

PROTOCOLO

HUAB- UFRN/EBSERH

Protocolo de Analgesia de Parto

Versão: 01 | 2025



1. INTRODUÇÃO

A dor durante o trabalho de parto trata-se de um mecanismo fisiológico da gestação. No entanto, apesar da dor do parto não ameaçar a vida da parturiente, ela traz consequências significativas para mãe e para o feto, visto que a intensidade da dor pode causar aumento do estresse materno, hiperventilação e aumento de catecolaminas que podem acarretar hipoperfusão, gerando hipóxia e acidose fetal, além de gerar um trauma psicológico e prejuízo emocional na gestante, aumentando o risco de depressão pós-parto (Brichi, Sanches, Gabriel, 2023).

A analgesia de parto é um recurso terapêutico que proporciona o alívio da dor do trabalho de parto de forma eficaz e segura para o binômio materno-fetal. Em 2013, a Organização Mundial da Saúde considerou as técnicas de analgesia peridural e espinal padrão-ouro para o alívio dessa dor (WHO, 2013).

De acordo com Souza et al. (2024), o uso de técnicas médicas analgésicas para aliviar a dor no trabalho de parto se tornou mais frequente. A analgesia neuroaxial (também chamada de espinal ou regional) tem sido considerada a mais eficaz, por aliviar a dor preservando os movimentos e a consciência.

2. OBJETIVOS:

Orientar os médicos anesthesiologistas do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) sobre analgesia de parto;

Padronizar o uso das técnicas de bloqueio neuroaxial, visando minimizar a dor do trabalho de parto, privilegiando assim, o bem-estar materno- fetal.

O procedimento de analgesia de parto será oferecido pelo médico anesthesiologista após indicação do médico obstetra e registrado no prontuário da paciente junto com a assinatura do Termo de Consentimento Informado pela mesma.

3. JUSTIFICATIVA

O trabalho de parto é considerado uma das experiências mais emocionantes que a mulher pode ter durante sua vida, mas também uma das mais dolorosas (ARAGÃO et al, 2019). Essa experiência é complexa, multidimensional, subjetiva e tem potencial para afetar física e

emocionalmente a mulher e sua família (FUMAGALLIA et al, 2021).

O estímulo nociceptivo promovido no trabalho de parto pode ser um empecilho para o curso natural do mecanismo do parto, bem como do bem-estar fetal (VEIGA *et al*, 2021). Apesar de existirem formas seguras para o controle da analgesia, como o uso do bloqueio do neuroeixo, ainda hoje, vemos dificuldades para essa conduta nas maternidades. De acordo com THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST (2019), não há nenhuma outra circunstância em que seja considerada aceitável sentir dor intensa, passível de alívio seguro da dor, enquanto sob os cuidados de um médico.

Entre as várias técnicas de analgesia de parto disponíveis, a via neuroaxial é considerada a mais eficaz, sendo a analgesia combinada raqui-peridural a de maior indicação, especialmente quando se avalia a fase do trabalho de parto. Em 2013, a Organização Mundial da Saúde reconheceu as técnicas de analgesia peridural e espinhal como o padrão-ouro para o alívio da dor durante o parto (PERET, 2013).

Além de eficaz, a analgesia regional demonstra um perfil de segurança favorável. Não está associada ao aumento das taxas de cesariana nem à duração total do trabalho de parto. Entretanto, pode estar relacionada ao prolongamento do segundo estágio e ao aumento da necessidade de parto vaginal instrumental, especialmente em nulíparas (YIN; HU, 2019; VALENTE et al., 2020).

Nesse contexto, a ampliação do acesso à analgesia regional na prática obstétrica se mostra essencial, pois permite um melhor manejo da dor durante o parto, contribuindo significativamente para a experiência positiva e a satisfação materna.

Salienta-se que a solicitação materna por analgesia de parto é motivo suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação, inclusive para a analgesia epidural, salvo contraindicação médica e após esgotados os métodos não farmacológicos disponíveis (BRASIL, 2022).

