos farmacológicos de alívio da dor. Alguns sugerem que a imersão na água pode acelerar o trabalho de parto, reduzir a pressão arterial, aumentar o controle materno sobre o ambiente do parto, resultar em menor traumatismo do períneo e menor necessidade de intervenções em geral e introduzir o bebê no mundo com suavidade. Os críticos afirmam que pode haver aumento do risco de infecção da mãe e do bebê, possíveis inibições de contrações eficazes, aumento do risco de traumatismo perineal, hemorragia pós-parto, embolia por água e traumatismo do bebê por um trabalho de parto e/ou parto na água. Os profissionais também podem correr risco de infecção e dor nas costas.

Relatos de casos recentes levantam dois outros possíveis problemas. O uso de água muito quente durante várias horas de trabalho de parto foi relacionado à hipertermia, possivelmente causando lesão encefálica ou morte do feto. Foram descritas algumas mortes quando o bebê foi mantido sob a água após o parto, provavelmente por se acreditar que uma transição lenta da água para o ar resultaria em uma introdução suave na vida. São necessários estudos grandes e bem controlados para determinar a segurança e a eficácia da imersão em água durante o parto, particularmente em relação a possíveis complicações neonatais. Enquanto isso, pareceria prudente restringir a temperatura da água à temperatura corporal ou menor, e trazer o bebê à superfície assim que ele nascer.

A imersão em água durante o trabalho de parto, mas não durante o parto, foi avaliada em quatro estudos randomizados com a participação de mais de 1.400 mulheres. Não foram identificados benefícios ou complicações claros para as mães ou bebês, embora no estudo canadense mais recente as mulheres que usaram a banheira tenham relatado menos dor após imersão, e mais de 80% afirmaram que usariam a banheira nos próximos partos.

2.2.3 Toque e massagem

O uso do toque físico de várias formas pode transmitir mensagens de alívio da dor, dependendo da natureza e das circuns-

tâncias do toque. A colocação da mão sobre um ponto dolorido, um tapinha de tranquilização, o afago dos cabelos ou da face em um gesto de afeição, um abraço firme ou a massagem intencional mais formal da mão ou de outras partes do corpo — todos transmitem ao receptor uma mensagem de interesse, de vontade de estar perto e ajudar.

O objetivo da massagem é fazer as pessoas sentirem-se melhor, ou aliviar a dor e facilitar o relaxamento. A massagem adquire a forma de golpes leves ou firmes, vibração, amassamento, pressão circular profunda, pressão contínua e manipulação articular. Pode-se usar as pontas dos dedos, as mãos ou vários aparelhos que rolam, vibram ou pressionam. Teoricamente, as várias formas de massagem estimulam diferentes receptores sensoriais. Quando são interrompidas, a consciência da dor aumenta. Além disso, o fenômeno de adaptação pode diminuir os efeitos analgésicos da massagem durante um período. Portanto, o uso de massagem intermitente ou a variação no tipo de golpe e na localização do toque podem prolongar os efeitos de alívio da dor.

Nenhuma das técnicas de toque ou massagem foi submetida a avaliação científica cuidadosa, mas a intervenção parece ser inofensiva e é bem recebida por muitas mulheres em trabalho de parto. Pode ser facilmente interrompida se a mulher desejar.

2.2.4 Acupuntura e acupressão

A acupuntura consiste na inserção de agulhas estrategicamente posicionadas em qualquer um dos mais de 365 pontos ao longo dos 12 “meridianos” do corpo. Geralmente é associada a uma corrente elétrica, que parece aumentar o efeito analgésico. Os profissionais variam na escolha dos pontos, do tamanho da agulha e do método de inserção. A acupuntura parece bloquear os componentes sensoriais e emocionais da dor, mas não se compreende bem o mecanismo.

Não foram publicados estudos controlados sobre o uso da acupuntura durante o trabalho de parto, apesar das sugestões de que poderia proporcionar boa analgesia. As técnicas envolvidas são complexas e demoradas, e o uso de múltiplas agulhas acopladas a estimuladores elétricos é inconveniente e pode imobilizar a mulher.

