

Analgesia obstétrica no trabalho de parto e sua associação com desfechos neonatais

Obstetric analgesia in labor and its association with neonatal outcomes

Analgesia obstétrica en el trabajo de parto y su asociación con resultados neonatales

Yasmin Aparecida Pires Silva¹

ORCID: 0000-0002-0608-4917

Fernanda Gontijo Araújo¹

ORCID: 0000-0003-3528-2493

Torcata Amorim¹

ORCID: 0000-0002-9177-9958

Eunice Francisca Martins¹

ORCID: 0000-0002-2014-8470

Mariana Santos Felisbino-Mendes¹

ORCID: 0000-0001-5321-5708

¹Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva YAP, Araújo FG, Amorim T, Martins EF, Felisbino-Mendes MS. Obstetric analgesia in labor and its association with neonatal outcomes. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20180757. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757>

Autor Correspondente:

Mariana Santos Felisbino-Mendes
marianafelisbino@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Dulce Aparecida Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Andrea Bernardes

Submissão: 21-09-2018 **Aprovação:** 03-07-2019

RESUMO

Objetivo: Investigar a associação entre analgesia no trabalho de parto e ocorrência de desfechos neonatais. **Método:** Estudo de coorte retrospectiva com dados de prontuários de 850 parturientes. A exposição foi receber analgesia farmacológica no trabalho de parto e os desfechos: Apgar do primeiro e quinto minuto < 7, manobras de reanimação e encaminhamento para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI). Utilizou-se regressão logística para obter *Odds Ratio* (OR) e intervalo de 95% de confiança (IC95%), sendo ajustados por confundidores. **Resultados:** Das mulheres estudadas, 35% receberam analgesia e seu uso esteve associado a maior chance de desfechos, como: Apgar do primeiro minuto < 7 ($p < 0,0001$), manobras de reanimação ($p < 0,001$) e encaminhamento para UTI Neonatal ($p = 0,004$), principalmente entre gestantes de risco habitual, mesmo após ajustes. **Conclusão:** O uso de analgesia farmacológica durante o trabalho de parto foi associado a Apgar do primeiro minuto < 7, manobras de reanimação e encaminhamento para UTI neonatal.

Descritores: Analgesia Obstétrica; Recém-Nascido; Trabalho de Parto; Índice de Apgar; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

Objetivo: To investigate the association between analgesia during labor and occurrence of neonatal outcomes. **Method:** Retrospective cohort study with medical records of 850 parturient. The exposure variable of interest was receiving pharmacological analgesia during labor and neonatal outcomes were: one- and five-minute Apgar, resuscitation maneuvers and referral of the newborn to Neonatal ICU. A logistic regression was carried out to obtain Odds Ratios and 95% confidence interval, with adjustment for confounding factors. **Results:** Among the women studied, 35% received analgesia and this use was associated with a greater chance of neonatal outcomes such as one-minute Apgar < 7 ($p < 0.0001$), resuscitation maneuvers ($p < 0.001$) and referral to the Neonatal ICU ($p = 0.004$), mostly were among low-risk pregnant women, even after adjustments. **Conclusion:** The use of pharmacological analgesia during labor is associated with one-minute Apgar < 7, resuscitation maneuvers and referral to the Neonatal ICU.

Descriptors: Analgesia, Obstetrical; Infant, Neonatal; Labor, Obstetric; Apgar Score; Intensive Care Units, Neonatal.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la asociación entre la analgesia en el trabajo de parto y la aparición de resultados neonatales. **Método:** Estudio de cohorte retrospectivo con datos de 850 parturientas. La exposición fue recibir analgesia farmacológica en el trabajo de parto, resultados: Apgar del primer y quinto minuto < 7, maniobras de reanimación y derivación a la UCIN. La regresión logística se utilizó para obtener el *Odds Ratio* (OR) y el intervalo de confianza del 95% (IC95%), ajustado por variables de confusión. **Resultados:** De las mujeres estudiadas, el 35% recibió analgesia y su uso se asoció con una mayor probabilidad de resultados como: Apgar en el primer minuto < 7 ($p < 0,0001$), maniobras de reanimación ($p < 0,001$) y derivación a la UCIN ($p = 0,004$). Conclusión: el uso de analgesia farmacológica durante el trabajo de parto se asoció con Apgar < 7 en el primer minuto, maniobras de reanimación y derivación a la UCIN.

