

Analgesia de parto: bloqueios locorreionais e analgesia sistêmica

Labor analgesia: regional and systemic analgesia

Juliana Faria de Freitas¹, Sofia Meinberg²

RESUMO

Está bem estabelecido que a analgesia de parto promove alívio eficaz, confiável e seguro para as dores do trabalho de parto e do período expulsivo. O objetivo desta revisão é discutir as opções disponíveis ao anestesiológista para realização desta técnica e, portanto, contribuir na promoção do parto humanizado.

Palavras-chave: Parto Normal; Trabalho De Parto; Dor De Parto; Analgesia Obstétrica; Analgesia Epidural; Raquianestesia.

ABSTRACT

It is well known that labor analgesia provides effective, reliable and safe pain relief during labor and delivery. The objective of this review is to discuss the alternatives available, which will, eventually, contribute to a more humanized delivery.

Key words: Natural Childbirth; Labor Obstetric; Labor Pain; Analgesia, Obstetrical; Analgesia, Epidural; Anesthesia Spinal.

INTRODUÇÃO

O controle da dor durante o trabalho de parto tem longa história. Há relatos de uso de opiáceos, bebidas alcoólicas e poções inaladas, ingeridas ou aplicadas na pele da mulher em trabalho de parto na China antiga, Pérsia e na Europa da Idade Média.¹ A Rainha Vitória (1819-1901) é conhecida pelo reinado mais longo que o Reino Unido já teve. Foram 64 anos como rainha, originando o termo “Era Vitoriana”. Incorporou a Índia ao Império Britânico, testemunhou a Revolução Industrial e casou-se por amor. Poderosa, ousada e humana, sucumbiu às dores do parto durante o nascimento do oitavo filho. Pois também foi a primeira parturiente a receber alívio eficaz para seu sofrimento por meio da analgesia de parto fornecida por um anestesiológista.²

Muito se evoluiu desde então: técnicas anestésicas, novas drogas, conhecimentos sobre fisiopatologia de mãe e filho e sobre a dinâmica do trabalho de parto. Hoje, o alívio da dor e do sofrimento, qualquer que seja sua natureza, tornou-se compromisso e obrigação do médico.³ A Organização Mundial da Saúde recomenda a humanização da assistência ao parto e isso inclui o incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno, ao alojamento conjunto e à presença de acompanhante. Ao promover o parto natural sem dor, o anestesiológista se torna parte fundamental do processo de humanização do atendimento à gestante.⁴ A literatura é extensa e rica sobre as opções de que se dispõe para aliviar o sofrimento da mãe sem, contudo, trazer prejuízo para ela ou o filho. Faz-se aqui uma revisão das opções disponíveis

¹Anestesiológista. Título Superior de Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (TSA/SBA); Anestesiológista da Maternidade Hilda Brandão; Instrutora do CET da Santa Casa de Belo Horizonte; Médica Intensivista do Hospital Municipal Odilon Behrens.

²Anestesiológista da Maternidade Hilda Brandão, Responsável pela Clínica de Dor da Santa Casa de Belo Horizonte.

Instituição:
CET/SBA Santa Casa de Belo Horizonte

Endereço para correspondência:
Rua: Cláudio Manuel, 632/1103
Bairro: Funcionários
Belo Horizonte, MG
CEP: 30140-100
E-mail: jff1976@terra.com.br

ao anesthesiologista para realizar a analgesia de parto de forma eficaz e segura. Ressalta-se, também, a importância da educação, informação e esclarecimento à sociedade, para que ocorra o resgate da participação ativa do casal durante o nascimento. O objetivo final é reverter o despreparo psicológico e cultural, minimizar o medo da dor e privilegiar o bem-estar da gestante, parturiente, recém-nascido e puérpera.⁵

