



Analgesia obstétrica farmacológica: um estudo sobre os desfechos obstétricos e neonatais

Pharmacological obstetric analgesia: a study of obstetric and neonatal outcomes

Ruanna Lorna Vieira Fernandes¹, Ana Kelve de Castro Damasceno¹, Marta Maria Soares Herculano², Raquel de Serpa Torres Martins¹, Mônica Oliveira Batista Oriá¹

Objetivo: investigar a associação entre a analgesia obstétrica farmacológica e os desfechos obstétricos e neonatais. **Métodos:** estudo retrospectivo do tipo caso-controle, com 393 parturientes, sendo 131 casos que realizaram analgesia obstétrica farmacológica e 262 controles que não realizaram. Foram investigados o perfil sociodemográfico e obstétrico, as circunstâncias da admissão da parturiente, as condutas obstétricas e os desfechos obstétricos e neonatais. **Resultados:** parturientes submetidas à analgesia farmacológica durante o trabalho de parto apresentaram risco aumentado para o uso de ocitocina exógena ($p < 0,001$), episiotomia ($p = 0,001$), manobra de Kristeller ($p = 0,036$) e fórceps ($p = 0,004$). **Conclusão:** a analgesia farmacológica não aumenta o risco de laceração perineal espontânea, parto abdominal e internação em unidade neonatal, contudo influencia no aumento do risco de uso de ocitocina sintética, realização de Manobra de Kristeller, episiotomia, fórceps e ocorrência de escores menores de APGAR no 1º minuto.

Descritores: Analgesia Obstétrica; Parto Humanizado; Dor do Parto; Enfermagem Obstétrica.

Objective: to investigate the association between pharmacological obstetric analgesia and obstetric and neonatal outcomes. **Methods:** it was a retrospective case-control study conducted with 393 pregnant women comprising 131 cases of pharmacological obstetric analgesia and 262 controls that did not perform this procedure. The sociodemographic and obstetric profile, the circumstances of parturient admission, obstetrical decisions, and obstetric and neonatal outcomes were investigated. **Results:** pregnant women submitted to pharmacological analgesia during labor presented an increased risk for the use of exogenous oxytocin ($p < 0.001$), episiotomy ($p = 0.001$), Kristeller maneuver ($p = 0.036$), and forceps ($p = 0.004$). **Conclusion:** pharmacological analgesia does not increase the risk of spontaneous perineal tear, abdominal delivery, and hospitalization in neonatal unit. Nevertheless, it influences the increased risk of synthetic oxytocin use, Kristeller maneuver, episiotomy, forceps, and the occurrence of lower first-minute Apgar scores.

Descriptors: Analgesia, Obstetrical; Humanizing Delivery; Labor Pain; Obstetric Nursing.

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

²Centro Universitário Christus. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Ruanna Lorna Vieira Fernandes
Rua Olegário Memória, 3838. CEP: 60833045. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: ruannavieira@hotmail.com

Introdução

Uma assistência de enfermagem obstétrica humanizada deve ser conduzida com sensibilidade, respeito e dignidade ao binômio mãe-bebê, criando uma atmosfera acolhedora, com posturas profissionais e institucionais que rompem com o modelo tradicional de impessoalidade e violência imposta às parturientes. Humanizar o parto é respeitar e criar condições favoráveis para o todo - eixos espirituais, psicológicos e biológicos dos seres humanos envolvidos – por meio de procedimentos comprovadamente benéficos para o binômio mãe-filho, evitando intervenções desnecessárias e estabelecendo relações baseadas em princípios éticos⁽¹⁻²⁾.

A humanização obstétrica estrutura-se em três pilares essenciais: a autonomia da mulher, o cuidado realizado por equipe multiprofissional e a assistência baseada em evidência científica. Seguindo este modelo, ressalta-se que todas as intervenções a serem realizadas na parturiente devem ser previamente esclarecidas e consentidas pela mesma para que haja de fato a assistência humanizada ao parto⁽³⁾. O medo da dor, que é cultural no Brasil, tem contribuído muito para os elevados índices de cesarianas desnecessárias no país. Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, os profissionais de saúde devem refletir como suas próprias crenças e valores podem influenciar na sua atitude em lidar com a dor do parto. Desta forma, cabe aos profissionais, dentre eles o enfermeiro obstetra, orientar, oportunizar o acesso e apoiar as mulheres quanto à decisão sobre o uso de analgesia não farmacológica e/ou farmacológica durante o trabalho de parto⁽⁴⁾.