Descritores: Analgesia Obstétrica; Recién nacido; Trabajo de Parto; Test de Apgar; Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

INTRODUÇÃO

O avanço da obstetrícia trouxe melhorias dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal. No entanto, concretizou-se em um modelo no qual gestação, parto e nascimento são considerados eventos patológicos, contribuindo para a exposição das mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções desnecessárias e prejudiciais, que deveriam ser usadas apenas quando indicadas e não como rotina, como o uso de analgesia farmacológica, intervenção obstétrica frequentemente usada de modo inapropriado para alívio da dor durante o trabalho de parto⁽¹⁾.

Reconhece-se que a dor do trabalho de parto e o seu alívio são aspectos importantes para parturientes, acompanhantes e recém-nascidos, relacionando-se com a evolução e o desfecho da assistência ao parto. Para o alívio da dor, existem diferentes métodos usados durante o trabalho de parto, sendo farmacológicos e não farmacológicos⁽²⁾. Os métodos não farmacológicos são estratégias utilizadas durante o trabalho de parto para aumentar a tolerância à dor e incluem variedade de técnicas que abrangem, além das sensações físicas de dor, componentes psicoemocionais e espirituais do cuidado⁽³⁻⁴⁾. Por outro lado, os métodos farmacológicos objetivam eliminar a sensação física de dor e incluem diversas substâncias e técnicas⁽⁴⁾. Segundo as diretrizes nacionais para o parto normal, os métodos não farmacológicos devem ser oferecidos antes da utilização dos métodos farmacológicos e devem seguir recomendações para seu uso⁽⁵⁻⁶⁾.

No Brasil, o direito a métodos de alívio e controle da dor é assegurado por meio de portarias do Ministério da Saúde (nº 2.815, de 1998, e nº 572, de 2000), que incluem a analgesia obstétrica na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS e nas diretrizes de humanização do parto normal^(5,7). Ademais, em 2011, houve a criação da Rede Cegonha, que dentre seus objetivos propõe um novo modelo de assistência ao parto e nascimento, centrado no protagonismo da mulher⁽⁸⁾. Esse modelo visa garantir às mulheres e crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que proporciona uma experiência de gravidez, parto e nascimento com segurança, dignidade e beleza, ressaltando-se a ideia de que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico⁽⁸⁻⁹⁾, mas uma função fisiológica e natural que se traduz em uma experiência única para a mulher e seu parceiro, por isso deve ser minimamente invasiva e fazer uso da tecnologia de forma apropriada⁽⁸⁾. Para isso, recomenda-se a implementação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento⁽⁸⁾, incluindo as estratégias de controle da dor.

Nesse contexto, a analgesia obstétrica teve grandes avanços, sendo que nos últimos anos cada vez mais mulheres optaram por seu uso para alívio da dor⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Dentre os tipos de analgesia, a epidural proporciona o alívio da dor mais efetivo e maior satisfação materna, além da mulher permanecer participativa, prevenindo a hiperventilação e diminuindo o estresse materno⁽¹²⁾. Recomenda-se que o método epidural ideal deva oferecer o mínimo de efeito adverso sobre o feto e o recém-nascido⁽¹⁰⁾. Porém, estudo prévio, que investigou a relação entre o uso de analgesia e os desfechos de parto, observou que o uso de analgesia farmacológica no trabalho de parto estava associado a maior risco de parto vaginal instrumentalizado⁽¹³⁾. Além disso, outros estudos também mostraram que o uso de analgesia pode estar associado a desfechos neonatais⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Uma revisão integrativa recente mostrou que houve crescimento dos estudos sobre analgesia obstétrica e repercussões maternas e fetais no Brasil⁽¹⁰⁾. No entanto, a associação entre o uso de analgesia e os desfechos neonatais ainda é controversa^(10,14). Além disso, a maioria dos estudos comparam diferentes analgesias, sendo poucos aqueles que comparam o seu uso e o não uso. Diante desse cenário, torna-se relevante analisar a associação entre analgesia farmacológica e desfechos neonatais.

OBJETIVO

Investigar a associação entre analgesia farmacológica no trabalho de parto e ocorrência de desfechos neonatais.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CONEP/ UFMG) e pelo Comitê de Ética da maternidade de referência.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo de coorte retrospectiva realizado a partir de dados de prontuários de mulheres que tiveram partos em uma maternidade pública de referência em Belo Horizonte, Minas Gerais. O local realiza mais de 10.000 partos por ano e tem equipe multi e interdisciplinar, voltada para uma assistência humanizada, o empoderamento da mulher e o estreitamento do vínculo mãe-filho.