4. CRITÉRIOS OBSTÉTRICOS/ANESTÉSICOS PARA O INÍCIO DA ANALGESIA DE PARTO

- Solicitação da paciente ou oferecimento da técnica pelo médico obstetra e/ou

anestesiologista;

- Trabalho de parto ativo;
- Boa vitalidade fetal assegurada por obstetra;
- Ausência de contraindicações.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Recusa da paciente;
- Sepsis;
- Coagulopatia (distúrbios de coagulação, trombocitopenia e uso de anticoagulantes)
(Valores de referência: plaquetas < 75.000; Valores de TAP, TTPA E INR);
- Infecção ou tumores no local da punção;
- Pressão intracraniana elevada;
- Alteração do nível de consciência;
- Instabilidade cardiovascular e/ou hemorragia/hipovolemia;
- Alergia conhecida às drogas utilizadas (anestésicos locais/opioides).
- Parturientes em trabalho de parto prematuro que necessitem de inibição.
- Situações desfavoráveis ou situações extremas (falha de progressão ou distócia) a partir de critérios avaliados e definidos pelo obstetra.

EFEITOS COLATERAIS ASSOCIADO A TÉCNICA:

- Náuseas e vômitos;
- Prurido;
- Hipotensão arterial;

- Bradicardia fetal;
- Dor lombar pós-parto;
- Cefaleia pós-punção dural;
- Hematoma espinhal epidural;
- Infecção;
- Lesão neurológica;
- Toxicidade sistêmica por anestésico local (LAST).

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

5.1. Médico anesthesiologista:

- Deverão usar este protocolo para auxiliar as condutas referentes a tomada de decisão quanto ao uso da analgesia farmacológica após esgotados os recursos da analgesia não farmacológica;
- Realizar avaliação prévia da parturiente quanto aos critérios de inclusão e exclusão.
- Perguntar se a paciente deseja realizar a analgesia de parto e, em caso afirmativo, explicar o procedimento, incluindo seus riscos, benefícios e possíveis efeitos colaterais, além de apresentar e solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Informado;
- Realizar avaliação pré-anestésica;
- Checar vitalidade fetal.

5.2. Médico (a) obstetra:

- Deverão usar este protocolo para auxiliar as condutas referentes a tomada de decisão quanto aos métodos não farmacológicos e farmacológicos;
- Realizar durante todo o trabalho de parto avaliações quanto a necessidade do método farmacológico caso haja falha dos métodos não farmacológicos propostos;
- Dialogar com a parturiente a respeito da aceitabilidade para o método farmacológico, caso seja necessário;

- Ter habilidade e conhecimento em obstetrícia e parto normal;
- Acompanhar a evolução do trabalho de parto e realizar o preenchimento do partograma;
- Checar vitalidade fetal;
- Realizar assistência ao parto.

5.3. Enfermeiro (a) obstétricos (a):

- Prestar assistência às parturientes quanto aos métodos não farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor;
- Avaliar a necessidade do método farmacológico juntamente com o(a) médico(a) obstetra e o(a) fisioterapeuta, caso haja falha dos métodos não farmacológicos propostos;
- Dialogar com a parturiente a respeito da analgesia de parto, caso seja solicitado, necessário e tenha indicação médica;
- Ter habilidade e conhecimento em obstetrícia;
- Ter habilidade na assistência ao parto normal;
- Realizar a verificação da vitalidade fetal;
- Avaliar a vitalidade materna;
- Acompanhar a evolução do trabalho de parto;
- Realizar o preenchimento do partograma;
- Realizar assistência ao parto, compartilhada com a equipe de retaguarda, no caso de a usuária ser classificada como CPN;
- Realizar a oferta da mudança de posição da parturiente;
- Estimular a verticalização;
- Supervisionar as atribuições do técnico de enfermagem;
- Realizar descrição da assistência em evolução de enfermagem;
- Realizar prescrição de enfermagem;
- Identificar distocias obstétricas e tomar as providências até a chegada do médico obstetra.