Entende-se analgesia obstétrica como a supressão da dor física demandada especialmente pela contração uterina e dilatação cervical. Esta analgesia pode ser obtida por meio de procedimentos não farmacológicos (massagens, imersão em água morna, musicoterapia, aromaterapia e acupuntura); administração de fármacos com ação sistêmica (inalatória, intramuscular e endovenosa); e analgesia farmacoló-

gica regional (raquidiana, peridural ou combinada raqui-peridural)⁽⁴⁻⁵⁾. Segundo o Ministério da Saúde, todas as possibilidades devem ser explicadas à gestante ainda no pré-natal e os métodos não farmacológicos disponíveis devem ser ofertados antes de iniciar a analgesia farmacológica⁽⁴⁾.

O padrão ouro nas práticas analgésicas farmacológicas durante o trabalho de parto é a analgesia peridural, que permite a livre movimentação materna e possui o mínimo de efeitos colaterais para a mãe e o feto⁽⁴⁻⁸⁾. Doses ou técnicas inadequadas de analgesia farmacológicas podem expor o binômio mãe-bebê a iatrogenias, efeitos colaterais e reações adversas leves a graves⁽³⁾. Para aperfeiçoar o procedimento analgésico em parturientes, é importante a investigação da relação entre o uso de analgesia obstétrica farmacológica e os desfechos obstétricos e neonatais. Estudos experimentais vêm sendo realizados em âmbito internacional no intuito de consolidar técnicas e dosagens analgésicas seguras para a mãe e o feto⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Apesar desta intervenção já ser realizada no Brasil há mais de duas décadas, ela só foi incorporada à rede pública cearense a partir de 2011 e restrita a uma maternidade escola, em plantões esporádicos. Não há, até o momento, outros estudos publicados que tratem sobre a temática no Estado do Ceará. Logo, o objetivo deste estudo foi investigar a associação entre a analgesia obstétrica farmacológica e os desfechos obstétricos e neonatais.

Métodos

Estudo retrospectivo do tipo caso-controle com amostragem aninhada. O universo do estudo foi a sala de parto de uma maternidade escola de alta complexidade de Fortaleza, Brasil que, em 2013, registrou 3.801 partos, sendo 48,8% de partos por via vaginal⁽¹¹⁾.

Para selecionar a amostra do Grupo Caso foi consultado o livro-ata de pacientes que utilizaram analgesia obstétrica farmacológica, sendo incluídas nesse grupo todas as mulheres que realizaram esse

procedimento no período de janeiro a dezembro de 2013. Para definir o Grupo Controle foram consultados os livros-ata de admissão de pacientes na sala de parto, sendo considerado critério de inclusão o diagnóstico inicial de trabalho de parto, amniorrexe ou trabalho de parto prematuro, sem indicação prévia de cesariana e que não realizaram analgesia farmacológica durante o trabalho de parto.

Na revisão de literatura realizada sobre a temática analgesia obstétrica farmacológica não foi identificada a razão ideal de controles por caso, decidiu-se, então, selecionar, para cada caso, dois controles que tenham sido admitidos preferencialmente nos dias e horários aproximados aos que os casos foram admitidos na sala de parto. Esse pareamento objetivou a redução de possíveis vieses quanto às disparidades das condutas obstétricas entre as equipes de plantão. Foram excluídos do estudo os casos/controles que não possuíam registro sobre o tipo de parto e/ou Escore APGAR do 1º e 5º minuto.

Dos 135 casos de analgesia obstétrica farmacológica, quatro foram excluídos por ausência de registro do tipo de parto e um por ausência de registro do Escore APGAR. Desta forma, o Grupo Caso constituiu-se de 131 sujeitos. Ao selecionar o Grupo Controle por amostragem aninhada, foram inclusas 262 parturientes não expostas à analgesia farmacológica.