Os dados foram coletados a partir dos prontuários por roteiro estruturado contendo 27 perguntas objetivas. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2013 e maio de 2015.

População ou amostra

Utilizou-se amostra aleatória simples, que incluiu 978 partos realizados em 2013 em uma maternidade pública de Belo Horizonte-MG. Essa amostra foi selecionada por sorteios aleatórios mensais. Outras informações sobre a composição amostral podem ser consultadas em publicação anterior⁽¹³⁾.

Crerios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão para o estudo foram gestação a termo, única, com feto vivo e apresentação cefálica. Foram excluídas gestações múltiplas, cesáreas eletivas, prematuridade, feto morto e apresentações anômalas, além das cesarianas intraparto, totalizando 850 mulheres que tiveram partos vaginais.

Protocolo de estudo

Neste estudo, a exposição de interesse foi receber analgesia farmacológica durante o trabalho de parto (sim, não). O método de analgesia utilizado foi epidural. Os desfechos analisados foram Apgar do primeiro e quinto minuto (Apgar <7, Apgar ≥7), realização de manobras de reanimação na sala de parto (sim, não) e encaminhamento do recém-nascido à UTI Neonatal (sim, não). As covariáveis estudadas

foram idade materna (13 a 19 anos, 20 a 29 anos, 31 anos ou mais), idade gestacional (37 a 40 semanas, 41 semanas ou mais) e número de partos anteriores (nenhum, mais de um).

Análise dos resultados e estatísticas

Estimaram-se médias e proporções dos desfechos neonatais. Para avaliação das diferenças estatísticas entre a exposição de interesse e os desfechos, foram utilizados testes de Qui Quadrado de Pearson, teste de Fisher e teste T-Student. A associação entre exposição e desfechos binários foi analisada por meio de regressão logística, com cálculo da *Odds Ratio* (OR) não ajustada e intervalo de 95% de confiança (IC95%). Em seguida, foi realizada a análise ajustada por fatores de confusão (idade gestacional, idade materna e número de partos anteriores). As análises também foram estratificadas de acordo com risco gestacional: risco habitual e alto risco, conforme critérios do Ministério da Saúde⁽¹⁶⁾. Ressalta-se que seis mulheres não tiveram a classificação do risco gestacional identificada. As análises estatísticas foram realizadas no programa Stata versão 14.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA).

RESULTADOS

A população do estudo tinha idade média de 24,2 anos \pm DP ($\pm 6,4$), variando entre 13 e 45 anos. A faixa etária de maior frequência foi 20 a 29 anos (49,0%). A maioria das mulheres eram primíparas (50,7%), apresentavam idade gestacional entre 37 e 40 semanas (87,7%), realizaram mais de 05 consultas de pré-natal (76,9%) e foram classificadas em gestação de risco habitual (73,2%) (dados não apresentados).

Das mulheres estudadas, 297 (35%) receberam analgesia. Destas, seis não tiveram a classificação do risco gestacional identificada, 213 (71,7%) foram classificadas como gestante de risco habitual e 78 (26,3%) como gestantes de alto risco.

Observou-se maior uso de analgesia em mulheres que tiveram presença de acompanhante ou doula (99%), tinham entre 09 e 11 anos de estudo (59,1%) e idade entre 20 e 29 anos (49,7%). As nulíparas apresentaram uso mais frequente de analgesia ($p < 0,0001$). A média \pm DP de duração do trabalho de parto foi 7,1 horas entre aquelas que receberam analgesia e 4,4 horas entre as que não receberam ($p < 0,0001$). As mulheres receberam analgesia com média de 7,4 ($\pm 1,3$) cm de dilatação cervical, que variou de 3 a 10 cm (Tabela 1).

Do total de recém-nascidos (RN), 47 (5,5%) tiveram Apgar do primeiro minuto menor que 7 e, desses, 28 (9,4%) eram filhos de mães que receberam analgesia ($p < 0,0001$). O uso de analgesia aumentou cerca de 3 vezes a chance

de nascimento de RN com Apgar do primeiro minuto menor que 7, mesmo após ajuste por idade materna, idade gestacional e número de partos anteriores (OR ajustada=2,80; IC95% 1,52-5,17). O Apgar do quinto minuto foi menor que 7 para 8 (0,9%) recém-nascidos, sendo que não houve associação entre o uso de analgesia e esse desfecho (Tabela 2).