A acupressão foi denominada “acupuntura sem agulhas”. A técnica envolve a aplicação de pressão ou de massagem profunda nos pontos tradicionais da acupuntura, com o polegar, a ponta do dedo, a unha ou a palma da mão. Não há relatos publicados sobre seus efeitos, sejam baseados em observações casuais ou científicas. A acupressão pode ser aprendida e aplicada por um acompanhante não-profissional da mulher em trabalho de parto. A avaliação bem controlada de sua eficácia

seria válida para estabelecer seu lugar (se houver) como medida de conforto para o trabalho de parto.

2.2.5 Estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS)

A estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS) é um método não-invasivo e fácil de usar que pode ser interrompido rapidamente se necessário. Usada originalmente para alívio da dor crônica, do traumatismo e da dor pós-cirúrgica, a estimulação nervosa elétrica transcutânea também foi introduzida para o alívio da dor no trabalho de parto.

A unidade TENS consiste em uma caixa portátil que contém um gerador de impulsos elétricos alimentado por bateria. Uma corrente elétrica de baixa voltagem é transmitida para a pele usando eletrodos de superfície, e isso resulta em sensação de “zunido” ou formigamento. A mulher em trabalho de parto pode variar a intensidade, a frequência de pulso e os padrões de estimulação, de forma que possa aumentar, diminuir ou pulsar as sensações como quiser.

As preocupações com a segurança concentraram-se em efeitos teoricamente possíveis da estimulação nervosa elétrica transcutânea de alta intensidade sobre a função cardíaca do feto, principalmente quando os eletrodos são colocados sobre a parte inferior do abdome próximo ao feto. Uma outra preocupação é que pode interferir com sinais de monitores eletrônicos fetais. Embora não tenham sido descritos efeitos indesejados sobre o feto, houve apenas uma investigação sobre a segurança fetal da TENS. Em 15 nascidos, os pesquisadores estabeleceram um limite ou nível máximo de densidade da corrente de 0,5 mA/mm² quando a TENS foi usada na região suprapúbica. Não foram detectados efeitos fetais adversos. Houve menor preocupação quando os eletrodos são colocados apenas nas costas, local onde foram colocados na maioria dos estudos.

A estimulação nervosa elétrica transcutânea para alívio da dor no parto foi submetida a estudos mais controlados que qualquer uma das outras modalidades de analgesia não-farmacológica. Infelizmente, os resultados dos estudos ainda são inconclusivos. Em alguns estudos, foi descrito que a TENS aumenta, ao invés de diminuir, a incidência de dor intensa, porém foi avaliada favoravelmente pelas mulheres que a utilizaram. A comparação direta entre TENS e petidina (meperidina) não demonstrou qualquer efeito diferencial sobre a dor, e o uso de TENS não tem efeito óbvio sobre o uso de outras formas de analgesia.

2.2.6 Injeção intradérmica de água estéril

Estudos controlados demonstraram um efeito analgésico dramático sobre a dor lombar no trabalho de parto com a injeção

intradérmica de pequenas quantidades (0,1 ml) de água estéril em quatro pontos na região lombar, aproximadamente correspondentes às bordas do sacro. Essa medida simples merece avaliação adicional, mas mesmo com os dados disponíveis atualmente parece válido experimentá-la.

2.2.7 Aromaterapia

A aromaterapia tem sido cada vez mais usada nos últimos anos. O termo refere-se ao uso de óleos essenciais como os de lavanda, rosa, camomila e esclaréia. Eles podem ser administrados de várias formas, incluindo em óleo durante uma massagem, em água quente como banho ou esalda-pés, diretamente sobre uma vela ou uma gota na palma da mão ou na frente da mulher em trabalho de parto, ou aplicados com uma compressa facial quente. Acredita-se que os óleos tenham diversas propriedades específicas. Por exemplo, a camomila é considerada calmante, e a esclaréia é considerada fortalecedora das contrações mediante diminuição do estresse e da tensão. A aromaterapia também pode reduzir o estresse e a tensão entre profissionais e acompanhantes de trabalho de parto.

Não há estudos sobre o uso desses óleos no trabalho de parto, embora haja relatos de que as mulheres os consideram confortantes e eficazes. São necessários estudos randomizados para esclarecer os possíveis benefícios e riscos. Por exemplo, poderia ser útil realizar avaliações dos efeitos sobre a ação uterina, sobre o uso de outras formas de alívio da dor e possíveis efeitos colaterais adversos, incluindo reações alérgicas, e (como as mulheres em trabalho de parto podem ser agudamente sensíveis ao olfato) náuseas, vômitos e cefaléia.