PREPARO PRÉ-ANALGESIA

1. Avaliação pré-anestésica cuidadosa e completa das gestantes (história clínica, exame físico, pré-natal, evolução do trabalho de parto).
2. Quanto ao jejum, é permitida a ingestão de líquidos claros como água, suco de frutas sem polpa, chá claro, café preto, isotônicos. A literatura não é clara se há limites no volume de ingestão, mas sugere que seja oferecido em pequenas quantidades. A preocupação com a aspiração do conteúdo gástrico é real e séria, porém o risco está quase totalmente associado ao uso da anestesia geral (Tabela 1). Portanto, o grau de risco está diretamente relacionado à frequência com que a anestesia geral acompanha o parto, e esse risco é muito baixo. Além disso, mesmo o jejum prolongado na grávida não garante esvaziamento gástrico. Recomenda-se atenção e cuidado adicional nos casos de obesidade mórbida, *diabetes mellitus*, via aérea difícil.⁶

Tabela 1 - Estratégias para minimizar o efeito da aspiração do conteúdo gástrico

Neutralização da acidez gástrica (antiácidos não particulados)	Citrato de sódio 0,3 M 15-30 ml VO antes da analgesia
Pró-cinético	Metoclopramida 10mg EV 10 minutos antes da analgesia
Inibidor de secreção gástrica	Ranitidina 50 mg EV 30 minutos antes da analgesia

3. Revisão do material de intubação, ventilação e aspiração, além de drogas de apoio às possíveis complicações e situações de emergências.
4. **Monitorização:** a paciente deverá ser monitorizada durante a realização da analgesia com medidas intermitentes de pressão arterial (a cada cinco minutos nos primeiros 30 minutos e a seguir a cada 30 minutos até o nascimento) e monitorização contínua de oximetria de pulso, cardioscopia, frequência cardíaca; a monitorização dos batimentos cardíacos não deve ser negligenciada, podendo ser de forma contínua ou intermitente.
5. Atenção especial deve ser dada ao deslocamento do útero para a esquerda, com o objetivo de promover descompressão aorto-cava e evitar ambos: a hipotensão materna e a má-perfusão fetal.
6. Vasopressores disponíveis (Tabela 2): devem ser usados quando houver baixa da pressão arterial materna a despeito do deslocamento do útero para a esquerda.⁷
7. Punção venosa com cateter 20 ou 18 G. O volume da hidratação intravenosa é outro ponto controverso. Entretanto, a tendência atual tem sido a diminuir essa hidratação, inclusive a expansão volêmica, com cristaloides antes da realização dos bloqueios espinhais, para que não ocorra alteração da dinâmica uterina por diminuição da concentração plasmática da ocitocina endógena.
8. Deambulação é permitida somente após o exame realizado pelo anesthesiologista, constatando ausência de bloqueio motor e estabilidade hemodinâmica nas posições deitada, sentada e em pé. Deve-se confirmar a ausência de contraindicação obstétrica para deambular e de realização de monitorização fetal contínua. A parturiente deve deambular por períodos de, no máximo, 15 minutos, com acompanhante de um lado e suporte de soro do outro lado. Em nenhuma circunstância deve deambular sem acompanhante. Deve-se delimitar a área disponível para deambulação durante o trabalho de parto.

Tabela 2 - Vasopressores mais usados em anestesia obstétrica

Droga	Apresentação	Diluição	Concentração	Bolus EV
Efedrina	50 mg/1ml	9 ml SF0,9%	5 mg/ml	5-10 mg
Fenilefrina	10 mg/1ml	200 ml SF0,9%	50 mcg/ml	50 mcg
Metaraminol	10 mg/1ml	50 ml SF0,9%	200 mcg/ml	200 mcg

EV: endovenoso

ANALGESIA SISTÊMICA _____

A analgesia sistêmica é considerada método alternativo, sendo indicada quando há contraindicações aos bloqueios regionais ou na ausência de recursos para a realização dos mesmos. Analgésicos podem ser administrados por diversas vias, como a intramuscular, inalatória e endovenosa, porém a última possibilita rápido efeito terapêutico e, conseqüentemente, titulação de doses. O desafio é identificar o analgésico com as melhores características farmacocinéticas, ou seja, rápido início e declínio de ação, independentemente da via, que permita flexibilidade na utilização, já que a eficiência da analgesia e o aparecimento de efeitos colaterais, são dose-dependentes. Muito opioides são utilizados, entretanto, é notório o fato de que produzem analgesia incompleta e, dependendo do tipo e quantidade utilizadas, podem trazer efeitos colaterais para mãe e feto. Todos os medicamentos dessa classe atravessam a barreira placentária. Quanto maior a concentração plasmática na mãe, maior será a transferência.⁸

