

KARIN ELISA SCHEMES

**SUFENTANIL INTRATECAL ASSOCIADO OU NÃO A
BUPIVACAÍNA PARA ANALGESIA DE PARTO**

FLORIANÓPOLIS

2003

KARIN ELISA SCHEMES

**SUFENTANIL INTRATECAL ASSOCIADO OU NÃO A
BUPIVACAÍNA PARA ANALGESIA DE PARTO**

**Dissertação apresentada à Universidade
Federal de Santa Catarina, para obtenção
do Título de Mestre em Ciências Médicas**

COORDENADOR: Prof. Armando José d`Acampora, MD, PhD

ORIENTADOR: Prof. Armando José d`Acampora, MD, PhD

CO-ORIENTADOR: Prof. Paulo Fontoura Freitas, MD, PhD

FLORIANÓPOLIS

2003

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos amores: Armando e Ana Clara.

Aos pacientes.

A Deus.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador professor ARMANDO JOSÉ d'ACAMPORA, meu muito obrigado pela obstinação da importância deste trabalho, pelo carinho e dedicação, pelo amor, por acreditar em mim.

A Dra. MARIA CRISTINA SIMÕES DE ALMEIDA, pelo estímulo na realização deste trabalho.

A todos os obstetras do Centro Obstétrico do Hospital Universitário da UFSC pela compreensão de que este trabalho poderia trazer informação importante para o meio.

Aos obstetras OTTO MAY FEUERSHUTTE e muito especialmente a SHEILA KOETTKER SILVEIRA, que muitas vezes encarou este trabalho como sendo seu.

Ao professor PAULO FONTOURA FREITAS, pela co-orientação plena de boa vontade e análise criteriosa dos dados, com muitas explicações, o que me fez entender muito mais a difícil arte da estatística.

A REJANE GOMES e JULIO HOFFMANN, anestesilogistas do Hospital de Caridade, que muitas vezes me substituíram no trabalho para que eu pudesse cumprir as exigências do curso.

À Enfermeira ELI CAMARGO SIEBERT, chefe da enfermagem do Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo estímulo, paciência e disponibilidade em me auxiliar no que fosse necessário.

Às enfermeiras, técnicas, auxiliares de enfermagem e funcionários do Centro Obstétrico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, o meu eterno agradecimento por entenderem o quanto este trabalho foi importante.

Aos funcionários do Mestrado em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina, IVO DEDICÁCIO SOARES, TÂNIA TAVARES e SIMONE.

Ao amigo GERALDO JORGE SEVERGNINI BERNARDES, pela correção do português.

Ao professor CARLOS EDUARDO PINHEIRO, pela orientação estatística e auxílio na compreensão das condições neonatais.

A minha filha ANA CLARA pelo carinho e paciência nas minhas ausências.

Por fim, muito especialmente, a todas as pacientes da Maternidade do Hospital Universitário, objetivo final de todo o meu esforço.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	6
3. MÉTODOS.....	7
4. RESULTADOS.....	13
5. DISCUSSÃO	22
6. CONCLUSÕES	33
7. REFERÊNCIAS	34
 NORMAS ADOTADAS.....	39
 RESUMO	40
 SUMMARY.....	41
 APÊNDICE	42

1. INTRODUÇÃO

Em 1591, EURANE MACAYANE, de Edimburgo, foi enterrada viva porque durante um parto gemelar difícil solicitou alívio para sua dor.¹

Nesta época, a Igreja ensinava que a dor do parto era um justo castigo imposto por Deus.¹ Tanto assim o era, que na Bíblia está escrito: “parirás teus filhos com dor”.

A premissa de que a dor e a doença vêm de Deus é de aproximadamente 10 mil anos antes de Cristo.² Os procedimentos cirúrgicos eram realizados sem qualquer tipo de anestesia ou mesmo de algo que chegasse perto da analgesia.^{1,2,3}

Aparentemente, antes da era moderna, um cirurgião na China, um na Índia e alguns poucos gregos e romanos faziam a interação entre a dor e os procedimentos cirúrgicos.¹

É atribuída a LONG a primeira anestesia em procedimento obstétrico, em 1845. Porém, somente em 1849, é que tornou conhecida sua descoberta, quando publicou um artigo sobre o assunto.¹ Logo após, em 1847, JAMES SIMPSON, professor de obstetrícia defendeu a anestesia em obstetrícia.^{1,3}

Aparentemente, foi SAMUEL GUTHRIE, em 1831, que sintetizou o clorofórmio, que alguns anos depois SIMPSON passou a utilizar em anestesia obstétrica, inclusive para a realização do oitavo parto da rainha Vitória, na Inglaterra, em 1853.^{1,3} Mas foi evidenciado que o clorofórmio também apresentava efeitos deletérios principalmente pela reconhecida hepato-toxicidade.¹

Quando SIMPSON contestou a assertiva bíblica: “parirás teus filhos com dor”, aquele que é considerado como o pai da analgesia obstétrica, proclamava: “é nosso dever, bem como privilégio, utilizar todos os meios legítimos para remover ou mitigar o sofrimento da mãe durante a parturição”. A parturição, por mais natural que ocorra, varia desde angústia até a fantasia, onde o medo e a ansiedade contribuem para a dor gerada pelas contrações uterinas, dilatação cervical e distensão perineal.⁴

A indicação de uma analgesia pelo obstetra e sua execução pelo anestesiológico exige, de ambos, um perfeito conhecimento da fisiologia do trabalho de parto, assim como uma interação de condutas.

Nas duas últimas décadas, muitas técnicas foram propostas, novas drogas surgiram, ampliando as possibilidades de se oferecer à parturiente e ao recém-nato, técnicas com menor risco e efeitos colaterais no binômio mãe-feto.

A utilização isolada de opióides por via espinhal é controversa. Os primeiros estudos que avaliaram a administração de morfina por via peridural ou subaracnóidea não apresentaram resultados satisfatórios. Recentemente, o emprego de opióides lipofílicos, fentanil e sufentanil, renovou o interesse pelo método, devido às vantagens que estes fármacos oferecem, principalmente em relação ao rápido início das ações após injeção espinhal.⁵

Alguns autores mostram que existe um efeito aditivo ou sinérgico, entre os opióides e anestésicos locais, quando administrados de maneira combinada. Isso sugere que pequenas doses das drogas mencionadas podem ter efeitos maiores quando associadas, comparados com a injeção isolada.^{5,6,7}

Existe estudo sustentando que a combinação de anestésico local e opióide é eficaz para aumentar a duração da analgesia sem o aumento concomitante dos efeitos adversos, sem diminuição do tônus muscular ou alterações hemodinâmicas.⁵

A superioridade da combinação de drogas foi relacionada à história progressiva da gestante, como um ou mais partos anteriores por via vaginal; e também a parâmetros do parto em evolução, como a dilatação cervical maior ou igual a 6 centímetros, ou seja, num estágio já mais avançado. Essa pode ser a causa da alta incidência de partos vaginais que não necessitam de suplementação anestésica durante o trabalho de parto.⁵

Em alguns estudos foi impossível determinar uma relação causa e efeito em mulheres que tiveram trabalhos de parto dolorosos e fatores de risco para cesáreas. Essas parturientes são também mais propensas a pedir analgesia em relação às outras.

Surge daí a necessidade de serem realizados outros trabalhos avaliando primigestas ou múltiparas no início do trabalho de parto, com dilatação cervical menor.

Há alguns métodos de mensurar e avaliar a dor. Em trabalhos de analgesia de parto são comumente utilizadas as Escalas Analógicas Visuais. Esta escala consiste em uma linha linear de 10 centímetros, onde o zero fica na extremidade esquerda da linha, significando, neste ponto, ausência de dor; e na extremidade direita da escala situa-se o 10, significando este ponto a “pior dor imaginável”.⁸

Algumas diferenças culturais podem fazer com que as parturientes comportem-se de maneiras diversas frente à dor. O fato, para um observador menos atento, pode fazer com que

esta dor seja subestimada ou superestimada. É importante para o médico observar o largo espectro de fatores que podem influenciar a expressão de dor, assim como sua avaliação.⁹

É corrente, no meio obstétrico, a indiferença pela dor da gestante múltipara.

RANTA pesquisou a intensidade da dor em grandes múltiparas e encontrou um número significativo de mulheres que receberam tratamento insuficiente para o alívio da sua dor.¹⁰

Para pesquisa de satisfação quanto à analgesia do trabalho de parto, alguns autores a classificam, conforme resposta da parturiente, em excelente, boa, regular ou ruim.^{5,8}

É interessante notar que a satisfação materna é muito mais relacionada à qualidade da analgesia do que com a ausência de bloqueio motor durante o trabalho de parto.¹¹

SAITO, escrevendo sobre a importância do enfoque cultural na compreensão da dor do parto, cita FERREIRA que diz que a presença de sensação dolorosa é a causa apontada com maior frequência pelas pessoas como a motivação da busca e assistência médica por ser percebida por estas como indicativo de um processo de doença.¹²

Na situação do parto, a dor vivenciada pela mulher tem sua dimensão cultural enfatizada. Segundo GUALDA, também citada por SAITO, “Dar à luz uma criança não é nunca simplesmente um ato fisiológico, mas um evento definido e desenvolvido num contexto cultural”.¹²

Parece que esta idéia é mais comum do que se pensa. Tanto é assim, que PAIM, também citada na revisão de SAITO, estudando populações de baixa renda, identificou em relação à dor do parto, que esta foi descrita como sensação incontrolável e apresentada como uma manifestação da natureza que independe da mulher. Acrescenta, ainda que, na visão das mulheres, os profissionais que prestam assistência à parturiente (enfermeiras e médicos) não compreendem que as dores e força não dependem delas.¹²