2.3 Técnicas que estimulam vias inibidoras descendentes

2.3.1 Focalização da atenção e distração

Muitos métodos para lidar com a dor envolvem a participação consciente do indivíduo na concentração da atenção ou atividades de distração, destinadas a “não pensar na dor”.

A concentração da atenção pode ser obtida por atividades intencionais da mulher em trabalho de parto. Os exemplos incluem atenção ao treinamento verbal, visualização e auto-hipnose, realização de tarefas familiares (como arrumar-se e comer), concentração em um estímulo visual, auditivo, tátil ou de outro tipo, e respiração padronizada. Embora a respiração padronizada continue a ser ensinada em muitos programas de educação para o parto, nenhum estudo controlado avaliou sua eficácia. Os resultados de um pequeno estudo de respiração padronizada sugerem que ela pode aumentar a fadiga materna se for iniciada muito cedo no trabalho de parto, e deve ser restrita ao trabalho de parto ativo.

A distração pode ser uma forma mais passiva de concentração da atenção, com estímulos do ambiente (televisão ou uma caminhada externa) ou de outras pessoas que afastam a atenção da mulher da dor. Não requer tanta concentração mental quanto as medidas deliberadas de concentração da atenção, e provavelmente é ineficaz quando a dor é intensa. A concentração da atenção e a distração geralmente são usadas associadas a outras estratégias.

2.3.2 Hipnose

A hipnose foi introduzida na obstetrícia no início do século XIX e tem sido usada de várias formas desde então. É definida como “uma alteração temporária do estado de consciência, na qual o indivíduo tem maior sugestibilidade”. Sob hipnose, uma pessoa demonstra relaxamento físico e mental, aumento da concentração, capacidade de modificar a percepção e capacidade de controlar respostas fisiológicas normalmente incontroláveis, como pressão arterial, fluxo sanguíneo e frequência cardíaca.

A hipnose é usada de duas formas para controlar a percepção da dor no parto: auto-hipnose e sugestão pós-hipnótica. A maioria dos hipnoterapeutas ensina auto-hipnose, de forma que as mulheres possam entrar em transe durante o trabalho de parto e reduzir a consciência das sensações dolorosas. Entre as técnicas usadas estão: relaxamento; visualização (ajudar a mulher a imaginar uma cena segura e agradável e colocar-se lá, simbolizando sua dor como um objeto que pode ser descartado, ou imaginando-se no controle ou livre da dor); distração (concentração em alguma outra coisa além da dor); e anestesia em luva (através da sugestão, criando uma sensação de dormência em uma das mãos, e depois disseminando aquela dormência para onde quiser ao colocar a mão dormente sobre os locais do corpo desejados). A mulher aprende a induzir essas técnicas sozinha; apenas raramente os hipnoterapeutas acompanham suas clientes no trabalho de parto.

Outros terapeutas confiam quase totalmente na sugestão pós-hipnótica. Esses hipnoterapeutas não ensinam suas clientes a entrar em estado hipnótico rotineiramente durante o trabalho de parto, porque elas não precisarão. Eles afirmam que a maioria das mulheres sentir-se-á confortável em virtude da eficácia das sugestões pós-hipnóticas. São exceções circunstâncias como parto com fórceps ou episiotomia e rafia, nas quais seria necessário entrar em transe.

Até hoje foi descrito apenas um estudo randomizado de hipnose no trabalho de parto. Não houve diferença no uso de analgesia entre os grupos experimental e de controle. A duração média da gravidez e a duração média do trabalho de parto

foram estatisticamente bem maiores no grupo de mulheres hipnotizadas.

A hipnose perdeu sua popularidade entre os obstetras no início da década de 1970, provavelmente devido ao desenvolvimento de melhores métodos de anestesia e ao tempo necessário para preparo adequado da hipnose.

2.3.3 Música e audioanalgesia

A música e a audioanalgesia são usadas para controlar a dor em muitas situações, incluindo tratamentos dentários, dor pós-operatória, tratamento de queimaduras, e algumas vezes o parto. Muitos educadores usam música nos cursos pré-natais para criar um ambiente pacífico e relaxante, e também defendem seu uso durante o trabalho de parto para ajudar no relaxamento.