A necessidade de manobras de reanimação na sala de parto foi observada para 49 (5,7%) RNs, sendo que 31 (10,4%) eram de mães que receberam analgesia. O uso de analgesia durante o trabalho de parto também se associou a esse desfecho (OR=3,5; IC95%: 1,91-6,33).

Observou-se que 18 (2,1%) RNs foram encaminhados para a UTI Neonatal, sendo que a chance de encaminhamento para UTI aumentou com o uso de analgesia. Além disso, permaneceu a associação após ajuste por idade materna, idade gestacional e número de partos anteriores (OR ajustado=3,85; IC95%: 1,40-10,65).

Tabela 1 - Características da mulher e do trabalho de parto segundo o uso de analgesia

Características	Uso de analgesia		Valor de p*
	Sim n (%)	Não média \pm (DP) n (%)	
Acompanhante/doula			0,124
Sim	286 (99,0)	516 (97,4)	
Não	3 (1,0)	14 (2,6)	
Escolaridade			0,07
0 a 8 anos de estudo	16 (8,1)	16 (4,3)	
9 a 11 anos	117 (59,1)	208 (55,8)	
12 ou mais anos	65 (32,8)	149 (39,9)	
Idade			0,791
13 a 19 anos	86 (29,1)	155 (28,0)	
20 a 29 anos	147 (49,7)	269 (48,7)	
31 anos ou mais	63 (21,3)	129 (23,3)	
Partos anteriores			<0,0001
Nenhum	182 (61,7)	246 (44,8)	
Mais de um	113 (38,3)	303 (55,2)	
Duração do trabalho de parto			<0,0001**
Idade Gestacional			0,946
37 a 40 semanas	260 (87,5)	485 (87,7)	
41 semanas ou mais	37 (12,5)	68 (12,3)	

Nota: * Teste Qui-quadrado de Pearson; ** teste T-Student; DP= desvio-padrão.

Tabela 2 - Desfechos neonatais segundo uso de analgesia durante o trabalho de parto em mulheres que tiveram parto vaginal

Desfechos Neonatais	n (%)	Mulheres com parto vaginal (n=850)		
		Valor de p	OR* (IC95%)	OR** (IC95%)
Apgar 1º min <7		<0,0001		
Com analgesia	28 (9,4)		2,92 (1,60-5,32)	2,80 (1,52-5,17)
Sem analgesia	19 (3,4)		Ref.	Ref.
Apgar 5º min <7		0,101		
Com analgesia	5 (1,7)		3,13 (0,74-13,20)	.
Sem analgesia	3 (0,5)		Ref.	
Manobras de RCP		<0,0001		
Com analgesia	31 (10,5)		3,48 (1,91-6,33)	3,21 (1,74-5,90)
Sem analgesia	18 (3,2)		Ref.	Ref.
RN encaminhado para UTI		0,004		
Com analgesia	12 (4,1)		3,89 (1,44-10,48)	3,85 (1,40-10,65)
Sem analgesia	6 (1,1)		Ref.	Ref.

Nota: * Valores não ajustados, ** Ajustado por idade materna, idade gestacional e número de partos. OR= Odds Ratio; IC95%: Intervalos de 95% de Confiança; RCP: Reanimação Cardiopulmonar; RN: Recém-nascido; UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

Tabela 3 - Desfechos neonatais segundo uso de analgesia durante o trabalho de parto de acordo com risco gestacional

Desfechos Neonatais	Gestação de risco habitual (n=614)				Gestação de alto risco (n=225)			
	n (%)	Valor de p	OR** (IC95%)	OR*** (IC95%)	n (%)	Valor de p	OR** (IC95%)	OR*** (IC95%)
Apgar 1º min <7		0,003*				0,052*		
Com analgesia	21 (9,8)		2,80 (1,41-5,56)	2,73 (1,35-5,53)	07 (8,9)		3,52 (0,99-12,43)	-
Sem analgesia	15 (3,8)		Ref.		04 (2,7)		Ref.	
Apgar 5º min <7		0,190*				1,000*		
Com analgesia	4 (1,88)		3,80 (0,69-20,96)	-	1 (1,28)		1,89 (0,11-30,73)	-
Sem analgesia	2 (0,50)		Ref.		1 (0,8)		Ref.	
Manobras de RCP		<0,0001				0,015		
Com analgesia	22 (10,3)		3,43 (1,69-6,97)	3,12 (1,50-6,46)	9 (11,6)		3,68 (1,16-11,71)	3,69 (1,15-11,71)
Sem analgesia	13 (3,2)		Ref.		5 (3,4)		Ref.	Ref.
RN encaminhado a UTI		0,014*				0,342*		
Com analgesia	9 (4,2)		4,44 (1,35-14,60)	4,32 (1,27-14,66)	3 (3,9)		2,93 (0,48-17,97)	-
Sem analgesia	4 (1,0)		Ref.		2 (1,3)		Ref.	