É observada uma certa diferença entre os povos. O comportamento de uma parturiente árabe, por exemplo, caracteriza-se pela manifestação da dor por meio de expressões faciais, verbalizações e movimentos corporais. Em geral, as técnicas de respiração e relaxamento são rejeitadas por estas mulheres. Além disso, poucas parturientes expressam o desejo de uso de anestesia peridural ou raquidiana em decorrência do medo e mitos relacionados ao procedimento anestésico por si próprio.¹²

HARRISON, em 1991, verificou ausência de expressão verbal entre as mulheres beduínas. A justificativa, talvez, deva-se ao costume da mulher parir em tendas no deserto,

quando algumas vocalizações são ouvidas pelos familiares que aguardam no lado de fora. Assim, ao se encontrarem na situação de parto hospitalar, preferem permanecer em silêncio por vergonha ou para não serem ouvidas por seus familiares, presentes na sala de espera.¹³

O tipo de informação recebido pelas mulheres e a forma como ela é transmitida, principalmente em relação à magnitude da intensidade da dor de parto, geram sentimentos negativos nas gestantes. Ao descreverem a vivência da dor de parto no período puerperal as mulheres reforçam o quão intensa é a sensação dolorosa de parir, repetindo e enriquecendo o discurso ouvido durante a gestação. A dor do parto é inexplicável, pois sua descrição e compreensão somente são possíveis pelas mulheres que já a vivenciaram.¹²

Outra característica atribuída à dor de parto é que ela não permanece na memória da puérpera.¹² Acredito que seja assim porque o parto traduz uma vitória, a realização de uma esperança que durou nove meses e se consolidou em um recém-nato habitualmente normal e saudável, tornando o parto um motivo de alegria para a mãe, o pai e toda a família.

O anestésico ideal para os bloqueios obstétricos seria aquele que bloqueasse somente as vias da dor, deixando todas as outras funções intactas.¹⁴

WONG, em um estudo com 170 parturientes distribuídas em 5 grupos que utilizaram para analgesia de parto bupivacaína 0,5% na dose de 2,5mg, associada a diferentes doses de sufentanil, concluiu que a bupivacaína intratecal na dosagem de 2,5mg sem a associação com sufentanil não produz analgesia satisfatória em gestantes múltiparas. Porém, pequenas doses de sufentanil conferem analgesia comparável a doses maiores com uma baixa incidência de náuseas, vômitos e prurido bem menos severo.¹⁵

SIA relatou que alguém poderia questionar se a adição de 2,5mg de bupivacaína a 10µg de sufentanil seria supérfluo, uma vez que a DE95 de sufentanil intratecal para início do trabalho de parto já foi relatada (8,9µg). Porém, a grande incidência de sedação em parturientes que receberam doses mais altas de opióides chamou a atenção, mesmo sendo episódios de curta duração.¹⁶

A analgesia regional para o trabalho de parto é, com frequência, iniciada com anestésicos locais e opióide. Esta técnica costuma fornecer excelente analgesia com mínimo bloqueio motor. A adição de bupivacaína e sufentanil intratecal prolonga a analgesia do trabalho de parto sem aumentar os efeitos colaterais.¹⁵

CAMPBELL¹⁷ demonstrou superioridade na duração da analgesia com a injeção de sufentanil 10µg associado a 2,5mg de bupivacaína, quando comparado com sufentanil ou bupivacaína isolados.

A dose ótima de sufentanil combinada com a bupivacaína foi determinada por WONG como sendo 2,5µg de sufentanil associada com 2,5mg de bupivacaína. Essa associação promove boa analgesia com menor incidência de efeitos colaterais como náuseas, vômitos e prurido severo, comparados com 7,5 ou 10 µg de sufentanil.¹⁵

É impossível avaliar qualidade em analgesia de parto sem fazer relação com o recém-nascido. Para avaliação de recém-natos a maioria dos trabalhos utiliza os escores de APGAR. Alguns utilizam também a gasometria colhida do cordão umbilical placentário.¹⁸

SEGAL¹⁹ sugere que o estilo da prática obstétrica pode ser o maior determinante da taxa de cesáreas. Este e outros autores²⁰ sugerem que o grupo de obstetras seja considerado uma variável. Foi em respeito a esta sugestão que resolvi realizar este estudo num só local, onde as práticas já constituem rotina escrita bem definida.

2. OBJETIVO

Avaliar a eficácia do sufentanil 7,5 ug intratecal em analgesia para trabalho de parto e compará-la a anestésico local (bupivacaína 2,5 mg) associado a sufentanil 5 ug.

3. MÉTODOS

Este é um estudo com delineamento transversal na coleta de dados e de caráter exploratório.

AMOSTRA

Para este estudo, a amostra constituiu-se de 22 gestantes a termo, em fase ativa do trabalho de parto (com dilatação do colo uterino igual ou menor que 7 centímetros), com os fetos em apresentação cefálica e que foram admitidas para parturição no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

A analgesia de parto foi realizada por solicitação espontânea das pacientes por indicação de analgesia pelo médico obstetra assistente, após consentimento livre e esclarecido por parte da paciente, por escrito.

Todo o procedimento anestésico foi exaustivamente explicado à paciente e ao seu acompanhante, tantas vezes quantas foram necessárias, em linguagem tão simples quanto suficiente para a sua compreensão, quais os benefícios e também quais as possíveis complicações que pudessem vir a ocorrer pela realização do procedimento anestésico.

Todas as gestantes incluídas no projeto concordaram espontaneamente, depois de esclarecidas, em participar da pesquisa, participação esta documentada através do Consentimento Livre e Esclarecido, com documento escrito e assinado pelas mesmas e/ou responsável com duas testemunhas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da UFSC.

As gestantes foram distribuídas em 2 grupos, conforme a ordem de chegada, sendo pareadas de forma alternada nos grupos 1 e 2 sucessivamente.

GRUPO 1 (n=11) - Gestantes que receberam sufentanil intratecal na dose de 7,5µg

GRUPO 2 (n=11) - Gestantes que receberam 5µg de sufentanil mais bupivacaína 2,5mg intratecal.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

As gestantes foram incluídas na pesquisa quando preencheram os seguintes critérios:

- a. Que o Consentimento Livre e Esclarecido tivesse sido entendido, preenchido e assinado
- b. Que a analgesia tenha sido indicada pelo médico obstetra assistente ou por solicitação espontânea da gestante por referir dor
- c. Pacientes gestantes a termo
- d. Que estavam em fase ativa do trabalho de parto
- e. Cuja dilatação do colo uterino era igual ou menor que 7 (sete) centímetros
- f. Que possuíam feto único com apresentação cefálica
- g. Que não se opunham em participar do trabalho em tela
- h. Que eram pacientes do Centro Obstétrico do Hospital Universitário da UFSC
- i. Gestantes nulíparas
- j. Que a profissional que realizou a analgesia tenha sido a pesquisadora

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

As gestantes não foram incluídas na pesquisa quando preencheram os seguintes critérios:

- a. Aquelas que não quiseram participar da pesquisa
- b. As que, após as explicações sobre o método, percebeu-se que não haviam entendido o propósito e o método da pesquisa
- c. Gestantes que possuíam fetos cuja apresentação não fosse cefálica
- d. Gestantes com indicação de parto cesáreo antes da 1ª. Injeção espinal
- e. Gestantes que não estavam em fase ativa do trabalho de parto
- f. Gestantes que não estavam a termo (Idade Gestacional menor que 37 semanas)
- g. Gestantes com dilatação uterina maior que 7 (sete) centímetros .
- h. Gestantes que, embora solicitem espontaneamente a analgesia de parto, não queriam participar da pesquisa
- i. Gestação gemelar
- j. Gestantes com parto cesáreo anterior

- k. Gestantes que tenham recebido medicação para alívio da dor nas 2 horas que antecederam a analgesia de parto
- l. Gestantes que não eram nulíparas

Foram respeitadas as contra-indicações formais de raquianestesia e peridural.

AMBIENTE

Todo o trabalho foi realizado no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina somente pela anestesiolegista responsável pelo projeto.

PROCEDIMENTO

Levadas à sala de cirurgia do Centro Obstétrico, foram aferidos e anotados em protocolo padrão (ver apêndice): pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), dilatação cervical (DC), dinâmica uterina e batimentos cardio-fetais (BCF).

Após cateterização venosa com a utilização de um cateter calibre 18 GAUGE (G) foi iniciada a infusão lenta de solução de Ringer Lactato. As gestantes foram monitorizadas com monitor automático de PA do tipo não invasivo, cardioscópio em derivação DII, oximetria de pulso e máscara facial de oxigênio, 5 a 10 litros por minuto, quando a saturação de oxigênio fosse igual ou inferior a 96 %.

Foi mostrada à gestante a Escala Analógica Visual (EAV) e orientada como é feita a graduação da dor nesta escala. A gestante verbalizaria a graduação da sua dor, conforme a simbologia da escala, quando solicitada.

Após, o mesmo ato foi realizado por um observador (médico obstetra previamente treinado) que ignorava a avaliação anterior realizada com a mesma gestante.

A gestante e o observador ignoravam as drogas que eram utilizadas no procedimento.

TÉCNICA DE ANESTESIA

Após nova explicação, a gestante assumia a posição sentada para a realização da punção lombar, com inserção da agulha nos espaços intervertebrais lombares, preferencialmente entre os espaços L 3 - L 4 ou L 4 - L 5, utilizando-se uma agulha do tipo QUINCKE, de calibre 26 ou 27G. Após a identificação do espaço lombar, realizou-se a anestesia local da pele com lidocaína a 2%. Introduziu-se a agulha através da pele, até a perfuração da membrana dura-máter, comprovada pela presença de líquido através da agulha, caminho que foi utilizado para a injeção de 7,5 ug de sufentanil (1,5 ml) sem conservantes para gestantes do grupo 1; utilizando-se 5ug de sufentanil (1ml) associado a 2,5 mg de bupivacaína nas gestantes do grupo 2.