MEPERIDINA _____

Largamente utilizada, principalmente por obstetras, devido à familiaridade e baixo custo, porém sua eficácia vem sendo questionada em relação ao alívio parcial da dor, possibilidade de depressão respiratória, bradicardia fetal, redução da contração uterina e prolongamento da fase ativa do trabalho de parto. Os efeitos no recém-nascido ocorrem entre uma e quatro horas após a administração intramuscular, portanto, deve-se avaliar o momento da realização da analgesia para evitar depressão fetal ao nascimento, sendo que essa depressão neurocomportamental pode persistir por um a cinco dias, apesar do uso de baixas doses. A meperidina tem como metabólito ativo a normeperidina, que apresenta meia-vida longa, responsável por efeitos colaterais, inclusive excitabilidade de sistema nervoso central.^{7,9}

OPIOIDES LIPOFÍLICOS _____

O fentanil é aproximadamente 800 vezes mais potente que a meperidina e vários estudos com-

provam sua superioridade frente a essa droga. Não há registros de diminuição da contratilidade uterina ou prolongamento de trabalho de parto, porém, assim como os demais opioides, pode causar depressão respiratória e bradicardia no feto. Ressalta-se que a administração repetida aumenta a meia-vida de decaimento.

O alfentanil e sufentanil não apresentam vantagens frente a este, são mais onerosos e, portanto, pouco utilizados em analgesia sistêmica para trabalho de parto.

REMIFENTANIL _____

É um agonista μ puro, potente, de ação ultracurta, utilizado há mais de uma década em anestesia. Em obstetrícia, inicialmente era indicado em cesarianas de gestantes cardiopatas ou em pré-eclâmpsia na anestesia geral ou associado à peridural. Apresenta rápido início de ação e eliminação por esterases plasmáticas em metabólitos inativos, o que permite administrações prolongadas sem acúmulo. Essas características o tornam uma droga bem indicada em analgesia de trabalho de parto. O remifentanil cruza a barreira placentária com facilidade, porém apresenta grande volume de distribuição e rápido metabolismo. Pode ser administrado em *bolus*, infusão contínua ou em associação, dos dois modos, sendo que o aumento intermitente de *bolus*, conforme a necessidade, é o método mais seguro e adequado, pois permite ajuste de dose conforme a individualidade, evitando-se os efeitos colaterais. O tempo entre o início do *bolus* e o efeito é de aproximadamente dois minutos e o fim da contração coincide com o efeito máximo. Uma série de casos relata a eficácia do remifentanil, porém os achados são inconsistentes em relação aos efeitos colaterais. Há referências a diversos modos de administração e doses, variando de 0,5 a 0,9 mcg/Kg em *bolus*, com intervalos de dois a cinco minutos e infusão contínua de 0,05 a 0,1 mcg/Kg/min. Em baixas doses geralmente não apresenta efeito clínico e em altas doses há mais efeitos colaterais. Essa droga tem sido indicada pela administração fácil e por sua farmacocinética previsível quando está contraindicada analgesia regional, mas certamente há a necessidade de investigação científica para a concretização de sua indicação em analgesia obstétrica.⁹

ANALGESIA CONTROLADA PELO PACIENTE (PCA)

O PCA pode ser utilizado para analgesia de parto, tendo como vantagens melhor qualidade com uso de menores doses, menos incidência de efeitos colaterais maternos e menor transferência placentária, além de mais satisfação da parturiente.⁸ Há casos de uso de fentanil, meperidina e remifentanil em bombas de PCA.

MORFINA

Não é utilizada para analgesia em trabalho de parto devido à incidência de efeitos colaterais e forte tendência à depressão respiratória neonatal.

CETAMINA

São utilizadas baixas doses, 0,25 a 0,5 mg/Kg, com intervalos de dois a cinco minutos, no máximo de 100 mg em 30 minutos. Nestas doses a cetamina produz analgesia sem afetar os parâmetros hemodinâmicos maternos, a contratilidade uterina e o feto, podendo ser utilizada para complementar anestesia local ou bloqueio regional insuficiente. Há questionamentos a respeito da qualidade da analgesia, da incidência de efeitos indesejáveis e de depressão no recém-nascido.