A coleta de dados ocorreu de agosto de 2014 a julho de 2015, por meio da investigação dos registros dos Indicadores de Atenção ao Parto e Nascimento. Estes indicadores são registrados em fichas padronizadas pela instituição e utilizados para monitorar a atenção baseada em boas práticas de assistência ao binômio mãe-bebê. Os mesmos são utilizados atualmente como referência para a contratualização das maternidades na Rede Cegonha⁽¹²⁾. Cada parturiente possui uma ficha dos indicadores no seu prontuário e, na instituição onde foi realizado este estudo, o preenchimento desta ficha é realizado pelo enfermeiro obstetra.

A pesquisadora analisou as 393 fichas dos Indicadores de Atenção ao Parto e Nascimento (131 casos

e 262 controles), registrando os dados em tabela de *Microsoft Excel* 2010. As variáveis registradas foram: perfil sociodemográfico (idade, procedência e escolaridade), perfil obstétrico e circunstâncias no momento da admissão (paridade, diagnóstico inicial); as condutas obstétricas (uso de métodos não invasivos para alívio da dor, ocitocina, episiotomia e Manobra de Kristeller), os desfechos obstétricos (tipo de parto e a presença de laceração perineal) e os desfechos neonatais (Escore de APGAR e internação em unidade neonatal).

A análise estatística dos dados foi realizada mediante codificação e tabulação, por meio do software *Statistical Package for Social Science* (versão 20.0 para *Windows*), pacote de análise estatística com ampla utilização nos estudos científicos. Neste estudo, foram realizados cruzamentos estatísticos para investigar o *Odds Ratio* (OD) entre a realização da analgesia obstétrica farmacológica e as condutas obstétricas, os desfechos obstétricos e os neonatais. Os resultados obtidos foram organizados e apresentados em tabelas.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

A idade dos casos variou entre 13 e 39 anos, com média (M) de 23,2 anos e Desvio Padrão (DP) = ±6,5 anos; e no controle a variabilidade ficou entre 13 e 42 anos, a média em 24,1 anos (DP=±6,1 anos). Quanto à procedência, 108 (82,4%) mulheres eram de Fortaleza e 21 (16,0%) do interior do estado no grupo caso (n=129); enquanto que no controle, 229 (87,4%) moravam na capital e 31 (11,8%) residiam no interior (n=260).

Quanto ao grau de escolaridade, o instrumento utilizado pela instituição não permitiu a classificação por anos de estudo, porém percebeu-se que a maioria da amostra (89,6%) possuía apenas o ensino fundamental ou médio. No grupo caso, 4 (3,0%) mulheres tinham sido apenas alfabetizadas; 42 (37,0%) estuda-

ram até o ensino fundamental; 63 (54,0%) participantes cursaram o ensino médio; e 7 (6,0%) ingressaram no ensino superior. No grupo controle, 2 (1,0%) mulheres não foram alfabetizadas; 10 (4,0%) participantes foram apenas alfabetizadas; 111 (46,0%) encerraram os estudos no ensino fundamental; 102 (42,0%) interromperam a escola no ensino médio; e 14 (7,0%) iniciaram um curso superior.

Em ambos os grupos, a paridade variou de nulíparas a múltíparas, contudo o percentual de nulíparas foi maior no grupo caso (65,6%) que no grupo controle (44,6%). A Tabela 1 registra o comparativo quanto à paridade, o diagnóstico de admissão na sala de parto e os métodos não-farmacológicos de alívio da dor empregados. A idade gestacional variou entre 32 semanas e cinco dias a 42 semanas no grupo caso (M=39 semanas). No grupo controle a variação foi de 32 semanas a 41 semanas e dois dias (M=38 semanas e seis dias). Em ambos os grupos a dilatação cervical no momento da admissão variou entre 0 e 10 cm, com média de 5,13 cm no grupo caso (DP:1,8cm) e 5,71cm no grupo controle (DP:2,5cm).