Nota: * Teste de Fisher; ** Valores não ajustados; *** Ajustado por idade materna, idade gestacional e número de partos; OR= Odds Ratio; IC95%: Intervalos de 95% de Confiança; RCP: Reanimação Cardiopulmonar; RN: Recém-nascido; UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

Ao analisar os desfechos neonatais estratificados por risco gestacional, verificou-se que para os desfechos Apgar do primeiro minuto menor que 7 (OR=2,73; IC95% 1,35-5,53) e encaminhamento do RN para UTI Neonatal (OR=4,32; IC95% 1,27-14,66) a associação com a exposição permaneceu apenas para mulheres de gestação de risco habitual após os ajustes. Por outro lado, para a necessidade de manobras de reanimação, a associação permaneceu independente do risco gestacional, mesmo após os ajustes (OR=3,69; IC95% 1,15-11,71) (Tabela 3).

Adicionalmente, analisou-se a relação entre os desfechos Apgar do primeiro minuto e a necessidade de manobras de reanimação na sala de parto (p<0,0001), verificando alta correlação entre esses desfechos (76,6%). Também se observou correlação entre os desfechos Apgar do quinto minuto e encaminhamento do recém-nascido para UTI neonatal (p<0,0001), para a qual 100% dos RNs com Apgar do quinto menor que 7 foram encaminhados.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontaram a associação entre analgesia farmacológica durante o trabalho de parto e desfechos neonatais desfavoráveis, corroborando achados de outro estudo retrospectivo que também evidenciou a associação entre a analgesia e os efeitos adversos sobre os RNs, como menores valores de Apgar do primeiro minuto, necessidade de reanimação na sala de parto e encaminhamento do RN para UTI Neonatal⁽¹⁴⁾. Ressalta-se ainda a existência de estudo que não encontrou a mesma relação⁽¹⁵⁾.

Alguns estudos encontraram associação entre o uso de analgesia e o Apgar do primeiro minuto menor que 7, mas não com o Apgar do quinto minuto⁽¹⁴⁾, o que pode estar relacionado à realização de manobras de reanimação. Mostra-se, portanto, que estas são eficazes para melhorar a condição do recém-nascido, resultando em um Apgar do quinto minuto maior que 7⁽¹⁷⁾. Uma evidência disso foi a alta correlação encontrada neste estudo entre Apgar do 1º minuto menor que 7 e manobras de reanimação, assim como em outros estudos⁽¹⁷⁾. Sabe-se que o Apgar não deve ser utilizado para indicar o início de manobras de reanimação do RN⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, mas é considerado um parâmetro viável para avaliar a resposta e a eficácia das medidas tomadas^(17,19). Ressalta-se ainda

que, neste estudo, todos os RNs que tiveram Apgar < 7 no 5º minuto foram encaminhados para a UTI neonatal, demonstrando o efeito cascata dos desfechos analisados.

Essa associação pode ser justificada com achados que mostram a relação entre uso de analgesia epidural e febre materna no trabalho de parto, tendo como consequência desfechos neonatais adversos⁽²⁰⁻²¹⁾. Essa teoria se baseia na hipertermia materna intraparto causada pelo uso de analgesia epidural, já que ambas têm sido relacionadas com baixos índices de Apgar, necessidade de ressuscitação cardiopulmonar e convulsões neonatais precoces, sugerindo ainda que os efeitos desse último desfecho podem ter implicações para saúde da criança a longo prazo. Apesar dessa relação ainda não ter o mecanismo biológico esclarecido, sabe-se que a febre não ocorre devido infecção e está relacionada a uma resposta inflamatória^(20,22).