5.4. Técnicos em enfermagem:

- Ter habilidade e conhecimento em obstetrícia e parto normal;

- Prestar assistência as parturientes quanto aos métodos não farmacológicos sob supervisão do enfermeiro(a) obstétrico(a) ou assistencial;
- Auxiliar a equipe médica durante a realização dos métodos farmacológicos sob supervisão do enfermeiro(a) obstétrico (a) ou assistencial;

5.5. Fisioterapeuta em saúde da mulher:

- Deverão usar este protocolo para auxiliar as condutas referentes a tomada de decisão quanto aos métodos não farmacológicos e prestar assistência as parturientes quanto aos métodos não farmacológicos e farmacológicos;
- Ter habilidade e conhecimento em obstetria e parto normal;
- Realizar durante todo o trabalho de parto avaliações quanto a necessidade do método farmacológico juntamente com o(a) médico(a) obstetra e o(a) enfermeiro(a), caso haja falha dos métodos não farmacológicos propostos;
- Acompanhamento do partograma, aplicar questionário de fadiga materna, dialogar com a parturiente a respeito da aceitabilidade para o método farmacológico, caso seja necessário;
- Dialogar com a parturiente a respeito do método farmacológico, caso seja necessário e tenha indicação médica.

5.6. Farmacêutico (a):

- Gerenciar os processos de reposição de estoque, armazenamento, controle e dispensação dos medicamentos que fazem parte do protocolo;
- Realizar análise de prescrição dos medicamentos que fazem parte do protocolo, para posterior dispensação;
- Prestar orientações sobre o preparo e uso dos medicamentos que fazem parte do protocolo as equipes assistenciais.

5.7. Psicólogo (a):

- Deverão prestar assistência as mulheres em trabalho de parto, principalmente aquelas com descompensação emocional.

6. EXECUÇÃO DA TÉCNICA DE ANALGESIA DE PARTO

- Avaliação pelo médico anestesiológico das condições mínimas de segurança para a prática da anestesia no centro de parto, obedecendo a Resolução CFM 2.174/2017.
- A escolha da técnica anestésica deve levar em conta:
 - Paridade da paciente;
 - Avaliação subjetiva da evolução do trabalho de parto pela equipe de obstetrícia (estágios do trabalho de parto);
 - Padrão de dor (visceral ou somática/ leve, moderada ou intensa);
 - Dilatação cervical e altura da apresentação.
- Venóclise, preferencialmente no membro superior esquerdo, com cateter intravenoso periférico 18G;
- Solução cristalóide: 500 ml para manter o acesso venoso;
- Permanecer com a paciente nos primeiros 15 a 20 minutos após a instalação do bloqueio, com avaliação da pressão arterial a cada 5 minutos.
- Monitorar a pressão arterial, dor e função motora a cada 30 minutos ou conforme necessidade.
- Toda parturiente submetida a início de analgesia regional ou doses adicionais de resgate, seja qual for a técnica, deve ser submetida a ausculta intermitente da Frequência Cardíaca Fetal de 5 em 5 minutos por no mínimo 30 minutos.
- Avaliar sinais vitais, dor e frequência cardíaca fetal a cada 30 minutos.
- Paciente no centro de parto humanizado, sentada no seu leito, com os pés apoiados na escada e com as duas mãos sobre os joelhos;
- Realizar lavagem cirúrgica das mãos utilizando técnica asséptica;
- Realizar técnica padrão de antisepsia para bloqueio do neuroeixo.
- Realizar monitorização fetal antes e após a analgesia.