Tabela 1 - Distribuição da paridade, diagnóstico na admissão e métodos não farmacológicos de alívio da dor dos grupos caso e controle

Características	Caso	Controle
	n (%)	n (%)
Paridade		
Nulípara	86 (65,6)	117 (44,6)
1 ou 2 partos	41 (31,3)	126 (48,1)
≥ 3 partos	4 (3,1)	19 (7,3)
Diagnóstico na admissão		
Trabalho de parto	107 (81,7)	232 (88,5)
Amniorrexe	12 (9,2)	15 (5,7)
Trabalho de parto prematuro	9 (6,9)	16 (6,1)
Outros*	14 (10,8)	12 (4,6)
Métodos não-farmacológicos para alívio da dor		
Cavalinho	70 (53,4)	78 (29,8)
Chuveiro	60 (45,8)	77 (29,4)
Exercícios	35 (26,7)	39 (14,9)
Massagem	33 (25,2)	43 (16,4)
Bola de Bobath	19 (14,5)	17 (6,5)
Barra fixa	6 (4,6)	11 (4,1)
Escala de Ling	2 (1,5)	6 (2,3)
Musicoterapia	-	3 (1,1)
Shiatsu	-	1 (0,4)
Reflexologia	-	1 (0,4)
Não especificado	1 (0,8)	22 (8,4)
Não registrado	31 (23,7)	120 (45,9)

*Outros: Insuficiência istmo cervical, sífilis, síndrome hipertensiva, diabetes, óbito fetal, pródromos de trabalho de parto, polidramnia, epilepsia, câncer de mama, hipotireoidismo e cesariana anterior

Das 131 fichas do grupo caso, em apenas 60 havia o registro da dilatação cervical da paciente no início da analgesia obstétrica farmacológica. Esse parâmetro variou entre 3 e 10cm (M=6,4; DP= ±1,6). Não havia registro sobre a técnica e dosagem anestésica aplicada.

A Tabela 2 apresenta o comparativo entre casos e controles quanto às condutas obstétricas e aos desfechos obstétricos: uso de ocitocina sintética, realização de episiotomia e Manobra de Kristeller, tipo de parto e presença de laceração perineal. A amostra variou de acordo com a presença de registro dos tópicos em questão na ficha de indicadores avaliada.

Tabela 2 - Distribuição das condutas obstétricas e dos desfechos obstétricos nos grupos caso e controle

Características	Caso	Controle	Odds ratio	p
	n (%)	n (%)		
Ocitocina sintética				
Não	32 (28,3)	171 (68,7)	5,549	< 0,001
Sim	81 (71,7)	78 (31,3)		
Manobra de Kristeller				
Não	102 (93,6)	255 (98,1)	3,500	0,036
Sim	7 (6,4)	5 (1,9)		
Episiotomia				
Não	80 (76,2)	196 (90,3)	2,916	0,001
Sim	25 (23,8)	21 (9,7)		
Tipo de parto				
Vaginal	96 (73,3)	218 (83,2)	61,134	0,004
Fórceps	13 (9,9)	-		
Cesariana	22 (16,8)	44 (16,8)		
Laceração perineal				
Não	46 (47,4)	108 (51,0)	1,659	0,513
1º e 2º Graus	48 (49,5)	100 (47,1)		
3º e 4º Graus	3 (3,1)	4 (1,9)		

Percebe-se aumento significativo do uso de ocitocina exógena (OR: 5,549; IC: 3,402 a 9,049; p<0,001) no grupo caso em comparação com o grupo controle. A Manobra de Kristeller também esteve mais presente no grupo que recebeu analgesia obstétrica farmacológica (OR: 3,500; IC: 1,085 a 11,281; p=0,036). Observa-se aumento na realização de episiotomia (OR: 2,916; IC: 1,544 a 5,508; p=0,001). Não houve diferença significativa na incidência de lacerações perineais espontâneas, incluindo lacerações extensas de

períneo, esfíncter e reto (OR: 1,659; IC: 0,364 a 7,562; p=0,513).

Neste estudo, não houve diferença no percentual de cesarianas quando comparados os grupos caso e controle (ambos 16,8% do total de partos; OR: 1,135; IC: 0,645 a 1,998; p=0,660). Contudo, no ano de 2013 foram registrados 13 partos vaginais com uso de fórceps no relatório anual da instituição e as mulheres realizaram analgesia obstétrica farmacológica (OR: 61,134; IC: 3,597 a 1038,933; p=0,004).