Outra possível explicação pode ser o efeito da analgesia no prolongamento do trabalho de parto, já demonstrado anteriormente^(13,23-24). Sabe-se que nulíparas tendem a ter trabalho de parto mais longo em relação a múltiparas⁽²³⁾, estando o uso de analgesia relacionado ao parto vaginal instrumentalizado⁽¹³⁾, que pode estar associado aos desfechos neonatais, como o baixo Índice de Apgar⁽²³⁾.

Sabe-se que o uso da analgesia nessa maternidade não é indiscriminado e a assistência é regida pelas recomendações de boas práticas na assistência ao parto e nascimento. Isso pode ser verificado nos resultados deste estudo, como a presença de acompanhante ou doula na maioria dos casos⁽¹³⁾, o uso de analgesia farmacológica mais comum em primíparas^(13,17,23) e em mulheres com gestação de risco habitual, uma vez que a presença de fatores de risco poderia contraindicar o uso de analgesia farmacológica⁽⁶⁾.

Para muitas mulheres, a dor do trabalho de parto e o parto é a pior dor que experimentaram em toda sua vida⁽²⁵⁾. Sabe-se que essa dor é resultado de complexas interações de caráter inibitório e excitatório. Assim, mesmo que seus mecanismos sejam semelhantes ao da dor aguda, existem fatores específicos do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica que interferem no seu limiar⁽⁴⁾. Considerando-se esses aspectos, deve-se desenvolver estratégias para diminuir o estresse e a ansiedade durante o trabalho de parto,

pois, mesmo com o uso de vários analgésicos, somente estes não são capazes de gerenciar esse fenômeno multidimensional que é a dor durante o trabalho de parto⁽³⁾.

Assim, em muitas situações, o alívio da dor pode ser obtido com suporte físico e emocional adequado. Recomenda-se transmitir segurança à parturiente, orientá-la sobre a evolução do parto, a dor e os métodos de alívio. A presença do acompanhante de sua livre escolha pode contribuir com esse apoio e segurança⁽²⁶⁾, que também deve ser orientado e apoiado para apoiar. Além disso, os métodos não farmacológicos como massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes e utilização das bolas de nascimento também devem ser utilizados para alívio da dor⁽²⁶⁾. O enfermeiro obstetra tem que, como uma de suas atribuições na assistência ao parto, promover o desenvolvimento do cuidado à gestante pautado no apoio, na segurança e na implementação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor^(1,27). No entanto, quando houver necessidade ou solicitação da mulher, métodos farmacológicos devem ser utilizados⁽²⁶⁾, após o consentimento da mulher, que deve receber orientação detalhada sobre os seus riscos e benefícios, bem como implicações para o parto⁽²⁶⁾.

A redução de danos à mulher e ao feto pelo uso da analgesia tem sido objeto de estudos. Resultados de metanálise recente demonstrou que abordagens não farmacológicas estão associadas a redução da analgesia peridural e maior satisfação da mulher com o parto, propiciando benefícios significativos para as mulheres e seus bebês, sem causar danos adicionais, enquanto a analgesia farmacológica foi associada a maior chance de cesarianas, parto instrumentalizado, uso de ocitocina, maior duração do trabalho de parto e menor satisfação com o parto⁽³⁾. Adicionalmente, resultados de uma revisão sistemática mostraram que os métodos não farmacológicos são eficazes para redução do estresse, alívio da dor e ansiedade, contribuindo para satisfação materna⁽²⁸⁾.

Dessa forma, o pré-natal é um momento favorável para orientações que favoreçam escolhas informadas sobre o processo de parturição, especialmente em relação às estratégias de controle da dor, incluindo métodos não farmacológicos e analgesia, além de sua indicação, riscos e benefícios. Com eficácia demonstrada para reduzir o uso de analgesia peridural e melhorar a satisfação da mulher em relação ao trabalho de parto⁽²⁵⁾, essas orientações têm sido intervenção recomendada à prática do enfermeiro no cuidado pré-natal, tanto de risco habitual como de alto risco, no sentido de reconhecer riscos e adotar posturas que beneficiem a mulher e o recém-nascido⁽²⁹⁾.