A audioanalgesia para alívio da dor em obstetrícia consiste no uso de música calmante entre as contrações associada ao “ruído neutro”, cujo volume é controlado pela mulher em trabalho de parto, durante as contrações. O único estudo controlado por placebo publicado sobre audioanalgesia observou uma tendência a maior alívio da dor no grupo submetido a audioanalgesia, mas o efeito foi limitado a primigrávidas, e não foi estatisticamente significativo. Como o “placebo” consistia em uma menor intensidade de ruído neutro, que poderia ter qualidades próprias de alívio da dor, o verdadeiro benefício da audioanalgesia pode ter sido mascarado. Vários outros pesquisadores relataram diminuição do uso de medicação analgésica e menos dor com o uso de audioanalgesia em estudos de coortes não-aleatórios. Esses resultados, embora questionáveis, merecem estudos com melhor controle.

As qualidades agradáveis da música podem oferecer uma dimensão adicional além da distração produzida pelo ruído neutro. A música cria um ambiente agradável e relaxante, e a música transmitida por fones de ouvido pode bloquear sons que perturbam, distraem ou são desagradáveis. Quando cuidadosamente escolhida, a música pode ser usada para reforçar padrões respiratórios rítmicos e manobras de massagem, ou para facilitar visualizações e indução de hipnose. Assim, a música pode reduzir o estresse e potencializar outras medidas de alívio da dor. A música também pode induzir comportamento mais relaxado e positivo na equipe e nos acompanhantes escolhidos pela mulher.

Os poucos e pequenos estudos realizados sobre os efeitos analgésicos da música no trabalho de parto constataram efeitos positivos. Esses estudos pequenos sobre a dor no parto, quando associados aos achados dos efeitos da música ou da estimulação auditiva sobre outros tipos de dor (por ex., dor

pós-operatória, dor de dente, dor associada ao tratamento da queimadura), sugerem que a música tem a capacidade de reduzir a dor, ao menos em algumas circunstâncias. Como não há riscos conhecidos associados ao uso de música durante o trabalho de parto, e como as preferências musicais variam muito, as mulheres que acreditam que alguma forma de música pode ser útil devem ser incentivadas a experimentá-la.

2.3.4 Biofeedback

Estudos de *biofeedback* eletromiográfico ensinado durante os cursos pré-natais não demonstraram qualquer efeito significativo sobre o uso de analgesia farmacológica ou outras intervenções durante o parto.

3 Controle farmacológico da dor no trabalho de parto

O controle farmacológico da dor no parto tem uma longa história. O uso de opiáceos foi mencionado em antigos escritos chineses; o consumo de vinho foi relatado na literatura persa; e era comum a auto-administração de vinho, cerveja e conhaque na Europa durante a Idade Média. Várias concocções e poções foram usadas com o passar do tempo, algumas inaladas, outras ingeridas e ainda outras aplicadas à pele da mulher em trabalho de parto.

Foram realizados mais estudos clínicos sobre o alívio farmacológico da dor durante o trabalho de parto e o parto do que sobre qualquer outra intervenção no campo perinatal. Os benefícios do alívio da dor são evidentes, mas os possíveis efeitos adversos sobre a mãe ou o lactente receberam pouca atenção nessa pesquisa. A questão clinicamente importante é “que método produzirá um grau aceitável de alívio da dor, ao mesmo tempo causando mínimo comprometimento da saúde da mãe e da criança?”

3.1 Analgesia e anestesia regional

Nos últimos 20 anos, as técnicas de anestesia regional surgiram como a principal conduta para alívio da dor em obstetrícia, não apenas no trabalho de parto mas também nos partos vaginais cirúrgicos e na cesariana. Houve muitas razões para a popularidade da anestesia regional. As mais importantes são que é mais eficaz no alívio da dor que outros agentes e que a mãe permanece consciente.

3.1.1 Analgesia peridural

O “paradigma” para controle da dor no trabalho de parto é a analgesia ou anestesia peridural. Os anestésicos regionais (bupivacaína, xilocaína, etc.) e os analgésicos opióides (fentanil,

sufentanil, etc.) podem ser administrados isoladamente ou associados à via peridural. Quando o objetivo é o bloqueio motor completo ou parcial, são administrados anestésicos locais. Quando o objetivo é a analgesia sem bloqueio motor total, são administradas menores doses de anestésicos locais, algumas vezes precedidas por opióides, ou associadas a eles.