Quanto aos desfechos neonatais, o escore de APGAR no 1º minuto de vida variou entre 2 e 10 no grupo controle (M=8,1), enquanto no grupo caso esse índice variou entre 0 e 9 (M=7,7). Já no 5º minuto após o nascimento, estes escores variaram entre 6 e 10 no grupo controle (M=9,0); e entre 0 e 10 no grupo caso (M= 8,7). O único registro de APGAR 0 no 1º e 5º minuto após o nascimento, pertencente ao grupo caso, tratou-se de um feto que já tinha o diagnóstico de óbito durante a admissão hospitalar. Não foi registrado óbito no grupo controle.

Tratando-se do desfecho internação em unidade neonatal, os dois grupos foram bem homogêneos, conforme descrito na Tabela 3, que retrata também o comparativo entre casos e controles quanto ao APGAR no 1º e no 5º minuto após o nascimento.

Tabela 3 - Distribuição do Escore APGAR no 1º e 5º minuto e internação em unidade neonatal nos grupos caso e controle

Característica	Caso	Controle	Odds ratio	p
APGAR no 1º minuto				
7 a 10	113 (86,3)	250 (95,4)		
0 a 6	18 (13,7)	12 (4,6)	3,318	0,002
APGAR no 5º minuto				
7 a 10	129 (98,4)	261 (99,6)		
0 a 6	2 (1,6)	1 (0,4)	4,046	0,256
Destino do recém-nascido				
Alojamento conjunto	97 (77,0)	206 (80,0)		
Unidade I (Baixo risco)	19 (15,0)	34 (13,1)		
Unidade II (Médio risco)	3 (2,4)	4 (1,6)		
Unidade de Terapia Intensiva	6 (4,8)	14 (5,3)	1,184	0,519
Óbito	1 (0,8)	-		

Os dados apresentados não evidenciaram relação entre a realização da analgesia obstétrica farmacológica e o aumento da indicação de cesariana por alteração do bem-estar fetal ou parada de progressão. Porém, um dado interessante é que os bebês nascidos de mulheres que foram submetidas à analgesia farmacológica tiveram três vezes mais chances de ter APGAR <7 no 1º minuto (OR: 3,318; IC: 1,546 a 7,120; p=0,002). Contudo, não houve diferença significativa entre os dois grupos quanto ao Escore APGAR do 5º minuto após o nascimento (OR: 4,046; IC: 0,363 a 45,042; p=0,256). Também não foi observado risco aumentado quanto à internação do recém-nascido em unidades neonatais de alto risco quando utilizada analgesia obstétrica farmacológica (OR: 1,184; IC: 0,708 a 1,981; p=0,519).

Discussão

Devido ao caráter retrospectivo e documental deste estudo não foi possível identificar a técnica, a dosagem e o fármaco utilizado para realizar a analgesia. Estas têm sido variáveis essenciais para identificar possíveis benefícios e complicações da mesma^(5-10,13).

Observou-se que no grupo caso o nível educacional foi mais elevado, no qual 60,0% das parturientes possuíam pelo menos o ensino médio, enquanto no grupo controle a taxa de mulheres com o mesmo grau de instrução foi de 49,0%. Um estudo internacional realizado com 1.511 mulheres acompanhadas por parteiras nas zonas urbanas e rurais inferiu que mulheres com nível educacional mais elevado também possuem maior probabilidade de utilizar a analgesia farmacológica durante o trabalho de parto. Assim como nulíparas estão mais propensas a solicitar analgesia farmacológica que múltíparas⁽¹⁴⁾. Este achado corrobora com este estudo, no qual 65,6% dos casos eram nulíparas, enquanto apenas 44,6% dos controles estavam na sua primeira experiência de parturição.

Estudo que acompanhou o processo de informação acerca da analgesia obstétrica farmacológica

durante o pré-natal, a decisão de disponibilidade ou não do recurso durante o trabalho de parto e a solicitação/uso da mesma identificou que apenas 15,9% das mulheres declararam, durante o pré-natal, preferir utilizar métodos farmacológicos para alívio da dor. Identificou ainda que, destas, apenas 74,7% não chegaram a solicitar o uso de drogas analgésicas durante o trabalho de parto, mesmo em instituições que ofereciam o recurso⁽¹⁴⁾. Este dado é apoiado pelo Ministério da Saúde, que recomenda o incentivo ao suporte contínuo e aplicação de todos os métodos não farmacológicos disponíveis antes do início da analgesia farmacológica⁽⁴⁾.