A seguir foi realizada a punção epidural no espaço vertebral imediatamente acima, sendo o espaço epidural identificado pela técnica de perda de resistência, com agulha de TUOHY, de calibre 16 G, e alocação de cateter espinhal 19 G, em direção cefálica, com introdução de aproximadamente 4 cm. Após fixação do cateter com esparadrapo, a gestante era encaminhada à Sala de Recuperação Pós-Anestésica, permanecendo monitorizada com PA automática e oximetria de pulso, na companhia do anestesiológico que realizou o procedimento até a ocorrência do parto.

Quando a analgesia foi insuficiente (EAV maior que 3cm), a complementação foi realizada da seguinte forma:

1. analgesia peridural contínua com bupivacaína se não houve alívio nos primeiros 30 minutos ou, posteriormente, quando novamente com dor (EAV maior que 3cm)
2. bloqueio perineal com lidocaína, realizado pelo médico obstetra, quando houve queixa de dor no teste álgico, antes da episiotomia

Foi considerado tempo 0 (zero) o momento em que foi realizada a injeção subaracnóidea. Após a punção as seguintes avaliações foram realizadas:

- a. duração da analgesia, mensurada em minutos
- b. necessidade de complementação pelo cateter epidural
- c. efeitos adversos

O tempo de duração da analgesia foi considerado o período desde a 1ª. injeção espinhal até a solicitação de analgesia pela paciente ou EAV maior que 3 cm.

A intensidade da dor foi medida antes da injeção e após a injeção nos tempos 5, 15, 30, 45, 60, 90, 120 e 180 minutos seguintes ao procedimento, utilizando-se uma escala analógica visual de 10cm, pesquisada com a paciente e com um observador neutro, que ignorava a nota dada pela paciente. Nos mesmos períodos foram registradas a frequência cardíaca, pressão arterial e saturação da hemoglobina.

Na avaliação do prurido foi considerado:

- a. prurido leve: quando percebido pelo pesquisador, sem queixa da paciente;
- b. prurido moderado: quando percebido pela paciente e descrito como moderado pela mesma;
- c. prurido intenso: quando percebido pela paciente e descrito como intenso pela mesma.

CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DA DOR

Em ambos os grupos estudados, foram avaliados pela gestante a qualidade da analgesia aos 30, 60 e 120 minutos após a injeção do sufentanil (excelente, boa, regular e ruim) e a satisfação da paciente com o método utilizado (excelente, boa, regular ou ruim).

Também foram avaliados: a necessidade de complementação da analgesia, tempo de duração da analgesia (tempo transcorrido desde a 1ª. injeção de drogas até a solicitação de complementação ou EAV >3cm) e estágio do trabalho de parto (centímetros de dilatação cervical).

Ao final do trabalho a gestante foi interrogada se repetiria a técnica em partos futuros (sim ou não). Foi anotado o tempo de duração do primeiro estágio do trabalho de parto (tempo após a 1ª. injeção espinal até o diagnóstico de dilatação total), do período expulsivo, e do tipo de parto vaginal (espontâneo, com auxílio de fórceps) ou cesárea.

Ao final do parto, o observador neutro foi questionado sobre a sua satisfação com a analgesia (excelente, boa, regular ou ruim).

Os neonatos foram avaliados utilizando-se o índice de APGAR e com medida dos gases sanguíneos por coleta do cordão umbilical, sangue este colhido da artéria umbilical do cordão, imediatamente após o nascimento.

Na saída da sala de recuperação foi realizado novo questionário quanto à satisfação em relação à técnica e a qualidade da analgesia.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram coletados no protocolo padrão estabelecido para a pesquisa (Apêndice) e digitados no software Epidata 2.01b.²¹

Para análise destes dados utilizou-se o programa Epiinfo 6.04.²² Os resultados foram dispostos em tabelas no capítulo correspondente.

Na comparação entre 2 ou mais proporções foi utilizado o teste do qui-quadrado para o nível de significância de 90% ($p < 0,10$) e teste exato de Fisher.

Na comparação entre os 2 grupos, ao utilizar variáveis numéricas, testes não paramétricos foram utilizados quando a variável não tinha distribuição normal.

Em sendo um estudo de caráter exploratório, será aceito nível de significância $p < 0,10$.

Para muitos efeitos (comparações) não há referencial teórico subsidiando o cálculo de tamanho ideal de amostra, pois mesmo que o tamanho da amostra fosse factível em termos operacionais, o trabalho se justifica pela importância teórica e no sentido de levantar hipóteses.

4. RESULTADOS

TABELA 1 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Distribuição das gestantes de acordo com a faixa etária nos grupos

GESTANTES	16 a 20 anos	21 a 25 anos	26 a 30 anos	TOTAL
GRUPO 1	5 (45,5%)	4 (36,4%)	2 (18,1%)	11 (100%)
GRUPO 2	5 (45,5%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	11 (100%)
TOTAL	10 (45,5%)	7 (31,8%)	5 (22,7%)	22 (100%)

$\chi^2 = 0.34$ 2 df p=N.S.

Ambos os grupos tinham gestantes com idades que variavam de 16 a 30 anos. Os grupos foram homogêneos entre si quanto à distribuição por idade.

Todas as gestantes do presente estudo eram primigestas, à exceção de uma gestante do Grupo 2 que era secundigesta (havia sofrido um aborto). Todas as gestantes do estudo eram nulíparas.

TABELA 2 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Distribuição nos grupos de acordo com a natureza do parto: vaginal ou cesariana.

	PARTOS VAGINAIS	CESARIANAS	TOTAL
GRUPO 1	11 (100%)	0 (0%)	11 (100%)
GRUPO 2	8 (72,7%)	3 (27,3%)	11 (100%)
TOTAL	19 (86,4%)	3 (13,6%)	22 (100%)

TABELA 3 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto.
Distribuição das gestantes nos grupos de acordo com a escolaridade.

	1º.Grau (completo ou não)	2º.Grau (completo ou não)	3º.Grau (completo ou não)	TOTAL
GRUPO 1	3 (27,3%)	5 (45,5%)	3 (27,3%)	11 (100%)
GRUPO 2	3 (27,3%)	5 (45,5%)	3 (27,3%)	11 (100%)
TOTAL	6 (27,3%)	10 (45,4%)	6 (27,3%)	22 (100%)

Os grupos tiveram distribuição homogênea, entre si, no aspecto da escolaridade.

TABELA 4 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto.
Distribuição nos grupos conforme a dilatação do colo uterino
no momento da injeção espinal .

	3 cm	4 cm	5 cm	6 cm	7 cm	TOTAL
GRUPO 1	1(9,1%)	4(36,4%)	0(0%)	3(27,3%)	3(27,3%)	11(100%)
GRUPO 2	3(27,3%)	3(27,3%)	1(9,1%)	3(27,3%)	1(9,1%)	11(100%)
TOTAL	4(18,2%)	7(31,2%)	1(4,5%)	6(27,3%)	4(18,2%)	22(100%)

TABELA 5 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto
Distribuição das gestantes conforme a dilatação do colo uterino no
momento da injeção espinal

	3 a 4 cm	5 a 7 cm	TOTAL
GRUPO 1	5 (45,5%)	6 (54,5%)	11 (100%)
GRUPO 2	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (100%)
TOTAL	11 (50%)	11 (50%)	22 (100%)

$$\chi^2=0.18 \text{ 1 df p=NS}$$

Os grupos foram homogêneos, entre si, no que se refere à dilatação do colo uterino no momento da injeção espinal.

TABELA 6 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto.
Distribuição das gestantes nos grupos conforme a necessidade de complementação da analgesia pelo cateter peridural

	SIM	NÃO	TOTAL
GRUPO 1	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (100%)
GRUPO 2	9 (81,8%)	2 (18,2%)	11 (100%)
TOTAL	15 (68,2%)	7 (31,8%)	22 (100%)

$\chi^2=1.89$ 1df p=NS

TABELA 7 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto.
Pontuação da dor na Escala Analógica Visual no tempo 0 (nota da paciente) em cm.

	5	6	7	8	9	10	TOTAL
GRUPO 1	2(18,2%)	1(9,1%)	0(0%)	1(9,1%)	0(0%)	7(63,6%)	11(100%)
GRUPO 2	0(0%)	1(9,1%)	1(9,1%)	2(18,2%)	3(27,3%)	4(36,4%)	11(100%)
TOTAL	2(9,1%)	2(9,1%)	1(4,6%)	3(13,6%)	3(13,6%)	11(50%)	22 (100%)

As notas dadas pelas gestantes variaram de 5 a 10 cm na EAV, sendo que a grande maioria situou-se acima de 8 cm na EAV.

TABELA 8 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto.
Pontuação da dor na Escala Analógica Visual (EAV) aos 30 minutos (nota da paciente)

EAV	0-3 (EAV)	4-10 (EAV)	TOTAL
GRUPO 1	10 (90,9%)	1 (9,1%)	11 (100%)
GRUPO 2	8 (72,7%)	3 (27,3%)	11 (100%)
TOTAL	18 (81,2%)	4 (18,2%)	22 (100%)

$\chi^2=1.22$ 1 df p=NS

TABELA 9 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto.
Presença e intensidade de prurido após a injeção espinal.

	Ausência de prurido*	Prurido leve	Prurido moderado	Prurido intenso	TOTAL
GRUPO 1	5 (45%)	4(36,4%)	1(9,1%)	1(9,1%)	11(100%)
GRUPO 2	10(90,9%)	1(9,1%)	0(0%)	0(0%)	11(100%)
TOTAL	15 (68,2%)	5 (22,7%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)	22 (100%)

$\chi^2 = 5.24$ 1 df **p= 0.02**(*calculado para presença de prurido ou não)

Em nenhuma das gestantes houve necessidade de tratamento do prurido.