Recomendações importantes devem ser seguidas, referentes à analgesia no parto, tais como a técnica de administração, dose, substâncias utilizadas e manutenção da analgesia no trabalho de parto⁽⁵⁾. Soma-se a isso a avaliação clínica para indicação ou contra-indicação de analgesia, devendo incluir avaliação do bem-estar fetal⁽³⁰⁾ e, entre as contra-indicações, salienta-se a recusa materna, além da presença de infecção, hemorragia e mal posicionamento do feto⁽³⁰⁾. A indicação precisa do uso da analgesia pode reduzir os danos ao feto e à mulher. Assim, fornecer informações sobre vantagens e desvantagens desse procedimento pode contribuir para a humanização do parto^(1,5).

Destaca-se que, no contexto da humanização e desmedicalização da assistência ao parto, a enfermagem tem papel fundamental na construção de um cenário próspero na atenção ao parto e nascimento no Brasil, pautado nas políticas públicas de humanização, uso de tecnologias apropriadas e necessárias, bem como de valorização da singularidade de cada mulher⁽²⁷⁾. Mais especificamente, a enfermagem obstétrica tem participação incisiva na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, com contribuições assistenciais importantes nesse processo, seguindo diretrizes nacionais e internacionais das boas práticas e baseando-se nos princípios da humanização⁽¹⁾.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações, como registros incompletos ou ausentes nos prontuários que impossibilitaram identificar outros possíveis fatores de relevância para associação do uso de analgesia com desfechos neonatais desfavoráveis: duração de cada fase do trabalho de parto, doses e substâncias utilizadas para analgesia, além de aspectos específicos relacionados à saúde do recém-nascido. Apesar disso, destaca-se que as gestações múltiplas, cesáreas eletivas, prematuridade, feto morto e apresentações anômalas foram critérios de exclusão do estudo. Além disso, estratificaram-se as análises pelo risco gestacional, permanecendo a associação entre as mulheres com gestação de risco habitual. Ressalta-se ainda que os resultados foram ajustados por fatores de confusão importantes nessa relação.

Contribuições para área da Enfermagem, saúde ou políticas públicas

Para alcançar o melhor resultado físico, emocional e psicológico para as mulheres e seus bebês, é necessário desenvolver um modelo de cuidado no qual os sistemas de saúde contribuam para o empoderamento das mulheres para a tomada de decisões que beneficiem a si mesmas e ao seu filho. Assim, destaca-se o papel da enfermagem nesse processo, que se inicia no pré-natal e deve preparar a mulher para o processo de parturição, incluindo os aspectos relacionados à dor do parto e as estratégias de enfrentamento. As mulheres devem ser orientadas sobre os métodos não farmacológicos e farmacológicos, ressaltando-se os riscos e benefícios de cada método, além de seus direitos.

CONCLUSÃO

O uso de analgesia farmacológica durante o trabalho de parto foi associado a desfechos neonatais como Apgar do primeiro minuto menor que 7, necessidade de manobras de reanimação e encaminhamento do RN para UTI Neonatal, principalmente para mulheres com gestação de risco habitual.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem o apoio da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (PRPq/UFMG).