Neste estudo, percebeu-se que em quase metade (45,9%) dos indicadores pertencentes ao grupo controle não havia registro do uso de método não farmacológico para alívio da dor e no grupo caso este índice caiu para 23,7%. Este achado sugere que as mulheres que realizaram analgesia obstétrica farmacológica receberam maior suporte e atenção da equipe plantonista, seja por meio do incentivo à verticalização, aconchego do ambiente ou aplicação de medidas não farmacológicas para alívio da dor física.

A analgesia obstétrica farmacológica foi considerada fator de risco para Manobra de Kristeller, visto que as mulheres do grupo caso tiveram três vezes mais chances de sofrer a manobra que parturientes do grupo controle. À luz da literatura internacional vigente, não foram encontrados estudos comparativos quanto à relação entre analgesia obstétrica farmacológica e Manobra de Kristeller, talvez por esta intervenção ser reconhecida como potencialmente danosa ao binômio mãe-bebê⁽⁴⁾.

Estudo retrospectivo com 13.000 mulheres submetidas à analgesia obstétrica farmacológica observou que o início precoce (dilatação cervical inferior a 3cm) do uso de drogas analgésicas estava associado ao aumento da necessidade de intervenções, como ocitocina sintética, ruptura de membranas e parto instrumental, incluindo o parto abdominal⁽¹⁵⁾. Uma revisão sistemática analisou nove ensaios clínicos randomizados, totalizando 15.752 participantes,

e evidenciou que não há aumento do risco de parto instrumental ou cesariana em mulheres que recebem analgesia epidural precoce em comparação àquelas que recebem analgesia peridural tardia⁽¹⁶⁾.

Neste estudo não foi possível investigar se a analgesia foi realizada precoce ou tardiamente, porém foi observado que as parturientes submetidas à analgesia obstétrica farmacológica apresentaram maior probabilidade de necessidade de ocitocina exógena e/ou episiotomia. Ressaltou-se também o notório aumento da necessidade do uso de fórceps nos partos vaginais de mulheres submetidas à analgesia obstétrica farmacológica. Não houve significância na correlação entre analgesia obstétrica farmacológica e a indicação de cesariana ou a ocorrência de laceração perineal espontânea de qualquer grau.

Percebeu-se maior probabilidade de APGAR <7 no primeiro minuto, porém não houve diferença significativa no 5º minuto. Este achado corrobora com a literatura, a qual confirma que a analgesia obstétrica farmacológica não implica em risco aumentado para escores neonatais menores que 7 no 5º minuto de vida^(9,16-17).

É papel importante da enfermagem informar a gestante sobre o direito à analgesia obstétrica farmacológica, os benefícios e as possíveis complicações desta intervenção, para que a mulher possa decidir de forma esclarecida durante o trabalho de parto se deseja utilizar este recurso. O enfermeiro obstetra deve fornecer o suporte contínuo à parturiente, aplicando métodos não farmacológicos como tecnologias primordiais de alívio da dor, visando postergar o máximo possível a necessidade de analgesia farmacológica, visto que há aumento do risco para outras intervenções obstétricas, como ocitocina sintética, episiotomia, Manobra de Kristeller e parto vaginal instrumental.

Este estudo proporciona um primeiro olhar, à luz da literatura internacional atual, às práticas analgésicas farmacológicas em parturientes na rede pública do Ceará. Doravante, sugere-se a realização de novas pesquisas prospectivas, com instrumento próprio,

buscando reduzir as perdas amostrais e proporcionar melhor compreensão quanto às técnicas, fármacos e dosagens utilizadas, incluindo possíveis efeitos colaterais e eventos adversos, visando maior segurança do procedimento ofertado e índices elevados de satisfação materna.