Uma das pacientes do grupo 2 apresentou vômito na sala de parto, já em período expulsivo.

Não houve alterações nas medidas de Pressão arterial das gestantes após a injeção espinal.

TABELA 10 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto.
Qualidade da analgesia aos 30 minutos – classificação feita pela gestante. Distribuição conforme os grupos.

	EXCELENTE /BOA	REGULAR	TOTAL
GRUPO 1	10(90,9%)	1(9,1%)	11(100%)
GRUPO 2	10(90,9%)	1(9,1%)	11(100%)
TOTAL	20 (90,9%)	2 (9,1%)	22 (100%)

Ao comparar as tabelas, aos 30 minutos a quase totalidade das mulheres classificou a qualidade da analgesia em excelente ou boa.

TABELA 11- Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Qualidade da analgesia aos 60 minutos – classificação feita pela gestante. Distribuição conforme os grupos.

	EXCELENTE/BOA	REGULAR	TOTAL
GRUPO 1	11 (100%)	0 (0%)	11 (100%)
GRUPO 2	10 (90,9%)	1 (9,1%)	11 (100%)
TOTAL	21 (95,5%)	1 (5,6%)	22 (100%)

Aos 60 minutos, somente uma gestante do grupo 2 classificou a analgesia como regular. As outras todas classificaram a analgesia como excelente ou boa.

TABELA 12 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Qualidade da analgesia aos 90 minutos – classificação feita pela gestante. Distribuição conforme os grupos.

	EXCELENTE/BOA	REGULAR	TOTAL
GRUPO 1	9 (90%)	1 (10%)	10 (100%)*
GRUPO 2	8 (100%)	0 (0%)	8 (100%)*
TOTAL	17 (94,4%)	1 (5,6%)	18 (100%)

*= as gestantes que não constam nesta tabela já haviam parido.

TABELA 13 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Tempo desde a injeção espinal até a dilatação total do colo uterino. Distribuição conforme os grupos.

TEMPO (em minutos)	Até 60	61-120	121-180	181-240	241-300	301-360	361-420	TOTAL
GRUPO 1	2(18,2%)	3(27,3%)	1(9,1%)	2(18,2%)	1(9,1%)	1(9,1%)	1(9,1%)	11(100%)
GRUPO 2	3(33,4%)	2(22,2%)	2(22,2%)	0(0%)	1(22,2%)	1(22,2%)	0(0%)	9(100%)*
TOTAL	5(25%)	5(25%)	3(15%)	2(10%)	2(10%)	2(10%)	1(5%)	20(100%)

p= N.S. Média grupo 1= 174.81 Média grupo 2= 137.77

*2 pacientes deste grupo evoluíram para parto cesáreo antes de atingirem dilatação total.

TABELA 14 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Distribuição conforme o tempo de duração do período expulsivo.

TEMPO (em minutos)	Até 15	16-30	31-45	46-60	61-90	TOTAL
GRUPO 1	3(27,3%)	6(54,5%)	0(0%)	1(9,1%)	1(9,1%)	11(100%)
GRUPO 2	4(44,5%)	2(22,2%)	1(11,1%)	1(11,1%)	1(11,1%)	9(100%)*
TOTAL	7(35%)	8(40%)	1(5%)	2(10%)	2(10%)	20(100%)

$\chi^2 = 2.97$ p=N.S. Média grupo 1= 27.27 Média grupo 2= 30.22

* 2 pacientes deste grupo evoluíram para parto cesáreo antes de atingirem dilatação total.

TABELA 15 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Gestantes que repetiriam a técnica em partos futuros. Distribuição conforme os grupos.

	SIM	NÃO	TOTAL
GRUPO 1	11 (100%)	0(0%)	11(100%)
GRUPO 2	11 (100%)	0(0%)	11(100%)
TOTAL	22(100%)	0(0%)	22(100%)

TABELA 16 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Satisfação da gestante com a analgesia ao final do trabalho de parto.

	EXCELENTE	BOA	TOTAL
GRUPO 1	10 (90,9%)	1 (9,1%)	11 (100%)
GRUPO 2	10 (90,9%)	1 (9,1%)	11 (100%)
TOTAL	20 (90,9%)	2 (9,1%)	22 (100%)

TABELA 17 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Satisfação do observador com a analgesia ao final do trabalho de parto. Distribuição nos grupos.

SATISFAÇÃO DO OBSERVADOR	EXCELENTE	BOA	TOTAL
GRUPO 1	10 (90,9%)	1 (9,1%)	11 (100%)
GRUPO 2	10 (90,9%)	1 (9,1%)	11 (100%)
TOTAL	20 (90,9%)	2 (9,1%)	22 (100%)

TABELA 18 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Distribuição nos grupos conforme os índices de APGAR no 1º. minuto.

APGAR	1	3	4	5	7	8	9	TOTAL
GRUPO 1	1(9,1%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	2(18,2%)	7(63,6%)	1(9,1%)	11(100%)
GRUPO 2	0(0%)	1(9,1%)	1(9,1%)	1(9,1%)	2(18,2%)	6(54,5%)	0(0%)	11(100%)
TOTAL	1(4,5%)	1(4,5%)	1(4,5%)	1(4,5%)	4(18,2%)	13(59,1%)	1(4,5%)	22 (100%)

$\chi^2=4.84$ p= N.S.

TABELA 19 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Distribuição nos grupos conforme os índices de APGAR no 1º. minuto.

APGAR	1 a 6	7 a 10	TOTAL
GRUPO 1	1 (9,1%)	10 (90,9%)	11(100%)
GRUPO 2	3 (27,3%)	8 (72,7%)	11(100%)
TOTAL	4 (18,2%)	18 (81,8%)	22 (100%)

$\chi^2= 1.15$ 1df p= N.S.

TABELA 20 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de Parto. Distribuição dos grupos conforme o índice de APGAR no 5°. minuto.

APGAR	5	7	8	9	TOTAL
GRUPO 1	1(9,1%)	0(0%)	1(9,1%)	9(81,8%)	11 (100%)
GRUPO 2	0(0%)	1(9,1%)	1(9,1%)	9(81,8%)	11 (100%)
TOTAL	1(4,5%)	1(4,5%)	2(9,1%)	18(81,2%)	22 (100%)

$\chi^2= 0.00$ p= N.S.

O pH das gasometrias colhidas das artérias do cordão umbilical foi anotado para comparação com tabelas existentes. Três casos foram coletados ou armazenados de maneira inadequada e esses resultados foram então desprezados. Os demais estavam de acordo com a normalidade quando comparados com a literatura.

TABELA 21 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Tempo de duração do bloqueio (da 1ª. Injeção espinal)

TEMPO (em minutos)	GRUPO 1	GRUPO 2
Não reduziu a dor (EAV >3 cm)	0 (0%)	1 (9,1%)
0 a 30	1 (9,1%)	2 (18,2%)
31 a 60	1 (9,1%)	3 (27,3%)
61 a 90	2 (18,2%)	3 (27,3%)
91 a 120	4 (36,4%)	1 (9,1%)
121 a 150	0 (0%)	1 (9,1%)
151 a 180	1 (9,1%)	0 (0%)
181 a 210	1 (9,1%)	0 (0%)
211 a 300	0 (0%)	0 (0%)
300 a 330	1 (9,1%)	0 (0%)
TOTAL	11 (100%)	11 (100%)

$\chi^2=4.295$ (Kruskal-Wallis) **p=0.04** Média do grupo1= 129,545 Média do grupo2= 65,909

TABELA 22 - Sufentanil associado ou não a bupivacaína para analgesia de parto. Gestantes que pariram apenas com a 1ª. injeção espinal

GESTANTES	SIM	NÃO	TOTAL
GRUPO 1	5(45,5%)	6 (54,5%)	11 (100%)
GRUPO 2	2 (18,2%)	9 (81,2%)	11 (100%)
TOTAL	7 (31,8%)	15 (68,2%)	22 (100%)

$\chi^2= 0.84$ (Yates corrected) Fisher exact test=0.18

5. DISCUSSÃO

Quando JAMES YOUNG SIMPSON introduziu a anestesia na prática obstétrica em 1847, esperava receber aclamações similares àquelas dadas a W.T.G. MORTON pelo seu sucesso quando da demonstração do uso do éter. Ao contrário, a maioria das autoridades médicas da época criticou a inovação de SIMPSON, não por razões religiosas ou morais, mas por questões médicas, pois ao identificar a potência anestésica do éter, os médicos foram temerários com respeito aos seus efeitos no trabalho de parto, sobre o recém-nato e os riscos de infecção e hemorragia.²³

Objecções similares também já tinham sido feitas com os opióides. O nascimento, diziam eles, era um processo fisiológico que seria melhor manejado com a menor interferência possível. Para eles, a anestesia representava uma intromissão, algo semelhante à utilização de fórceps ou derivados do *ergot*.²³

Durante todo o século XVIII, muitos segmentos da sociedade assinalavam que a dor era pouco útil, quer para o indivíduo, quer para a sociedade. Os fisiologistas pensavam, inclusive, que a dor causava danos permanentes à mente e ao corpo. Políticos liberais e filósofos, igualmente, identificavam a dor e o sofrimento como a causa de muitos problemas sociais. Diziam “trate a dor, tire a fome, e corrija a injustiça política e muitos problemas sociais irão desaparecer”.²³

Mudanças sociais como a abolição da escravatura, mudanças penais (reabilitação ao invés de punição) e leis contra o abuso de animais fizeram com que houvesse um espírito de reforma na razão humana, levando a pensar que todas as causas de sofrimento e dor poderiam ser identificadas e eliminadas. Isto explica, em parte, a busca de drogas e técnicas para aliviar a dor.²³