REFERÊNCIAS

1. 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. doi: 10.5935/1414-8145.20160044
2. Cunha A. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. *Femina*. 2010;38(11):599-606.
3. Chaillet N, Belaid L, Crochetiere C, Roy L, Gagné GP, Moutquin JM, et al. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth*. 2014;41(2):122-37. doi: 10.1111/birt.12103
4. Simkin P, Klein MC. Nonpharmacologic approaches to management of labor pain [Internet]. Uptodate.com. 2017 [cited 29 Aug 2018]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/nonpharmacologic-approaches-to-management-of-labor-pain>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.
6. Obstetric Anaesthetists' Association. Analgesia for Labour and C-section. [<http://www.oaa-anaes.ac.uk/ui/content/content.aspx?id=194>].
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: 2011.
9. Wagner M. Getting the health out of people's daily lives. *Lancet*. 1982;8309, p.1207.
10. Amaral H, Sarmiento Filho E, Silva D, Barbosa T, Gomes L. Repercussões maternas e fetais da analgesia obstétrica: uma revisão integrativa. *Av.Enferm*. 2015;33(2):282-294. doi: 10.15446/av.enferm.v33n2.52176
11. Singh KSCS, Yahya N, Misiran K, Masdar A, Nor MN, Yee LC. Combined spinal-epidural analgesia in labour: its effects on delivery outcome. *Rev Bras Anesthesiol* [Internet]. 2016[cited 2018 Aug 29];66(3):259-264. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2014.09.006>
12. Reynolds F. Labour analgesia and the baby: good news is no news. *Int J Obstet. Anesth*. 2011;20(1):38-50. doi: 10.1016/j.ijoa.2010.08.004
13. Felisbino-Mendes MS, Santos LO, Amorim T, Costa IN, Martins EF. O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto?. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017[cited 2018 Aug 29];30(5):458-65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700067>
14. Herrera-Gómez A, García-Martínez O, Ramos-Torrecillas J, De Luna-Bertos E, Ruiz C, Ocaña-Peinado FM. Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn. *Midwifery*. 2015;31(6):613-6. doi: 10.1016/j.midw.2015.02.013
15. Fernandes RLV, Damasceno AKC, Herculano MMS, Martins RST, Oriá MOB. Pharmacological obstetric analgesia: a study of obstetric and neonatal outcomes. *Rev Rene (Fortaleza)*. 2017;18(5):687-94. doi: 10.1590/1982-0194201700067
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).
17. Saraiva JP, Vogt SE, Rocha JS, Duarte ED, Simão DAS. Association between maternal and neonatal factors and Apgar in usual risk neonates. *Rev Rene (Belo Horizonte)*. 2018;19:1-7. doi: 10.15253/2175-6783.2018193179
18. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. The Apgar score. *Pediatr*. 2015;136(4):819-22. doi:10.1542/peds.2015-2651.
19. International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) Neonatal Task Force. Coordenação Geral do Programa de Reanimação Neonatal da SBP. Programa de Reanimação Neonatal. Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sal parto: diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: SBP;2016.
20. Greenwell EA, Wyshak G, Ringer SA, Johnson LC, Rivkin MJ, Lieberman E. Intrapartum Temperature Elevation, Epidural Use, and Adverse Outcome in Term Infants. *Pediatrics*. 2012;129(2):447-454. doi:10.1542/peds.2010-2301
21. Törnell S, Ekéus C, Hultin M, Håkansson S, Thunberg J, Högberg U. Low Apgar score, neonatal encephalopathy and epidural analgesia during labour: a Swedish registry-based study. *Acta Anaesthesiol. Scand*. 2015;59(4):486-95. doi: 10.1111/aas.12477
22. Riley LE, Celi AC, Onderdonk AB, Roberts DJ, Johnson LC, Tsen LC, et al. Association of Epidural-Related Fever and Noninfectious Inflammation in Term Labor. *Obstet. Gynecol*. 2011;117(3):588-95. doi: 10.1097/01.aoa.0000414090.52839.ff
23. Hasegawa J, Farina A, Turchi G, Hasegawa Y, Zanella M, Baroncini S. Effects of epidural analgesia on labor length, instrumental delivery, and neonatal short-term outcome. *J Anesth*. 2013;27:43-47. doi: 10.1007/s00540-012-1480-9
24. Gizzo S, Di Gangi S, Saccardi C, Patrelli TS, Paccagnella G, Sansone L, et al. Epidural Analgesia During Labor: Impact on Delivery Outcome, Neonatal Well-Being, and Early Breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2012;7(4):262-268. doi: 10.1089/bfm.2011.0099
25. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, Small R. The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017, 17(1):157. doi: 10.1186/s12884-017-1343-3
26. Andrade MAC, Lima JBMC. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos [Internet]. Cadernos Humaniza SUS – Parto e Nascimento. 2014[cited 2018 Aug 29];4:20-46. Available from: http://www.redehumanizassus.net/sites/default/files/caderno_humanizassus_v4_humanizacao_parto.pdf

27. Gayeski ME, Brüggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2018 Aug 29];19(4):774-782. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400022>
 28. Liu L, Coenen A, Tao H, Jansen KR, Jiang AL. Developing a prenatal nursing care. *International Classification for Nursing Practice catalogue. Int Nursing Review*. 2017;64:371–8. doi: 10.1111/inr.12325
 29. Alleemudder DJ, Kuponyi Y, Kuponyi C, McGlennan A, Fountain S, Kasivisvanathan R. Analgesia for labour: an evidence-based insight for the obstetrician. *Obstetr Gynaecol*. 2015;17:147–55. doi: 10.1111/tog.12196
 30. Silva TC, Bisognin P, Prates LA, Bortoli CFC, Oliveira, G, Ressel LB. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. *RECOM*. 2017;7:e1294. doi: 10.19175/recom.v7i0.1294
-