Conclusão

A analgesia farmacológica não aumenta o risco de laceração perineal espontânea, parto abdominal e internação em unidade neonatal, contudo influencia no aumento do risco de uso de ocitocina sintética, realização de Manobra de Kristeller, episiotomia, fórceps e ocorrência de escores menores de APGAR no 1º minuto.

Colaborações

Fernandes RLV e Oriá MOB contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Herculano MMS e Damasceno AKC contribuíram com a concepção e projeto e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Martins RST contribuiu com a aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Versiani CC, Barbieri M, Gabrielloni MC, Fustinoni SM. The meaning of humanized childbirth for pregnant women. *J Res Fundam Care Online*. 2015; 7(1):1927-35. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1927-1935>
2. Fujita JALM, Shimo AKK. Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(4):1006-10. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140074>
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Pereira MN, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Sup):17-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
4. 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: versão resumida [Internet]. 2017 [citado 2017s 28]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartNormal_VersaoReduzida_FINAL.pdf
5. Pereira LDP. Primórdios da analgesia de parto: a força das mulheres. *Sci Med*. 2014; 24(4):420-4. doi:<http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2014.4.18161>
6. Kranke P, Girard T, Lavand'Homme P, Melber A, Jokinen J, Muellenbach RM, et al. Must we press on until a young mother dies? Remifentanil patient controlled analgesia in labour may not be suited as a "poor man's epidural". *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13:139. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-139>
7. Freeman LM, Bloemenkamp KW, Franssen MT, Papatsonis DN, Hajenius PJ, Van Huizen ME, et al. Remifentanil patient controlled analgesia versus epidural analgesia in labour. A multicentre randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12:63. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-12-63>
8. Nunes J, Nunes S, Veiga M, Cortez M, Seifert I. Estudo prospectivo, randômico, controlado e de avaliação cega do desfecho - infusão peridural contínua versus bolus epidural intermitente programado em analgesia de parto. *Rev Bras Anesthesiol*. 2016; 66(5):439-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2015.10.003>
9. Dostbil A, Celik M, Alici HA, Erdem AF, Aksoy M, Ahiskalioglu A. Maternal and neonatal effects of adding morphine to low-dose bupivacaine for epidural labor analgesia. *Niger J Clin Pract*. 2014; 17(2):205-11. doi: <http://dx.doi.org/10.4103/1119-3077.127559>
10. Stourac P, Suchomelova H, Stodulkova M, Huser M, Krikava I, Janku P, et al. Comparison of parturient - controlled remifentanil with epidural bupivacain and sufentanil for labour analgesia: Randomised controlled trial. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2014; 158(2):227-32. doi: <http://dx.doi.org/10.5507/bp.2012.073>

11. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Universidade Federal do Ceará, Complexo Hospitalar. Produção assistencial – ano 2013 [Internet]. 2013 [citado 2013 ago 18]. Disponível em: http://www.meac.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/File/RELATORIOS%20DE%20GESTAO%20E%20INDICADORES/relatorioanualcorrigido2013
12. Ministério da Saúde (BR). Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento [Internet]. 2014 [citado 28 Set 2017]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
13. Jung H, Kwak KH. Neuraxial analgesia: a review of its effects on the outcome and duration of labor. *Korean J Anesthesiol.* 2013; 65(5):379-84. doi: <http://dx.doi.org/10.4097/kjae.2013.65.5.379>
14. Klomp T, Jonge A, Hutton EK, Lagro-Janssen ALM. Dutch women in midwife-led care at the onset of labour: which pain relief do they prefer and what do they use? *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13:230. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-230>
15. Moore AR, Shan WLP, Hatzakorzian R. Predicting early epidurals: association of maternal, labor, and neonatal characteristics with epidural analgesia initiation at a cervical dilation of 3 cm or less. *Local Reg Anesth.* 2013; 6:25-9. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/LRA.S46686>
16. Sng B, Leong W, Zeng Y, Siddiqui F, Assam PN, Lim Y, et al. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database Sys Rev.* 2014; 10. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007238.pub2>
17. Amaral HRM, Sarmento Filho EDS, Silva DM, Barbosa TLA, Gomes LMX. Repercussões maternas e fetais da analgesia obstétrica: uma revisão integrativa. *Av Enf.* 2015; 33(2):282-94. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.52176>