Porém, a mudança nas mentes de muitos médicos a respeito da analgesia de parto não foi devida a Simpson, como muitos supõem, e sim a John Snow que, por duas vezes, atendeu a Rainha Vitória em seus partos.²⁴

A oposição à utilização de analgesia para o nascimento diminuiu ao longo do século XIX, em parte pela pressão social exercida pelas primeiras feministas, votantes que acreditavam não poder atingir seus objetivos econômicos ou políticos se não fossem saudáveis. Um dos impedimentos à boa saúde, diziam elas, eram as gestações múltiplas e

plenas de dor, com partos pobremente manejados. Feministas americanas e inglesas incluíram melhores cuidados obstétricos e anestesia como parte de sua campanha de direitos femininos.^{23,25}

Pressões para mudanças no manejo dos partos vieram também de dentro da prática obstétrica. Médicos progressistas, como BOLÍVAR DELEE, criticaram a filosofia da conduta expectante que dominou a obstetrícia do século XIX. Altos índices de morbidade e mortalidade levavam a esperar por práticas mais agressivas, como o *ergot* para estimular o trabalho de parto, fórceps e episiotomia, mesmo para os partos de rotina. O aumento da popularidade destes métodos, em conjunção com a pressão política e social das feministas, iniciou mudanças tanto pelos obstetras nos hospitais como pelas parteiras domiciliares. A ênfase no manejo dos partos vaginais também conduziu à necessidade de boa analgesia.²³

No início do século XX (1900), o éter e o clorofórmio eram os únicos anestésicos disponíveis e tinham suas limitações para nascimentos. Eram difíceis de administrar e requeriam pessoas treinadas para o seu manuseio. Quase simultaneamente surgiram a anestesia espinhal e a sedação, esta última uma estranha combinação de doses subterapêuticas de morfina e escopolamina, destinada a aliviar alguma dor na hora do parto, e causar amnésia à gestante no resto do trabalho de parto.^{23,25}

As duas décadas seguintes trouxeram mais mudanças. Surgiu uma gama de variantes técnicas com o mesmo objetivo: resolver a dor. Entre elas novos bloqueios (paravertebral, sacral, periaórtico e peridural), agentes inalatórios (etileno, ciclopropano e tricloroetileno), agentes injetáveis (barbitúricos e novos opióides) e aparelhos especiais (vaporizadores portáteis, cápsulas de vidro contendo uma dose de clorofórmio que deveria ser quebrada sob o nariz da parturiente).²³

Houve, então, uma mudança na filosofia da prática médica e os obstetras passaram a utilizar doses crescentes de várias drogas administradas por uma variedade de novas técnicas.

Através da história, vários foram os entraves na realização e aceitação da analgesia obstétrica pelas parturientes, pelos médicos e pelas comunidades. A esse respeito, havia, e ainda há, alguns questionamentos: o que pode ser feito, o que é seguro, o que as parturientes desejam?

As dúvidas, mesmo após a morte de Simpson, continuaram. OSCAR KREIS, em 1900, relatou 6 casos de parto vaginal, nos quais utilizou anestesia espinhal, notando que algumas gestantes tinham dificuldade de realizar a força (prensa abdominal) durante o

segundo estágio do trabalho de parto, mas continuou afirmando que a anestesia espinhal não tinha influência sobre as contrações uterinas.²³

Esta observação provocou a idéia, em alguns fisiologistas, de que o sistema nervoso central inicia o trabalho de parto e regula as contrações uterinas. E foi esta teoria que desaconselhou os primeiros médicos do uso de opióides ou éter para aliviar as dores do parto. Diziam que qualquer droga que suprimisse a dor seria capaz, também, de suprimir os centros neurológicos que controlam o trabalho de parto. Muitas décadas se passaram até a descoberta de que os hormônios, e não os centros neurológicos, eram os mecanismos reguladores de todos os fenômenos que atingem a reprodução, desde a ovulação até o parto.²⁴

A necessidade de segurança no emprego de uma técnica anestésica, assim como a viabilidade da sua execução, também influenciaram o uso da anestesia. Os anestésicos espinhais, ditos como efetivos, não raramente falham no quesito tempo, ou seja, têm dificuldade de contemplar toda a duração do trabalho de parto. Das técnicas utilizadas, as que conseguiram permanecer até os nossos dias, destacaram-se o bloqueio peridural e os bloqueios de nervos pudendos.

Atualmente são reconhecidas as conseqüências positivas no alívio da dor, quer com relação à parturiente, quer com relação ao recém-nato.

Desenvolvimentos na indústria farmacêutica também influenciaram a melhoria da prática obstétrica e anestésica.

A normalização dos parâmetros ventilatórios, as repercussões hormonais e metabólicas para mãe e filho, a pouca, ou mesmo nenhuma interferência na mobilidade da parturiente, bem como a presença da força e prensa abdominal, parecem deixar para trás a sombra que pairava sobre os procedimentos de analgesia em relação à dor do parto, que sugeriam altos índices de instrumentalização, cesarianas, ou mesmo na duração do tempo do trabalho de parto.

Apesar de se tratar de uma maternidade dentro de um Hospital Universitário, onde o método é referendado e conhecido, observou-se que a maior parte das parturientes não o conhecia ou não sabia o que era a analgesia de parto. Porém, depois de explicado todo o procedimento, sua maneira de execução, seus benefícios e possíveis complicações, nenhuma gestante relutou em aceitá-lo.

Cada parturiente era acompanhada por um adulto responsável, que também assinava o Consentimento Livre e Esclarecido. O fato da Maternidade do Hospital Universitário da

Universidade permitir um acompanhante durante todo o trabalho de parto e pós-parto imediato têm sido elogiado pela maioria das gestantes e acompanhantes, além de ter o reconhecimento das maternidades nacionais, tornando-se exemplo para as demais.

O fato de o anestesista estar próximo durante todo o trabalho de parto, parece ter contribuído para o bem-estar e confiança das gestantes. O anestesista procurou estar presente, porém sem invadir a intimidade ou privacidade da parturiente e seu acompanhante.

Optou-se por não avaliar a sedação ou sonolência, pois, muitas vezes, depois de uma noite inteira em trabalho de parto doloroso, o alívio da dor trazia a possibilidade de a gestante descansar um pouco, quando o sono advindo de cansaço pudesse ser erroneamente interpretado como sedação ou sonolência por opióide intratecal.

A face da gestante se modificava logo após o alívio da dor. Com a diminuição da dor, a maioria se sente mais confiante e é capaz de colaborar com o trabalho de parto.

Em um estudo de IMPEY²⁶ que avaliou a relação epidural *versus* cesáreas *versus* instrumentalização, a conclusão foi que, apesar do índice de analgesias no decorrer do tempo estudado ter aumentado em 5 vezes, o índice de cesarianas e instrumentalização permaneceu semelhante.

No presente estudo, em 3 parturientes do grupo 2 houve necessidade de conversão para parto cesáreo (todas por distócia, nenhuma por sofrimento fetal).

Estudos clínicos de analgesia em trabalho de parto, freqüentemente, comparam a eficácia e efeitos colaterais de diferentes drogas e técnicas.

ARKOOSH²⁷ realizou um estudo para determinar ED50 do sufentanil intratecal e encontrou um valor de 1,8 µg estudando gestantes nulíparas em início do trabalho de parto. Encontrou também que, embora o sufentanil intratecal dê um alívio rápido e efetivo na dor do parto, seu uso é freqüentemente associado a efeitos colaterais. Prurido, náuseas e vômitos, geralmente transitórios e de moderada intensidade, são relatados pela maioria dos autores.^{8,15,28,29,30}

O sufentanil é considerado dez vezes mais potente que o fentanil, quando administrado sistemicamente. JAMES HONET³¹, em seus estudos, encontrou dados sugerindo que, após injeção intratecal, o sufentanil seja somente duas vezes mais potente em relação ao fentanil.

Estudos recentes de analgesia intratecal para trabalho de parto utilizaram a dose de 10 µg de sufentanil intratecal. De acordo com a literatura, esta dose confere alívio da dor em 90 a 95% desta população de gestantes.²⁷

ARKOOSH encontrou no mesmo estudo a ED95 de 15,3µg, mas recomenda cautela na extrapolação destes dados para a população de gestantes de uma maneira geral.²⁷

Em 1995, CAMPBELL¹⁷ demonstrou analgesia superior, com maior duração de ação com o uso de 2,5mg de bupivacaína associada a 10µg de sufentanil, quando comparado com sufentanil ou bupivacaína isolados.

A dor “é uma experiência pessoal e subjetiva relacionada ao sofrimento físico, psicológico e espiritual, ao infortúnio e ao desgosto. A única pessoa que pode descrever a sua dor é a pessoa que a vivencia. A dor é experimentada pela pessoa, e não somente pelo seu corpo”.¹²

A Escala Analógica Visual de Dor (EAV) de 10cm é utilizada em diversos estudos, e tem boa aceitação quando comparada a outros métodos de graduação e avaliação da dor^{8,14,15,17,27,29,31,32,33}, embora exista alguma opinião contrária.¹⁴

Em um simpósio realizado no ano de 2002, em Nova Iorque, o Comitê de Manejo da Dor do Parto publicou, em seu suplemento, que “a experiência da dor do parto é uma reflexão individual de estímulos variados unicamente recebidos e interpretados por uma única mulher, por circunstâncias emocionais, motivacionais, cognitivas, sociais e culturais. A complexidade e individualidade desta experiência sugerem que a mulher e os que lhe prestam assistência, possam ter uma limitada habilidade em antecipar esta experiência de dor antes do trabalho de parto e, a partir daí, padronizar e imitar abordagens no manejo do trabalho de parto pode não ir ao encontro das necessidades de muitas mulheres”.¹⁴

Penso que a escolha dentro de tantas técnicas, tentando ajustá-la para aquela mulher naquele momento, é um dos desafios mais importantes a serem vencidos. O mesmo simpósio relata que fatores mutáveis têm sido descritos como influentes na dor do parto como: condições de desenvolvimento (econômicas), modelos de estratégias, medo, ansiedade, expectativas acerca da experiência e, acima de tudo, o senso de competência e confiança em si mesma em sua habilidade de parir. O alívio na dor do parto deve ser visto como uma necessidade, senão como um direito.¹⁴

Tanto a analgesia quanto o prurido produzido pelos opióides intratecais parecem ser mediados por via espinhal. Eles têm tempos de instalação e duração similares. Os opióides

precisam alcançar níveis medulares mais altos (acima de T10) para serem efetivos. Contudo, com a maior progressão dos opióides em sentido cefálico aumenta também a intensidade do prurido.³⁴

MARDIROSOFF³⁵ sugeriu que a diminuição da dose de sufentanil intratecal não reduz a incidência de prurido, que permanece alta na maioria dos estudos (70%).