Onze estudos controlados randômicos compararam a analgesia peridural com outras formas de analgesia durante o trabalho de parto e o parto. A analgesia peridural proporciona alívio maior e mais demorado da dor no primeiro estágio do trabalho de parto, embora algumas mulheres não obtenham alívio adequado. Os efeitos adversos da analgesia peridural sugeridos por esses estudos bastante pequenos incluíram aumento da duração do primeiro e do segundo estágio do trabalho de parto, aumento do uso de ocitocina para estimular o trabalho de parto e maior probabilidade de má posição fetal e parto vaginal instrumental. A metanálise também mostra uma forte tendência a aumento da frequência de cesarianas com a analgesia peridural.

O momento da analgesia peridural pode ser importante, pois nesses estudos só foi constatado aumento das taxas de parto cirúrgico em mulheres que receberam analgesia peridural no início do trabalho de parto. É necessário mais estudos para confirmar ou refutar isso, pois ainda não há estudos randômicos que abordem essa importante questão. O aumento do risco de parto instrumental associado à analgesia peridural pode ser reduzido por determinação cuidadosa do momento das doses máximas e por uma postura liberal em relação à duração do segundo estágio do trabalho de parto. As comparações entre o esforço de empurrar precoce e tardio no segundo estágio sob analgesia peridural sugerem que o retardo do esforço até que a cabeça do feto seja visível no intróito reduzirá o risco de parto cirúrgico.

Foram descritas diversas complicações da analgesia peridural, incluindo punção inadvertida da dura-máter, hipotensão com náuseas e vômitos associados, dor localizada nas costas por curto período, calafrios e trabalho de parto prolongado, bem como aumento do uso de parto vaginal cirúrgico e cesariana. As complicações raras incluem seqüelas neurológicas, reações tóxicas à droga, insuficiência respiratória e morte materna. Complicações possíveis, mas ainda não-comprovadas, são disfunção vesical, cefaléia crônica, dor prolongada nas costas, formigamento e dormência e “confusão sensorial”. Serão necessárias comparações randômicas para confirmar ou refutar essas observações.

A punção inadvertida da dura-máter durante um bloqueio peridural pode resultar em cefaléia intensa, freqüentemente incapacitante. O uso de um tampão sanguíneo peridural pro-

filático é muito eficaz na redução da incidência de cefaléia após punção da dura-máter. Infelizmente, não há dados sobre possíveis efeitos a longo prazo. Características do paciente como estado HIV ou sepse podem contra-indicar o uso de um tampão sanguíneo. Solução salina ou dextrano peridural são opções quando o tampão sanguíneo peridural é malsucedido ou contra-indicado. A morfina peridural foi sugerida como opção ao tampão sanguíneo peridural para tratamento primário, sendo o tampão sanguíneo reservado como modalidade de segunda linha. Outros medicamentos que parecem ser eficazes incluem cafeína oral ou intravenosa, teofilina e sumatriptano. Embora haja diversos estudos observacionais e relatos de caso, há poucos estudos controlados sobre os vários tratamentos sugeridos.

Sabe-se pouco a respeito dos efeitos da analgesia peridural sobre o feto e o recém-nascido. O feto pode sofrer complicações em virtude dos efeitos maternos (por ex., hipotensão) ou toxicidade farmacológica direta, embora possa ser beneficiado por aumento do fluxo sanguíneo placentário. Não foram detectados efeitos diferenciais sobre as anormalidades da frequência cardíaca fetal ou eliminação de mecônio durante o trabalho de parto nos poucos estudos em que esses resultados foram descritos. Um estudo comparou a analgesia peridural ao bloqueio paracervical, e constatou que bebês nascidos de mães que receberam analgesia peridural eram mais propensos a apresentar hipoglicemia. São necessários outros estudos para confirmar ou refutar esse efeito observado.

A dose de anestésico local usada nas anestésias peridurais pode variar muito entre os hospitais. Diversos estudos, geralmente envolvendo pequenos números de mulheres, compararam os esquemas de dose de vários anestésicos. O esforço despendido nesses estudos é desproporcional ao seu valor, em vista da importância de se esclarecer a segurança e a eficácia do próprio método em comparação com os efeitos de drogas ou esquemas de dose específicos. Alguns cuidadores acreditam que a analgesia peridural de baixa dosagem reduzirá a necessidade de parto cirúrgico promovendo liberdade de movimento durante o trabalho de parto e o parto e evitando relaxamento da musculatura pélvica. Até hoje, diversos estudos comparando a baixa dosagem com a analgesia peridural padrão não constataram diferenças nas taxas de parto cirúrgico. Entretanto, embora tenha sido permitido que as mulheres caminhassem nos estudos, elas passaram pouco tempo fora da cama.