6.1. PACIENTE EM TRABALHO DE PARTO INICIAL – 1º ESTÁGIO COM DOR EM CÓLICA E/OU LOMBAR LEVE A MODERADA:

- Punção peridural, L2-L3 ou L3-L4, por técnica de eleição do médico anestesiológico, com agulha de Tuohy 18G ou 16G;

- Administração de 10 ml de solução de Ropivacaína 0,08 a 0,2% (ou Bupivacaína/Levobupivacaína 0,05 a 0,125%) com 1 a 3 mcg/ml de Fentanil ou 0,1 a 0,3 mcg/ml de Sufentanil;
- Introdução do cateter peridural e deixar 3 a 5 cm no espaço peridural. Aspirar o cateter com seringa de 5 ml para certificar-se da ausência de sangue ou líquido cefalorraquidiano;
- Curativo impermeável do cateter, com atenção para não contaminar o orifício de entrada na pele e a ponta do cateter. Posicionar o cateter ao lado direito da paciente, favorecendo o posicionamento em decúbito lateral esquerdo da gestante com o objetivo de descomprimir a veia cava inferior, melhorando retorno venoso e oxigenação placentária;
- Doses adicionais de 10 ml de solução de Ropivacaína 0,08 a 0,2% (ou Bupivacaína/Levobupivacaína 0,05 a 0,125%), sem fentanil ou sufentanil, devem ser administradas a cada 1h30min a 2h ou por solicitação da paciente;
- Com esta concentração anestésica, não há perda da função motora ou surgimento de parestesias, com isso, a paciente poderá deambular, sentar ou fazer todos os exercícios recomendados para a boa evolução do trabalho de parto;

6.2. PACIENTE EM TRABALHO DE PARTO AVANÇADO – 1º ESTÁGIO COM DOR EM CÓLICA E/OU LOMBAR SEVERA PODENDO APRESENTAR DOR PERINEAL:

- Punção subaracnóidea (raquianestesia), agulha de Quincke 25G ou 27G;
- Administração de 2,5 mg de Bupivacaína pesada 0,5% (0,5 ml) + 25 a 50 mcg (0,5 a 1 ml) de Fentanil ou 2,5 a 5 mcg de Sufentanil (0,5 a 1 ml);
- Punção peridural, L2-L3 ou L3-L4; por técnica de eleição do médico anestesiológico com agulha de Tuohy 18G ou 16G;
- Introdução do cateter peridural, deixar 3 a 5 cm no espaço peridural. Aspirar o cateter com seringa de 5 ml para certificar-se da ausência de sangue ou líquido (LCR);
- A administração de solução anestésica pelo cateter de peridural só será realizada após a paciente referir dor ou caso não ocorra analgesia satisfatória 30 minutos após o bloqueio subaracnóideo;
- A solução de escolha é a mesma utilizada para as doses adicionais da técnica anterior

(10 ml de solução de Ropivacaína 0,08 a 0,2% ou Bupivacaína/Levobupivacaína 0,05 a 0,125%, sem opióide).

6.3. PACIENTE EM PERÍODO EXPULSIVO AVANÇADO - DILATAÇÃO CERVICAL COMPLETA, APRESENTAÇÃO FETAL BAIXA E DOR PERINEAL INTENSA (2º ESTÁGIO):

- Punção subaracnóidea (raquianestesia), agulha de Quincke 25G ou 27G;
- Administração de 2,5 mg de Bupivacaína pesada 0,5% (0,5 ml) + 25 a 50 mcg (0,5 a 1 ml) de Fentanil ou 2,5 a 5 mcg de Sufentanil (0,5 a 1 ml);
- Manter a paciente sentada por 3 a 5 minutos.

6.4. OBSERVAÇÕES:

- Após o bloqueio ou administração de doses adicionais, as pacientes permanecerão monitorizadas por um período mínimo de 30 minutos. Na ausência de bloqueio motor, instabilidade hemodinâmica e presença de analgesia adequada, o anestesista autorizará a retirada da monitorização e a paciente será liberada para deambular e ingerir líquidos;
- Em caso de analgesia inadequada após 30 minutos, administrar 6 a 10 ml da solução anestésica (Ropivacaína 0,08 a 0,2% ou Bupivacaína/Levobupivacaína 0,05 a 0,125%), sem o opioide;
- Avaliar sinais vitais, dor e frequência cardíaca fetal a cada 1-2 horas;
- A equipe deve estar preparada para o manejo de potenciais complicações, como hipotensão arterial e bradicardia fetal que podem ocorrer logo após os procedimentos anestésicos;
- Com a progressão do trabalho de parto e a necessidade de doses adicionais de medicamentos, inteirar-se junto à equipe obstétrica sobre a boa evolução do trabalho de parto e vitalidade fetal, antes de administrá-las.