OBSERVAÇÕES

Sedativos e tranquilizantes, além de apresentarem risco de comprometimento fetal, não têm efeito analgésico, portanto, não devem ser utilizados.

A naloxona é o agente antagonista opioide utilizado em adultos em doses a partir de 0,02 a 0,04 mg EV e em neonatos 0,01 mg/Kg. Tem efeitos aparentes em minutos, com duração de uma a quatro horas.

ANALGESIA INALATÓRIA

Agentes inalatórios devem ser administrados em doses subanestésicas para que ofereçam alívio da dor, sem interferir na consciência e reflexos protetores da laringe, além de não afetar a contratilidade uterina pelo efeito tocolítico. Quando bem utilizados,

produzem boa analgesia, nenhuma amnésia e boa cooperação da parturiente. Devido ao evidente risco de aspiração da gestante, deve-se sempre manter o contato verbal com a paciente e, quando necessário, superficializar. A administração pode ser intermitente, conforme a necessidade, e com ajuda em fase avançada do trabalho de parto. O anestésico presente na corrente sanguínea materna será transferido pela placenta, porém seu efeito pode ser revertido pela assistência respiratória adequada e consequente eliminação pulmonar. Quanto mais longa a duração da administração, mais possibilidade de efeitos no recém-nascido. O óxido nitroso é utilizado na proporção de 20-60% com oxigênio, sendo suficiente, isoladamente, para a primeira fase de trabalho de parto sem comprometer a atividade uterina e o feto.⁷

BLOQUEIO PARACERVICAL

Na década de 50 era técnica muito utilizada para analgesia de primeiro estágio de trabalho de parto, porém foi substituída pelos bloqueios espinais devido à incidência de depressão neonatal.⁸ O bloqueio paracervical interrompe a transmissão de estímulos de fibras aferentes de T10-T12 envolvidos na primeira fase do trabalho de parto, mas não produz analgesia no período expulsivo, devendo ser complementado pelo bloqueio do nervo pudendo, raquianestesia ou infiltração local. Esse bloqueio deve ser feito quando a dilatação do colo encontra-se entre três e nove centímetros, sob visualização direta com espéculo vaginal, administrando-se na submucosa não mais que a 3-5 mm de profundidade, nas posições 3 e 9 ou 4 e 8, 5-10 mL de solução anestésica. Antes da injeção, deve-se proceder à aspiração cuidadosa para evitar injeção vascular. Apresenta duração de 45-120 min, podendo ser repetido. O bloqueio paracervical produz analgesia sem afetar a atividade uterina e não causa alterações hemodinâmicas na mãe, mas a injeção intravascular ou miometrial inadvertida leva à hipotonia uterina. Raramente há comprometimento materno, mas há risco neonatal e citam-se como complicações: punção de couro cabeludo, de vasos uterinos, bradicardia fetal, acidose e depressão neonatal. As complicações mais importantes se devem a concentrações elevadas de anestésicos locais e recomenda-se o uso de soluções anestésicas mais diluídas. A bradicardia

fetal ocorre 2-10 minutos após a administração do anestésico, pode durar até 30 minutos e tem sido atribuída à vasoconstrição da artéria uterina, aumento do tônus uterino pelo anestésico e efeito tóxico do anestésico, isoladamente ou em associação. A frequência dessa complicação chegava a 70%, mas com a diminuição de doses e concentrações utilizadas, a incidência encontra-se entre 2 e 10%, principalmente associada à lidocaína. Não há diferença clínica na evolução após o nascimento. O bloqueio paracervical é contraindicado em pacientes com insuficiência placentária crônica ou feto com doenças preexistentes.^{7,8} O uso desta técnica em obstetrícia é controverso, mas há trabalhos recentes mostrando segurança para o feto.^{7,8}