A analgesia peridural pode ser administrada continuamente com um dispositivo de infusão ou por doses “necessárias” intermitentes, através de um cateter de demora. Em qualquer caso, deve-se ter cuidado para assegurar que a altura do blo-

queio seja monitorizada cuidadosamente. Quando usada como técnica intermitente, as doses de reposição regulares proporcionam melhor alívio da dor que a administração por solicitação materna.

Em mulheres saudáveis, há dados de um estudo controlado informando que a administração prévia de líquidos intravenosos é uma forma eficaz de reduzir a incidência e o grau da hipotensão que é tão comum na analgesia peridural no trabalho de parto. Os riscos e benefícios relativos da administração de líquidos antes da anestesia peridural na presença de complicações da gravidez, como pré-eclâmpsia e doença cardíaca, exigem avaliação adicional.

A administração peridural de opióides parece potencializar o efeito analgésico do anestésico local. Os efeitos indesejados dos opióides peridurais incluem prurido, retenção urinária e depressão respiratória tardia na mãe.

Praticamente não existem dados de estudos randomizados para explorar os possíveis efeitos a longo prazo da analgesia peridural sobre a mãe ou o bebê. Estudos de observação de problemas maternos de longo prazo sugeriram que a analgesia peridural pode aumentar a probabilidade de dor crônica nas costas, cefaléia, problemas vesicais, formigamento e dormência e confusão sensorial, mas esses efeitos não foram investigados nos estudos randomizados. Um único relato de avaliações neurocomportamentais de crianças de 18 meses não detectou diferenças entre os grupos submetidos e não-submetidos a anestesia peridural nessa idade.

Em resumo, a analgesia peridural é uma forma mais eficaz de alívio da dor que outras formas de analgesia, mas aumenta a probabilidade de parto cirúrgico. Há pouco mais a ser deduzido com segurança sobre seus efeitos a partir das informações disponíveis atualmente. É particularmente preocupante que haja tão poucos dados experimentais para avaliar seus efeitos sobre lactentes ou seus efeitos a longo prazo sobre a mãe. Os hospitais que têm serviços de analgesia peridural 24 horas possuem taxas muito baixas de uso de analgesia narcótica em trabalho de parto, mas não se pode concluir com isso que a analgesia peridural seja, no todo, superior a outras formas de analgesia farmacológica.

Quando os recursos permitem a disponibilidade das várias opções de alívio da dor, as preferências informadas das mulheres devem orientar decisões sobre o que e quanto usar. As mulheres devem ser informadas que uma forma de assistência sem riscos conhecidos (suporte contínuo durante o trabalho de parto) reduz a probabilidade de que precisem de alívio farmacológico da dor durante o trabalho de parto (ver Cap. 28).

3.1.2 Outras vias de analgesia regional

As técnicas subaracnóidea/peridural combinadas (administração intratecal de opiáceos no primeiro estágio do trabalho de parto, seguida por bupivacaína peridural mais adiante) tornaram-se populares em alguns hospitais. Como ocorre com a administração peridural de opiáceos, as mães podem desenvolver efeitos colaterais de prurido, náuseas e vômitos, e retenção urinária, com depressão respiratória no início do período pós-parto.

Recentemente, aumentou o interesse no uso de raquianestesia devido à introdução de novas agulhas, de menor calibre, que, segundo os relatos, causam menos cefaléias por punção da dura-máter.

Hoje, o bloqueio caudal raramente é usado para analgesia durante o trabalho de parto. Requer uma maior dose do anestésico, causa bloqueio de mais segmentos neurais, e a difusão do anestésico é mais difícil de controlar do que com a forma habitual de analgesia peridural. Há fracassos em 5-10% das mulheres devido à variação na anatomia sacral. A única vantagem do bloqueio caudal em relação à técnica peridural lombar é a diminuição da probabilidade de punção da dura-máter. O bloqueio caudal pode ter algumas aplicações úteis na analgesia perineal, mas ainda é necessário avaliá-las.

O bloqueio paracervical produz analgesia adequada e tem a vantagem de o obstetra poder administrá-lo, evitando assim a necessidade de um anesthesiologista. Essa forma de analgesia foi popular nas décadas de 1950 e 1960, mas caiu em desuso devido aos relatos de bradicardia fetal, acidose e morte fetal associados ao seu uso.