6.5. PACIENTE EM PERÍODO EXPULSIVO (2º ESTÁGIO), COM INDICAÇÃO DE FÓRCEPS:

- Paciente portando cateter peridural: Administrar 5 a 10 ml de lidocaína 2% com adrenalina (epinefrina) através do cateter, aguardar 5 minutos e então liberar para instrumentalização do parto;

- Paciente sob analgesia subaracnóidea:
- Se o tempo do bloqueio for inferior a 2 horas e 30 minutos, avaliar a presença de analgesia adequada;
- Se o tempo for superior: proceder novo bloqueio com 2,5 a 5 mg de Bupivacaína 0,5% (sem Fentanil ou Sufentanil).

6.6. PACIENTE SOB ANALGESIA DE PARTO QUE EVOLUI PARA INDICAÇÃO DE CESÁREA:

- No centro cirúrgico, certificar-se da perviedade do acesso venoso periférico e administrar solução de ringer com lactato. Promover a monitorização da paciente. Seguir protocolo para anestesia em cesárea;
- Paciente portando cateter peridural: avaliar o posicionamento e inspecionar a boa fixação do curativo. Administrar 15 a 20 ml de lidocaína 2% com adrenalina (epinefrina) através do cateter + 2 mg de morfina. Aguardar 10 minutos, tempo em que se prepara o material cirúrgico e a equipe cirúrgica paramenta-se. Realizar teste para verificar o nível do bloqueio anestésico; se necessário administrar mais 5 ml de Lidocaína 2% com adrenalina (epinefrina) através do cateter;
- Em caso de cesárea de emergência por sofrimento fetal agudo: deve-se retirar o cateter peridural e realizar punção subaracnóidea conforme o protocolo de cesárea;
- Paciente sob analgesia por punção subaracnóidea: necessário realizar uma nova punção com massa anestésica normalmente utilizada para realização de cesárea;
- Ao final da cirurgia, encaminhar a paciente à sala de recuperação pós-anestésica.

7. EVENTOS ADVERSOS GRAVES

- Solicitar ajuda e acionar imediatamente a equipe de obstetrícia, neonatologia e o centro cirúrgico.

8. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Com as doses e concentrações anestésicas aplicadas, a parturiente conseguirá deambular normalmente. Porém, esta deverá ser informada de que a analgesia pode causar uma leve e temporária redução da mobilidade, embora isso seja pouco frequente e, quando ocorre, costuma ser de curta duração com recuperação rápida da

deambulação.

- Administrar apenas dieta líquida durante a analgesia de parto;
- Higienizar as mãos e utilizar luvas estéreis para manipulação do cateter ao administrar doses adicionais para evitar a contaminação da ponta do cateter;
- A equipe médica deve estar presente durante a administração da anestesia, mas a equipe de enfermagem pode conduzir o trabalho de parto após a estabilização da paciente.
- Retirar o cateter de peridural após o nascimento do feto, delivramento da placenta e revisão do canal de parto. Inspeccionar se a ponta está íntegra, realizar a assepsia no orifício do cateter, seguido de pequeno curativo. Fazer curativo no local da punção após retirada do cateter;
- A documentação da paciente, a ficha de anestesia e o gasto anestésico devem ser devidamente preenchidos, inclusive, anotando que o cateter foi retirado e que sua ponta se apresentava íntegra;
- Registrar na ficha anestésica as intercorrências durante o procedimento e anexar ao prontuário.
- A paciente estará de alta da analgesia, poderá alimentar-se normalmente e ser encaminhada para enfermaria. Não é necessária hidratação adicional;