BLOQUEIO DO NERVO PUDENDO _____

Geralmente é realizado pelo obstetra, pouco antes do nascimento, em pacientes que não receberam bloqueio de neuroeixo. O nervo pudendo é formado por fibras somáticas S2-S3-S4 que transmitem estímulos do segundo estágio do trabalho de parto por distensão da vagina, vulva, períneo e reto. São descritas as vias transvaginal e transperineal, sendo a primeira mais simples e confortável quando realizada no início do período expulsivo, exceto pela presença do feto no canal vaginal. Administram-se 5-10 mL de lidocaína 1% ou bupivacaína 0,25-0,5% sem vasoconstritor, bilateralmente, atrás da espinha isquiática, o que possibilita episiotomia e fórceps. A analgesia pode durar 30 a 90 minutos. São raras as complicações maternas e fetais. Há aumento da incidência de distocias de rotação e uso de fórceps, porém em número mais baixo que no bloqueio de neuroeixo.⁷ A principal complicação é a toxicidade por anestésicos locais. Esse tipo de bloqueio é insuficiente para revisão do canal de parto e útero, está relacionado a alto índice de falhas, além do uso de maior quantidade de anestésicos locais quando comparado à raquianestesia.⁸

ANALGESIA REGIONAL _____

O anestésico ideal para o trabalho de parto e período expulsivo é aquele que produz bloqueio exclusivo das vias de dor, deixando intactas as

demais funções maternas. Nenhuma droga isolada e nenhuma técnica alcança esse grau de seletividade, porém os bloqueios espinhais chegam bem perto desse ideal. Os diferentes métodos de analgesia espinhal (raquianestesia, peridural ou combinada raque-peridural) constituem as técnicas mais efetivas para analgesia do trabalho de parto de que se dispõe na prática clínica atual. Eles estão indicados para a analgesia de todas as fases do trabalho de parto. Além de promover alívio da dor, a analgesia regional não produz depressão materna e neonatal e permite que a mãe permaneça desperta e participe ativamente do trabalho de parto. São contraindicações absolutas para sua realização: recusa da gestante, infecção cutânea no local de punção, distúrbios francos da coagulação, hipovolemia materna não corrigida e pressão intracraniana aumentada. As contraindicações relativas (por exemplo: deformidades da coluna, infecção sistêmica, doença neurológica prévia, distúrbios leves da coagulação) devem ser avaliadas individualmente, considerando-se os riscos e os benefícios de cada método disponível para analgesia.¹⁰

RAQUIANESTESIA _____

Apresenta como vantagens: facilidade de aplicação, curto período de latência, mínimas concentrações fetais e maternas da solução anestésica. Pode ser usada em dose única durante o período expulsivo, o que permite a realização de fórceps, episiotomia, manipulação e revisão do canal de parto. A associação de 2,5 mg de bupivacaína hiperbárica a 0,5% a 15-20 µg de fentanil ou 2,5-5 µg de sufentanil promove analgesia de excelente qualidade, com mínimo bloqueio motor e simpático, com duração em torno de 60 minutos.¹¹⁻¹³

PERIDURAL CONTÍNUA _____

A injeção titulada da solução anestésica confere muita flexibilidade para os diferentes estágios do parto, permitindo, inclusive, a conversão para parto por via abdominal. Após a dose inicial, o bloqueio peridural para analgesia de parto pode ser mantido de diferentes maneiras: *bolus* intermitente, infusão contínua ou *bolus* mandatório e

infusão controlada pela paciente. Embora a bupivacaína seja o anestésico local mais utilizado, há tendência à administração de agentes menos tóxicos, como a ropivacaína e levobupivacaína. A ropivacaína está relacionada com menos incidência de bloqueio motor; por ser menos potente que a bupivacaína, e pode exigir complementação para analgesia eficaz. Parada cardíaca por bupivacaína em analgesia de parto via peridural é excepcional, justamente pela injeção fracionada do anestésico local diluído. Atenção especial deve ser dada ao risco aumentado de punção venosa acidental pelo cateter peridural. A injeção de 5 mL de SF0,9% no espaço peridural facilita a passagem do cateter e diminui a incidência de cateterização venosa. A dose-teste com lidocaína com epinefrina não deve ser realizada, pelo risco de comprometer a dinâmica do trabalho de parto e a deambulação das pacientes, além de não ser fidedigna para revelar punção venosa.¹³⁻¹⁷ (Tabela 3)