A presença de prurido foi maior no grupo que utilizou o sufentanil 7,5µg (p=0.02), indo ao encontro da literatura, que refere prurido presente de maneira significativamente maior em grupos que utilizaram esta ou maiores doses de sufentanil.¹⁵ Em um estudo de BUXBAUM³⁶, grande número de pacientes necessitou de tratamento para o prurido.

Nenhuma das gestantes deste estudo solicitou tratamento para este prurido, indo ao encontro do estudo de ARKOOSH.²⁷

Uma das pacientes do Grupo 1 apresentou prurido intenso, motivo pelo qual classificou a analgesia como boa e não excelente; mesmo não havendo relação entre dor e prurido.

O estudo de BUXBAUM³⁶ pesquisando satisfação, não encontrou relação entre o prurido e a satisfação materna.

WONG¹⁵ considerou que uma limitação de seu estudo foi o uso de dose teste no cateter epidural logo após a inserção do mesmo. A opinião dos autores¹⁵ considera que esta dose teste pode contribuir para analgesia, e os autores ponderam que uma maior dose intratecal talvez fosse necessária caso não tivesse sido utilizada a dose teste. Este foi um dos motivos pelos quais optou-se por não realizar dose teste no cateter, deixando a avaliação do mesmo para um tempo posterior, quando fosse necessária a sua utilização.

Estudando o uso de sufentanil intratecal para analgesia de parto, COHEN³⁷ observou que após a injeção de sufentanil 10µg intratecal a dor aliviava, a ponto da paciente sentir-se confortável, em dez minutos.

VISCOMI³⁸ demonstrou que a duração da analgesia para trabalho de parto utilizando sufentanil e bupivacaína intratecal é altamente dependente do tempo, no trabalho de parto, em que a injeção é feita. Por isso, nesta amostra, selecionou-se parturientes com dilatação cervical uterina menor ou igual a 7cm. CAMPBELL¹⁷ notou uma duração da analgesia de 70 minutos (com sufentanil 10µg intratecal), de 114 minutos (2,5mg de bupivacaína intratecal) e 150 minutos (com a associação da bupivacaína mais sufentanil) quando a injeção espinal era administrada até 5cm de dilatação cervical uterina. VISCOMI³⁸ e ABOULEISH³⁹

encontraram aproximadamente 120 minutos de duração da analgesia quando a injeção espinhal era feita num estágio mais avançado do trabalho de parto.

Estudando doses diferentes de sufentanil intratecal isolado em analgesia de parto WONG¹⁵ encontrou uma média de 94(+ou-33) minutos de duração de analgesia.

Este estudo encontrou média de tempo de 129 (+ou- 85) para o grupo 1(sufentanil 7,5µg) e tempo de 66 (+ou- 41) para o grupo 2 (sufentanil 5µg e bupivacaína 2,5mg). Esta diferença foi estatisticamente significativa (p=0.04). Este resultado pode sugerir que talvez a dose maior de sufentanil seja fator mais importante do que o efeito aditivo ou sinérgico entre anestésico local e opióide, no que se refere ao tempo de duração da 1ª. injeção espinhal.

MARDIROSSOF³⁵, em estudo anterior comparando associação de bupivacaína com doses menores de sufentanil (2,5 e 5µg) não encontrou diferença nos tempos de duração usando estas doses menores, mas diferenças significativas na duração do bloqueio quando as comparava com a bupivacaína isolada (50 minutos). A comparação com alguns estudos fica comprometida quando se observa que muitos misturam, em suas amostras, gestantes múltíparas e nulíparas^{16,38} ou com dilatação cervical menor que 3 cm.^{16,17} A fase latente do trabalho de parto normalmente varia de 2 a 3cm de dilatação e pode durar horas ou mesmo dias.⁴

Um estudo de COHEN³⁷ já havia descrito um tempo de duração de analgesia de 124(+ou- 68) minutos utilizando 10µg de sufentanil intratecal isoladamente. Naquela amostra, as pacientes, embora não fossem necessariamente nulíparas, tinham dilatação cervical uterina entre 2 e 8 cm no momento da injeção espinhal.

EISENACH³⁰ descreve que o tempo de duração do alívio da dor, para gestantes no início do trabalho de parto, com sufentanil intratecal de 5 a 10µg é de cerca de 90 minutos. Parece haver, também, uma tendência no aumento do tempo de duração com o aumento da dose de sufentanil. NELSON²⁹ encontrou um tempo de duração da analgesia, utilizando sufentanil na dose de 8µg, de 104 minutos (+ ou – 34 minutos).

Neste estudo, examinando-se a tabela 22, percebeu-se que embora não haja diferença significativa entre os 2 grupos, observa-se uma forte tendência, no grupo 2, de a gestante não parir apenas com a 1ª. Injeção espinhal (81,2%). Esta tendência talvez seja explicada quando correlaciona-se a tabela 22 com a tabela 21, onde observa-se tempo de duração da 1ª. injeção inferior no grupo 2 quando comparado com o grupo 1.

COHEN³⁷, utilizando 10µg de sufentanil intratecal para analgesia de parto, relatou que 20% das pacientes não necessitaram de complementação da analgesia, inclusive para o período expulsivo.

COHEN³⁷ observou mudanças no sensório e mudanças autonômicas que não eram esperadas. Uma explicação para aqueles achados é que o sufentanil intratecal pode exercer fraco efeito anestésico local. Os autores concluíram que o sufentanil intratecal, na dose de 10µg, é ideal para as parturientes cujo trabalho esteja progredindo rapidamente ou pacientes que solicitem analgesia já numa fase mais adiantada do seu trabalho de parto. Resguardou também que pacientes que sentem mudanças sensoriais e autonômicas não devem deambular.

HAWKINS⁴⁰, no entanto, descreve a deambulação durante o trabalho de parto como uma das vantagens da técnica intratecal com opióides somente, principalmente nas gestantes em fase latente do trabalho de parto.

É preciso considerar que, para alguns autores⁴¹, a deambulação durante o trabalho de parto não faz diferença, quando comparada com gestantes que não deambulam, no tempo de duração de ação da analgesia, nem sobre a via de parto, ou mesmo nas condições do recém-nato, em gestantes que receberam analgesia com bloqueio espinhal combinado.

São, na realidade, muito controversos os efeitos da deambulação sobre o trabalho de parto. Entre os resultados em potencial da deambulação está a facilitação da diurese espontânea, apesar da administração de analgesia regional.⁴³

O que parece claro é que, se a deambulação não tem nenhum efeito prejudicial sobre o feto, a maioria das mulheres que andam indicam que gostariam de voltar a fazê-lo em partos futuros⁴³.

No estudo em curso, nenhuma gestante demonstrou interesse na deambulação. Nos primeiros 30 minutos elas ficavam mais restritas ao leito, para facilitar as anotações. Porém, mesmo quando o intervalo das aferições aumentava, elas preferiam descansar, aproveitando o alívio da dor.

Relatos de alterações de sensibilidade na face ou diminuição de sensibilidade ao frio ou dor na face sugerem um efeito sobre o nervo trigêmio. Há descrição, inclusive de dificuldade de deglutição.⁴³ Estes efeitos não foram observados em nenhuma das gestantes deste estudo.

SIA¹⁶ encontrou um início da ação mais lento com doses menores de opióides e anestésicos locais e tempos de duração da analgesia crescentes com o aumento das doses.

A satisfação foi graduada em excelente, boa, regular e ruim, seguindo o exemplo de trabalhos da literatura.⁸

Observou-se, neste estudo, que a grande satisfação em ambos os grupos parece não estar relacionada com o tempo de instalação ou duração da analgesia, como já foi descrito anteriormente na literatura¹⁶, tornando ambas as técnicas exequíveis do ponto de vista materno. Esta observação também foi referendada pelo observador neutro e pelo fato da totalidade das pacientes afirmar que repetiria a técnica em partos futuros. Mesmo as pacientes que tiveram seus partos convertidos em cesarianas manifestaram satisfação com o alívio obtido durante a fase ativa do trabalho de parto. O fato de ter-se encontrado um tempo mais reduzido na analgesia do grupo 2 não afetou a classificação da qualidade e satisfação das gestantes em relação à técnica.

Mesmo sendo pequeno o tamanho desta amostra, o fato de ter-se uma incidência relativamente alta de recém-nascidos anoxiados moderados ou graves, neste estudo, (9,1% no Grupo 1 e 27,3% no grupo 2) chamou a atenção, apesar da pronta recuperação de todos no 5º. minuto. Normalmente o baixo índice de APGAR no 1º. minuto com recuperação no 5º. minuto deve-se a dificuldades no parto. Porém estes recém-nascidos tiveram tempos de período expulsivo aceitos como razoáveis ou até mesmo curtos. A vigorosidade dos recém-nascidos foi confirmada comparando as gasimetrias do cordão umbilical com tabelas existentes na literatura.⁴⁴ Não se encontrou explicação convincente para o fato de os recém-nascidos apresentarem escores baixos de APGAR.