3.2 Agentes sistêmicos

3.2.1 Opióides

Os opióides sistêmicos (como a petidina) podem proporcionar algum alívio da dor, mas podem ter efeitos colaterais indesejados. Como esses efeitos estão relacionados com a dose, o grau de analgesia é limitado pelos efeitos colaterais da droga. Os efeitos colaterais maternos incluem hipotensão ortostática, náusea, vômito, tonteira e retardo do esvaziamento gástrico. Os opióides atravessam a placenta, e isso pode causar depressão respiratória no bebê. Os dados do estudo mostraram menores índices de Apgar e mais anormalidades comportamentais neonatais em bebês de mães que receberam analgesia narcótica durante o trabalho de parto do que em bebês de mães que receberam placebo.

Foram realizados 16 estudos comparando diferentes opióides e diferentes doses de opióides. Devido aos problemas metodológicos e à ausência de uniformidade no relato dos resultados, não é possível chegar a conclusões sobre a superioridade de qualquer medicamento ou de qualquer dose.

A petidina intravenosa auto-administrada resulta em melhor alívio da dor e uma menor dose total de narcóticos do que a petidina intramuscular administrada por um profissional. Isso sugere que pode ser preferível a auto-administração, ao menos para mulheres que já estejam recebendo uma infusão intravenosa.

Foram administrados antagonistas dos narcóticos (Naloxona, nalorfina ou levalorfan) para neutralizar os efeitos depressores dos opióides, seja com cada dose de narcótico ou 10-15 minutos antes do parto. O objetivo era produzir analgesia com depressão respiratória mínima, mas os antagonistas dos narcóticos também revertem os efeitos analgésicos dos narcóticos. Após o parto, a administração de antagonistas dos narcóticos (Naloxona em particular) é útil nos recém-nascidos com depressão causada por narcóticos.

3.2.2 Sedativos e tranqüilizantes

Embora os sedativos e tranqüilizantes já tenham sido uma escolha popular dos clínicos, por acreditarem que reduziram a ansiedade e promoveriam o sono no início do trabalho de parto, hoje os sedativos e tranqüilizantes raramente são prescritos durante o trabalho de parto. Os barbitúricos (secobarbital, pentobarbital e amobarbital) não são mais populares para uso em obstetrícia porque não têm propriedades analgésicas, e porque podem ter um profundo efeito depressor sobre o recém-nascido. Ainda são usados por seu efeito sedativo em alguns países na fase latente inicial do trabalho de parto. O diazepam (um benzodiazepínico) pode causar depressão respiratória neonatal, hipotonia e letargia e hipotermia.

3.3 Analgesia inalatória

O uso de analgesia inalatória durante o trabalho de parto, que já foi popular em muitos países, vem diminuindo nos últimos anos, basicamente porque não produz alívio confiável ou completo da dor. Os efeitos colaterais de náusea e vômito, bem como a possibilidade de aspiração do conteúdo gástrico em casos de superdosagem acidental, reduzem ainda mais a utilidade do método. Não está mais disponível em muitos lugares devido a preocupações com possíveis efeitos a longo prazo da exposição de médicos e enfermeiros a agentes inalatórios.

As vantagens da analgesia inalatória são que a mãe se mantém acordada e controla a analgesia; a atividade uterina não é afetada nem a “força para empurrar” durante o segundo estágio; a duração do efeito é curta, permitindo melhor controle; e não foram observados efeitos colaterais clinicamente importantes na mãe ou no feto.



O analgésico inalatório mais usado é o óxido nitroso, geralmente em concentração de 50% com oxigênio a 50%. Os estudos que comparam a administração de óxido nitroso a 50% com o óxido nitroso a 70% não mostraram diferenças significativas no alívio da dor em trabalhos de parto normais. Também foram empregados outros analgésicos inalatórios (metoxiflurano, enflurano, isoflurano, tricloroetileno), mas seu uso foi reduzido ou eliminado devido à dificuldade de produzir analgesia adequada sem induzir anestesia geral, com seus riscos inerentes durante o trabalho de parto.