BLOQUEIO COMBINADO RAQUE-PERI _____

O bloqueio combinado raque-peridural (BCRP) apresenta a característica de preservar as vantagens de cada método, procurando diminuir as desvantagens. O uso de cateter peridural permite a manutenção da analgesia e a conversão para anestesia peridural, quando necessário. Oferece as vantagens: rápido início de ação, excelente analgesia, possibilidade de administração nos estágios iniciais de trabalho de parto, bloqueio motor mínimo ou ausente, mais rapidez na dilatação completa

do colo uterino, abreviando o trabalho de parto, e menor incidência de parto instrumental. Pode ser realizado por meio de punção única com agulhas próprias ou por dupla punção. A técnica combinada está associada a complicações menos graves do que a peridural, mostrando ser técnica segura e com muita satisfação para a parturiente. Uma complicação possível, mas não frequente, é quando, mesmo com as agulhas bem posicionadas, não ocorre retorno de líquido pela agulha de raque. O anesthesiologista não deve, então, injetar a solução, sendo a condução da analgesia realizada pela técnica peridural exclusiva uma boa opção. Comparada à analgesia peridural contínua, essa técnica está relacionada a menos consumo de anestésico local por hora. (Tabela 4)

COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS DOS BLOQUEIOS ESPINHAIS _____

As complicações potenciais podem ser efeitos colaterais dos medicamentos usados na analgesia (opioides e/ou anestésicos locais) ou complicações da técnica anestésica utilizada: raque, peri ou a associação de ambas. São possíveis complicações: prurido, náusea e/ou vômitos, hipotensão arterial, retenção urinária, bloqueio motor, sonolência materna, depressão respiratória materna, cefaleia pós-punção de dura-máter, ruptura e migração do cateter. O anesthesiologista deve estar preparado para acompanhar e, se preciso, tratar qualquer uma destas possíveis complicações, como em qualquer outra anestesia.¹⁷

Tabela 3 - Analgesia de parto – bloqueio peridural contínuo

Paciente sentada e monitorizada

Antissepsia da região da punção com álcool 70%

Anestesia da pele e tecido subcutâneo com lidocaína 1% sem adrenalina

Punção peridural na linha mediana em L2-L3 ou L1-L2. Identificação do espaço pela técnica de perda da resistência ao ar (volume máximo 3 mL). Injetar 5 mL de SF0,9%. Passagem do cateter peridural em direção cefálica e aspirar, testando retorno de sangue. Se negativo, fixar o cateter

Injeção peridural de *bolus* de 10 mL de bupivacaína 0,125% com epinefrina 1:800.000 + 10-20 µg sufentanil ou 50 µg de fentanil

Iniciar infusão contínua de solução de bupivacaína 0,0625% com epinefrina + sufentanil 0,2 µg/mL ou fentanil 2 µg/mL, na velocidade de 10 mL/h

Caso seja necessário aumentar a analgesia, administrar *bolus* de 5 mL de bupivacaína 0,125% ou 3 mL de bupivacaína 0,25% via peridural e reavaliar em 10-15 minutos

Tabela 4 - Analgesia de parto – bloqueio combinado raque-peridural (dupla punção)

Paciente sentada e monitorizada
Antissepsia da região da punção com álcool 70%
Anestesia da pele e tecido subcutâneo com lidocaína 1% sem adrenalina
Punção peridural na linha mediana em L2-L3 ou L1-L2. Identificação do espaço pela técnica de perda da resistência ao ar (volume máximo 3 mL). Injetar 5 mL SF0,9%. Passagem do cateter peridural em direção cefálica; aspirar testando retorno de sangue. Se negativo, fixar o cateter
Punção subaracnoide em L3-L4 com agulha 27G
Injeção de fentanil (12,5-20 µg) ou sufentanil (2,5-5 µg) + 2,5 mg de bupivacaína 0,5% pesada
Paciente permanece em decúbito lateral esquerdo
Iniciar infusão contínua de solução de bupivacaína 0,0625% + sufentanil 0,2 µg/mL ou fentanil 2 µg/mL, na velocidade de 10 mL/h
Caso seja necessário aumentar a analgesia, administrar <i>bolus</i> de 3-5 mL de bupivacaína 0,125% ou 3 mL de bupivacaína 0,25% via peridural e reavaliar em 10-15 minutos