Um estudo de PINHEIRO, que avaliou os índices de APGAR em todos os nascivos no mesmo período, na mesma instituição da presente pesquisa, com peso superior a 500g, encontrou uma incidência de 10,86% de anoxiados moderados ou graves.⁴⁵ Pode-se especular que não deva haver preocupação com este fato, já que é suposto que talvez uma amostra de pacientes que sentem mais dor do que outras possam ter mais “anormalidades” no seu trabalho de parto.²⁰ Pelo fato das pacientes solicitarem analgesia ou esta ter sido recomendada pelo obstetra assistente, esta já é uma amostra selecionada.⁴⁶

Outro ponto que parece tranquilizar em relação à vigorosidade e homeostase do recém-nato, é o fato de que todos os resultados das gasimetrias colhidas do cordão umbilical estavam normais quando comparadas com a literatura existente.⁴⁵

Optou-se por não estudar depressão respiratória neste trabalho, face às dificuldades na avaliação de muitos parâmetros simultaneamente, em especial a frequência respiratória que

variava muito dentro e fora dos períodos de contração, principalmente quando a analgesia ainda não tinha o seu maior efeito. Porém, atentou-se ao fato de possível depressão respiratória^{29,47}

EISENACH descreve que a depressão respiratória, associada com a injeção de sufentanil intratecal, ocorre em torno de 20 minutos após a injeção espinal; porém na maioria das vezes não requer tratamento.³¹

Nenhuma gestante do presente estudo necessitou tratamento para depressão respiratória.

Não houve neste trabalho alterações nas medidas de pressão arterial das gestantes. Quando estas pressões alteram, na maioria das vezes, diminuem mais por alívio da dor do parto.⁴⁸

Embora pareça distante no tempo, o fato da aceitação por parte da rainha Vitória em ter recebido analgesia para os seus partos influenciou a opinião de médicos da época a respeito da analgesia. Isso não significou, em realidade, uma revolução na prática, pois permanece muito atual o pequeno número de gestantes que recebem analgesia para os seus trabalhos de parto.

A Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina foi inaugurada em outubro de 1995. Aos poucos foram implementadas rotinas de procedimentos. Hoje a Maternidade sustenta o título de “Amiga da Criança” e luta para conseguir o título de “Maternidade Segura”, títulos concedidos pelo Ministério da Saúde, pela United Nations Children’s Fund (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde.

A partir de 2001, começou-se a anotar, em livro próprio para esse fim, o número de analgesias de parto. No ano de 2001, foram realizados na Maternidade do Hospital Universitário 1710 partos (484 cesarianas) e 152 analgesias de parto (8,88% do total de partos). Em 2002, foram realizados 1649 partos (474 cesarianas) e 118 analgesias de parto (7,15% do total de partos). E até abril de 2003, foram realizados 506 partos (158 cesarianas) e 41 analgesias de parto (8,1% do total de partos)^a.

Acredita-se que, após este estudo, permanecerá aberto o campo de pesquisa da dor ou a ausência dela, durante o trabalho de parto, facilitando a execução de outros trabalhos necessários ao maior e melhor entendimento do assunto.

^a Fonte: livro próprio do centro obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Ficam como sugestões para trabalhos futuros: estudo comparativo de APGAR de crianças nascidas sob as mais diversas técnicas de analgesia de parto ou sem analgesia; estudos comparativos de gasimetrias de recém-natos com partos sob analgesia ou não; estudo qualitativo de como a gestante que recebe analgesia de parto analisa o seu parto depois de transcorrido um certo tempo (memória da dor e satisfação).

6. CONCLUSÕES

1. O tempo de duração do bloqueio com sufentanil na dose de 7,5µg é superior estatisticamente quando comparado com sufentanil 5µg associado à bupivacaina 2,5mg, havendo uma maior tendência de parir somente com a 1ª. injeção de sufentanil intratecal na dose de 7,5µg.
2. O prurido é o efeito adverso mais freqüente, e muito mais presente nas gestantes do grupo 1, interferindo pouco na satisfação materna com a analgesia de parto.
3. As duas técnicas são seguras, exeqüíveis e satisfatórias tanto do ponto de vista materno quanto do ponto de vista do observador neutro.

REFERÊNCIAS

1. Friedman, M.; Friedland, G W . – As dez maiores descobertas da medicina. Companhia das Letras, Editora Schwarcz Ltda, SP, 1999
2. d'Acampora, A J; Cutolo, LRA; Schemes, KE; Ortellado, DK. – Um pouco da história e evolução da medicina. Revista do Centro de Ciências da Saúde, 2002, no prelo.
3. Goodman, LS; Gilman, AG. – As bases farmacológicas da terapêutica. 5ª. edição, Guanabara Koogan, 1978, Rio de Janeiro
4. Eugênio, AGB; Cavalcanti, FS - Analgesia de parto condutiva - Anestésicos e outras drogas. Rev Bras Anesthesiol 1993; 43:57-63.
5. Belzarena, SD - Analgesia Obstétrica por via Subaracnóidea: Comparação entre Sufentanil isolado ou associado a minidose de Bupivacaína - Rev Bras Anesthesiol 1995; 45:369-76.
6. Akerman, B; Arwestrom, E; Post, C - Local anesthetics potentiate spinal morphine antinociception. Anesth Analg 1988; 943-8.
7. Solomon RE; Gebhart, GF - Synergistic antinociceptive interaction among drugs administered to the espinal cord. Anesth Analg 1994; 78:1164-72.
8. Eriksson SL, Frykholm P, Stenlund PM, Olofsson CH – A comparison of three doses of sufentanil in combination with bupivacaine-adrenaline in continuous epidural analgesia during labour. Acta Anaesthesiol Scand 2000; 44:919-923.
9. Sheiner E, Sheiner EK, Shoham-Vardi I, Gurman GM, Press F, Mazor M, et al. Predictors of recommendation and acceptance of intrapartum epidural analgesia. Anesth Analg 2000; 90:109-113.
10. Ranta P, Joppila R- The intensity of labor pain in grand multíparas. Acta Obstet Gynecol Scand 1996; 75: 250-254.
11. Collis RE, Davies DWL, Aveling W- Randomised comparison of combined spinal epidural and standart epidural analgesia in labour. Lancet 1995; 345: 1413-1416.
12. Saito E, Gualda DMR – A importância do enfoque cultural na compreensão da dor do parto. Rev Paul Enf 2002; 21(2):148-155.
13. Harrison A – Childbirth in Kwait: the experiences of three groups of arab mothers. J Pain Symptom Manage 1991; 8: 466-475.

14. Caton D, Corry MP, Frigoletto FD, Hopkins DP, Lieberman E, Mayberry L, et al. The nature and management of labor pain: Executive summary. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5) Suppl :S1-S15.
15. Wong CA, Scavone BM, Loffredi M, Wang WY, Paeceman AM, Ganchiff JNRN, The dose-response of intrathecal sufentanil added to bupivacaine for labor analgesia. *Anesthesiology* 2000; 92(6):1553-1558.
16. Sia ATH, Chong JL, Chiu JW- Combination of intrathecal sufentanil 10µg plus bupivacaine 2.5mg for labor analgesia: is half the dose enough? *Anesth Analg* 1999; 88(2):362-366.
17. Campbell DC, Camann WR, Datta S- The addition of bupivacaine to intrathecal sufentanil for labor analgesia. *Anesth Analg* 1995; 81(2):305-309.
18. Norris M, Fogel ST, Conway-Long C- Combined spinal-epidural versus epidural labor analgesia. *Anesthesiology* 2001; 95(4): 913-920.
19. Segal S, Blatman R, Doble M, Datta S – The influence of the obstetrician in the relationship between epidural analgesia and cesarean section for dystocia. *Anesthesiology* 1999; 91(1):90-96.
20. Zhang J, Klebanoff MA, DerSimonian R – Epidural analgesia in association with duration of labor and mode of delivery: a quantitative review. *Am J Obstet and Gynecol* 1999; 180(4):970-977.
21. EPIDATA 2.1b. Lauritsen JM, Bruus M, Myatt MA, EpiData, version 2.1b. An extended tool for validate entry and documentation of data. The EpiData Association, Odense Denmark. 2001.
22. EPI INFO 6.04d upgraded version (October 1997). Word Processing and Statistical Program for Public Health. The Division of Surveillance and Epidemiology. CDC. Atlanta. USA.
23. Caton D, Frölich MA, Euliano TY – Anesthesia for childbirth: Controversy and change. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5) suppl :S25-S30.
24. Caton D – Jonh Snow's practice of obstetric anesthesia. *Anesthesiology* 2000;92(1):247.
25. Cohen S. Strategies for labor pain relief- past, present and future. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41(1) suppl: 17-21
26. Impey L, MacQuillan K, Robson M – Epidural analgesia need not increase operative delivery rates. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182(2):358-363.