4 Conclusões

A satisfação no parto não depende da ausência de dor. Muitas mulheres estão dispostas a sentir alguma dor no parto, mas não querem que a dor seja excessiva. No caso das mulheres cujos objetivos para o parto incluem o emprego de medidas para controlar a dor com o uso mínimo de drogas, e daquelas que têm pouco ou nenhum acesso a métodos farmacológicos de alívio da dor, os métodos não-farmacológicos de analgesia no parto, associados ao suporte contínuo, são opções úteis. Não podem ser comparados à analgesia peridural em relação à eficácia analgésica, mas parecem ajudar algumas mulheres e não tendem a causar efeitos colaterais prejudiciais.

Os opióides sistêmicos podem reduzir a dor no trabalho de parto, embora não proporcionem alívio da dor tão eficazmente quanto a analgesia peridural. Seu uso em doses eficazes é limitado por seus efeitos colaterais de sonolência materna, náuseas e vômitos e depressão respiratória neonatal. Esses efeitos, associados à consequência de retardo do esvaziamento gástrico, devem ser lembrados, particularmente se houver possibilidade de uso de anestesia geral no parto. Os opióides intravenosos auto-administrados parecem proporcionar melhor alívio da dor com menores doses do que o uso intermitente, embora a ausência de dispositivos de infusão adequados possa limitar seu uso amplo.

Os barbitúricos não têm efeito analgésico. O diazepam pode causar depressão respiratória neonatal, hipotonia e hipotermia. Agentes inalatórios, como óxido nitroso a 50% em oxigênio, são analgésicos apenas moderadamente eficazes, mas seu uso é simples, eles têm curta duração de ação e estão sob controle materno. Não foram observados efeitos colaterais importantes.

Sabe-se muito pouco sobre os efeitos de curto e longo prazos da analgesia peridural durante o trabalho de parto, nas mulheres e em seus bebês. Tudo que se pode concluir com segurança é que a analgesia peridural tende a proporcionar analgesia mais eficaz durante o trabalho de parto que os métodos opcionais, mas pode resultar em aumento significativo

do uso de partos cirúrgicos. São necessários estudos mais bem planejados sobre a analgesia peridural, que examinem questões importantes a respeito dos efeitos de curto e longo prazos sobre a mãe e o bebê. Em vista das muitas questões importantes e sem resposta sobre os efeitos da analgesia peridural durante o trabalho de parto, são necessárias mais comparações randômicas com outros métodos de analgesia.

A avaliação das necessidades de cada mulher em trabalho de parto, juntamente com o conhecimento da eficácia analgésica e dos efeitos colaterais adversos de cada forma de analgesia, ajudará a mulher a fazer uma escolha informada entre as opções disponíveis.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Dickersin, K., Pharmacological control of pain during labour.

Simkin, P., Non-pharmacological methods of pain relief during labour.

Biblioteca Cochrane

Elbourne, D. and Wiseman, R.A., Types of intra-muscular opioids for maternal pain relief in labour.

Hodnett, E.D., Caregiver support for women during childbirth.

Hofmeyr, G.J., Prophylactic intravenous preloading for regional analgesia in labour.

Howell, C.J., Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour.

Nikodem, C., Immersion in water during pregnancy, labour, and birth.

White, G.E., Diazepam for pain relief in labour [protocol].

Outras fontes

Carroll, D., Tramer, M., McQuay, H., Nye, B. and Moore, A. (1997). Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, **104**, 169–75.

Choi, A., Laurito, C.E. and Cunningham, F.E. (1996). Pharmacologic management of postdural puncture headache. *Ann. Pharmacother.*, **30**, 831–9.

Christensen-Szalanski, J. (1984). Discount functions and the measurement of patients' values. Women's decisions during childbirth. *Med. Decis. Making*, **4**, 47–58.

Maresh, M., Choong, K. and Beard, R.W. (1983). Delayed pushing with lumbar epidural analgesia in labour. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, **90**, 623–7.

Russell, R. and Reynolds, F. (1996). Epidural infusion of low-dose bupivacaine and opioid in labour. Does reducing motor block increase the spontaneous delivery rate? *Anaesthesia*, **51**, 266–73.

Simkin, P. (1995). Reducing pain and enhancing progress in labor: a guide to nonpharmacologic methods for maternity caregivers. *Birth*, **22**, 161–71.

Vause, S., Congdon, H.M. and Thornton, J.G. (1998). Immediate and delayed pushing in the second stage of labour for nulliparous women with epidural analgesia: a randomised controlled trial. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, **105**, 186–8.