CONCLUSÃO

A participação do anestesiolgista durante o trabalho de parto alcança resultados que transcendem o bem-estar da mãe e do recém-nascido. O incentivo ao parto sem dor reduz a incidência do número de cesarianas e suas complicações (risco três a quatro vezes mais alto que o do parto vaginal). A rápida recuperação materna permite o contato precoce desta com seu filho e o incentivo ao aleitamento materno. O principal objetivo do parto hospitalar humanizado é contribuir para que este seja natural e que a mulher possa se sentir segura no comando do processo. O anestesiolgista é um dos profissionais que mais podem contribuir para isto, oferecendo o alívio para a dor e tornando esse momento realmente prazeroso e único para o casal e o seu recém-nascido. A solicitação materna é suficiente justificativa para alívio da dor no parto.¹⁸

REFERÊNCIAS

1. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 2000.
2. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Anestesia Clínica. 4ª ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
3. Caton D, Frolich MA, Euliano TY. Anesthesia for Childbirth: Controversy and Change. Am J Obstet Gynecol. 2002; 186:S25-30.
4. Tornquist CS. Paradoxos da Humanização em uma Maternidade no Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19:S419-27.
5. Chaves IMM, Pereira RIC, Bastos CO, Pereira RR. O Anestesiolgista No Parto Humanizado. Confederação Latino-Americana Das Sociedades De Anestesiologia. [Citado em 2009 maio 10]. Disponível em: http://www.clasa-anestesia.org/search/apendice/o_anestes_no_parto_humanizado.htm
6. Vane LA, Cavalcanti IL, Estrela JAR. Manual de algoritmos e fórmulas úteis em anestesiologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2007.
7. Yamashita AM, Gozzani JL. Anestesia em obstetrícia. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2007.
8. Evron S, Ezri T. Options for systemic labor analgesia. Curr Opin Anaesthesiol. 2007; 20:181-5.
9. Shmuel E, Glezerman M, Sadan O, Boaz M, Ezri T. Remifentanil: A Novel systemic analgesic for labor pain. Anesthesiol. Analg. 2005; 100:233-8.
10. Bastos CO, Sales PCA, Pereira RR. Analgesia do trabalho de parto. Curso de Educação à Distância. Rio de Janeiro: SBA; 2001.
11. Imbelloni LE. Tratado de Anestesia Raquidiana. Curitiba: Prosigraf; 2001.
12. Campbell DC, Camann WR. The addition of bupivacaine to intratecal sufentanil for labor analgesia. Anesthesiol Analg. 1995; 81:305-9.
13. Lim IM, Ocampo CE, Sia AT. A Comparison of duration of analgesia of intratecal 2,5mg of Bupivacaine, ropivacaine and levobupivacaine in combine spinal epidural analgesia for patients in labor. Anesthesiol. Analg. 2004; 98:235-9.
14. Gomes MEW, Balle VR, Machado SB, Mendes FF. Estudo Comparativo entre Concentrações de Bupivacaína a 0,125% e a 0,25% Associado ao Fentanil para Analgesia de Parto por Via Peridural. Rev Bras Anesthesiol. 2004; 54(4):467-72.

15. Castro LFL, Ferreira RLM, Filho RM, Oliveira AS, Serafim MM. Infusão Contínua da Associação de Fentanil e Bupivacaína em Diferentes Concentrações por Via Peridural no Trabalho de Parto. *Rev Bras Anesthesiol.* 2000; 50:337-40.
 16. Lim IM, Ocampo CE, Sia AT. A Comparison of a basal infusion with automated mandatory *boluses* in parturients-controlled epidural analgesia during labor. *Anesthesiol Analg.* 2007; 104:673-8.
 17. Norris MC, Fogel ST, Dalman H. Labor epidural analgesia without an intravascular "Test Dose". *Anesthesiology.* 1998; 88:1495-501.
 18. Cardoso MMSC, Yamagushi ET, Amaro AR, Torres MLA. Analgesia e anestesia em situações complexas na paciente obstétrica. São Paulo: SAESP; 2004.
-