27. Arkoosh VA, Cooper M, Norris MC, Boxer L, Ferouz F, Silverman NS et al. Intrathecal sufentanil dose response in nulliparous patients. *Anesthesiology* 1998; 89(2):364-370.
28. Norris MC, Fogel ST, Holtmann B- Intrathecal sufentanil (5 vs. 10 μ g) for labor analgesia: efficacy and side effects. *Reg Anesth Pain Med* 1998; 23(3): 252-257.
29. Nelson K, Rauch T, Terebuh V, D'Angelo R – A comparison of intrathecal fentanyl and sufentanil for labor analgesia. *Anesthesiology* 2002; 96(5):1070-1073.
30. Eisenach JC - Combined spinal-epidural analgesia in obstetrics. *Anesthesiology* 1999; 91(1): 299-302.
31. Honet JE, Arkoosh VA, Norris MC, Huffnagle HJ, Silverman NS, Leighton BL - Comparison among intrathecal fentanyl, meperidine, and sufentanil for labor analgesia. *Anesth Analg* 1992; 75:734-739.
32. Akinpelu AO, Olowe OO- *African Journal of Medicine & Medical Sciences* 2002 Jun; 31(2):123-126.
33. Herman NL, Calicott R, Van Decar TK, Conlin G, Tilton J – Determination of the dose-response relationship for intratecal sufentanil in laboring patients. *Anesth Analg* 1997; 84(6): 1256-1261.
34. Abouleish AE, Portnoy D, Abouleish EI – Addition of dextrose 3.5% to intrathecal sufentanil for labour analgesia reduces pruritus. *Survey of Anesthesiology* 2001; 45(4):222-223.
35. Mardirosoff C, Dumont L – Two doses of intrathecal sufentanil (2.5 and 5 μ g) combined with bupivacaine and epinephrine for labor analgesia. *Anesth Analg* 1999; 89(5):1263-1266.
36. Buxbaum JL- Combined spinal-epidural for labor analgesia (review article) *Curr opin Anesthesiol* 1999;12(3):295-298.
37. Cohen SE, Cherry CM, Holbrook H, El-Sayed YY, Gibson R, Jaffe RA- Intrathecal sufentanil for labor analgesia – sensory changes, side effects, and fetal heart rate changes. *Anesth Analg* 1993; 77:1155-1160.
38. Viscomi CM, Rathmell JP, Pace NL- Duration of intrathecal labor analgesia: early versus advanced labor. *Anesth Analg* 1997; 84(5):1108-1112.
39. Abouleish A, Abouleish E, Camann W – Combined spinal epidural analgesia in advanced labor. *Can J of Anaesth* 1994; 41(7):575-578.

40. Hawkins JL – New techniques for labor analgesia. *Anesth Analg* 2001; 92(3S) Suppl :60-63.
41. Collis RE, Harding SA, Morgan MB – Effect of maternal ambulation on labour with low-dose combined spinal-epidural analgesia. *Anaesthesia* 1999; 54(6): 535-539.
42. Fernández-Guisasola J, Garcia del Valle S, Gómez-Arnaud JI- Técnica combinada subaracnoidea-epidural para la analgesia obstétrica. *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación*.2000; 47: 207-215.
43. Hamilton CL, Cohen SE – High sensory block after intrathecal sufentanil for labor analgesia. *Anesthesiology* 1995; 83(5):1118-1121.
44. Thorp JA, Rushing RS- Umbilical cord blood analysis. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 1999; 26(4):695-709.
45. Pinheiro CEA, Santos ML, Santos PQ, Spinelli L- Comparação entre as condições de nascimento em parto vertical e horizontal segundo índice de Apgar, na Maternidade do Hospital Universitário –UFSC in XXVII Congresso Brasileiro de Perinatologia 2001- Florianópolis SC- Anais do XVII Congresso Brasileiro de Perinatologia.
46. Russel R – The effects of regional analgesia on the progress of labour and delivery. *Br J Anaesth* 2000; 84(6):709-712.
47. Norris MC, Atkinson P, Bottros L, Fogel ST, Holtmann B, Jayasinghe C, Ferrenbach D- Ventilatory effects of intrathecal bupivacaine or sufentanil -*Anesthesiology* 1999;90(4AS) Suppl :14A.
48. Riley ET, Walker D, Hamilton CL, Cohen SE – Intrathecal sufentanil for labor analgesia does not cause a sympathectomy. *Anesthesiology* 1997; 87(4): 874-878.

NORMAS ADOTADAS

1. d'Acampora, AJ – Investigação experimental – do planejamento à redação final – 1.^a edição, Florianópolis, Papa Livros, 2001. 81 p.
2. DeCS – Descritores em Ciência da Saúde. São Paulo, Bireme, 1992. 1111p.
3. International Committee of Medical Journal Editors. Uniforme requirements for manuscripts submitted to biomedical journal. *Ann Intern Med* 1997; 126:36-
4. Johnson, R. A. & Wichern, D. W. **Applied Multivariate Statistical Analysis**, 4 ed. USA: Prentice Hill, 1998.

RESUMO

Introdução: A analgesia de parto desperta interesse desde o século XVIII, tempo que ainda oferecia muita resistência às técnicas disponíveis na época. Com a evolução do conhecimento e desenvolvimento de novos anestésicos e analgésicos, permanece sempre atual o interesse pelas mais diversas técnicas e medicamentos.

Objetivo: Analisar a utilização de sufentanil intratecal na dose de 7,5µg e compará-la com a utilização intratecal de 5µg de sufentanil associado a 2,5mg de bupivacaina no trabalho de parto.

Métodos: Foram estudadas 22 gestantes nulíparas em fase ativa de trabalho de parto, com dilatação uterina ≤ 7 cm que, por solicitação própria ou por indicação do obstetra, receberam analgesia de parto através de bloqueio espinhal combinado raqui-peridural. A dor foi mensurada através de Escala Analógica Visual (EAV) de 10 cm. Foram divididas aleatoriamente em 2 grupos. O grupo 1 recebeu 7.5µg de sufentanil intratecal e o grupo 2 recebeu 5µg de sufentanil associado a 2,5mg de bupivacaina intratecal. Foram analisadas nos grupos as incidências de cesáreas, efeitos adversos, tempo de duração da analgesia, necessidade de complementação da analgesia pelo cateter peridural (EAV > 3cm), satisfação materna e de um observador neutro e condições do recém-nato (Apgar e gasometria de cordão umbilical)

Resultado: Foi encontrado um tempo significativamente maior de analgesia (129minutos ± 85) nas gestantes do grupo 1 do que nas gestantes do grupo 2 (65 min ± 41). O prurido foi mais freqüente nas pacientes do grupo 1 (55%- $p=0.02$) do que no grupo 2 (9.1%). Ambas as técnicas foram satisfatórias do ponto de vista materno. Todos os recém-natos tiveram resultados de gasometria normais no pós-parto imediato.

Conclusão: O prurido é o efeito adverso mais freqüente quando utilizamos o sufentanil intratecal na dose de 7,5µg, porém sem relevância clínica. Esta dose proporciona também um maior tempo de analgesia do que a dose de 5µg com 2,5mg de bupivacaina. Ambas as técnicas são seguras e satisfatórias do ponto de vista materno.

SUMMARY

Introduction: Labor analgesia has been relevant since the 18th century, a period that offered resistance to available techniques used for birth anesthetics. Still today, the interest in the development of drugs and techniques for new generation anesthetic and painkillers is relevant.

Objective: Analyze the intake of intrathecal sufentanil injection in a dose of 7.5µg, comparing it to intrathecal sufentanil-5µg associated with bupivacaine-2.5mg dosages during labor.

Methods: A study of two randomized groups of 22 pregnant nulliparous women in active labor was carried out. While they were in uterine dilatation of ≤ 7 cm anesthetics were inserted into the spinal column combined with epidural catheter, when required by the patients or by obstetrician indication. A 10cm Visual Analogical Scale (EAV) measured the pain. Firstly, Group 1 was injected with 7.5µg intrathecal sufentanil and group 2 with intrathecal sufentanil-5µg associated with bupivacaine-2.5mg dosages. Secondly, both groups were analyzed for caesarian section incidence, side effects, analgesia length, need for analgesia complementation by epidural catheter (EAV > 3cm), parturient well being observed by a neutral caretaker and neonate conditions (APGAR test and umbilical cord gas analysis).

Results: Patients from Group 1 showed significant bigger length of analgesia (129 minutes ± 85) than in Group 2 (65 min ± 41). Itching was more frequent in patients from group 1 (55%-p=0.02) than in patients from group 2 (9.1%). Both techniques were considered satisfactory on the maternal point of view. All neonates presented normal acid-base analysis results in immediate post birth.

Conclusion: Itching is the most frequent collateral effect when intrathecal sufentanil is used in a dosage of 7.5µg offering no clinical relevance. This dosage leads to longer length of analgesia than dosage of 5µg combined with 2.5mg of bupivacaine. Both techniques are safe and considered satisfactory by maternal point of view.

APÊNDICE

APÊNDICE 1

PROTOCOLO GRUPO ____

Data ____/____/____ Prontuário: _____
Identificação: _____ Idade Gestacional DUM: _____
Idade: _____ Idade Gestacional Ultrassom: _____
Escolaridade: _____ Gesta _____ Para _____
PA: _____ FC: _____ FR: _____ BCF: _____
Dilatação cervical: _____ cm Dinâmica Uterina: _____

Punção lombar subaracnóide: L3 - L4 () L4 - L5 () Fácil () Difícil ()
Complementação pelo cateter: Sim () Não () às _____ horas Dilatação _____ cm

Intensidade da dor:

Horário (tempo 0)

	Escala visual em cms	PA	FC	Sat O2
_____	paciente _____	observador _____		
0'	_____			
5'	_____			
15'	_____			
30'	_____			
45'	_____			
60'	_____			
90'	_____			
120'	_____			
180'	_____			

efeitos adversos: _____

Qualidade da analgesia:

30' - excelente () Boa () Regular () Ruim ()
60' - excelente () Boa () Regular () Ruim ()
90' - excelente () Boa () Regular () Ruim ()

Tempo de duração do 1.º estágio (desde a punção): _____

Tempo de duração do período expulsivo: _____

Hora do nascimento: _____ APGAR 1' - _____ 5' - _____

Sangue do cordão umbilical: pH: _____ O2 _____ C02 - _____

Bicarbonato de Sódio: _____ BE: _____ Sat. Hemog.: _____

Repetiria esta técnica: Sim () Não ()

Satisfação: Ótima () Boa () Regular () Ruim ()

Satisfação observador: ótima () boa () regular () ruim ()