9. REFERÊNCIAS:

- ARAGÃO, F.F. de; *et al.* Analgesia de parto no neuroeixo: uma revisão da literatura. Rev Bras Anesthesiol. V.69, n.3, 2019.
- AUTOR INSTITUCIONAL CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.174/2017/ Brasília: CFM; 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Versão Preliminar. Brasília, DF, 2022.
- BRASIL. Portaria SES-DF Nº 1123, de 05 de novembro de 2021. Protocolo de Analgesia de Parto Vaginal. Publicada no DODF Nº 215 de 18 de novembro de 2021.
- BRICHI, N. M.; SANCHES, J. M.; GABRIEL, S. A. Impactos da analgesia no trabalho de parto-uma revisão bibliográfica.Revista Corpus Hippocraticum, v. 1, n. 1, 2023.
- FUMAGALLIA, S. *et al.* Variables related to maternal satisfaction with intrapartum care in Northern Italy. Women and Birth. V.34, 2021.

- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Anestesia para parto vaginal: protocolo institucional. São Paulo: Einstein Medical Suite, 2023.
- OBSTETRIC ANALGESIA AND ANESTHESIA. ACOG Practice Bulletin, v.133, n.3, 2019.
- PERET, F. J. A. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews: RHL commentary (last revised: 1 March 2013). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization, 2013.
- Protocolo de Analgesia de Parto do Setor de Urgência e Emergência Materno Perinatal do Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal da Grande Dourados/EBSERH, nº 138, 2018.
- SIAULYS, M.M., et al. GRUPO SANTA JOANA. Manual de Anestesia Obstétrica. Manole Editora.
- SILVA, A.C. de S. *et al.* Protocolo de Analgesia de Parto da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand - MEAC da Universidade Federal do Ceará / EBSEH, 2023.
- SOUZA, M. R. T. et al. Analgesia neuroaxial no trabalho de parto: efeitos sobre desfechos maternos e neonatais. Acta Paulista de Enfermagem, v. 37, p. eAPE02103, 2024.
- THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST.
- Tratado de Anestesiologia: SAESP. 9.ed. São Paulo: Editora dos Editores Eireli, 2021.
- VALENTE, P. et al. Epidural analgesia and obstetric outcomes: a retrospective cohort study. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 42, n. 12, p. 797–803, 2020.
- VEIGA, A.V.M., *et al.* Relação entre analgesia do parto e seus desfechos obstétricos. Research, Society and Development. V.10, n.3, 2021.
- YIN, H.; HU, R. Effect of epidural labor analgesia on delivery outcome in nulliparous women. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, v. 45, n. 7, p. 1326–1332, 2019.

10. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	31/01/2025	Versão inicial.

11. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Lissandra Carvalho Leite Raposo Gouveia - UBCME/GAS Luiza Panosso Macedo - STMIM/GAS Amanda Figueira Rodrigues - UMUL/GAS	Data: 31/01/2025
Análise James Alain Silva de Brito - DMED/GAS Makslane Max Ary Torres de Lima Costa Nobrega Sisenando - UBCME/GAS Fladjany Emanuely Faustino da Silva - UMUL/STMIM/DCDT/GAS	Data: 09/04/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP	Data: 17/09/2025
Aprovação James Alain Silva de Brito - DMED/GAS	Data: 17/09/2025

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

12. ANEXOS**ANEXO A****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANALGESIA DE PARTO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
 EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA – HUAB
 SALA DE PARTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANALGESIA DE PARTO

Paciente: _____

Prontuário: _____

Data: ___ / ___ / ___

Gestação: _____ semanas

Eu, _____, gestante atendida no Hospital
 Universitário Ana Bezerra – HUAB/EBSEH, declaro ter sido informada e
 esclarecida sobre o procedimento de analgesia de parto, incluindo:

1. Objetivo: alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, proporcionando maior conforto físico e emocional.
2. Procedimento: bloqueio anestésico peridural, raquidural ou combinado, realizado pela equipe de anestesiologia.
3. Benefícios esperados:
 - Redução ou eliminação da dor.
 - Melhora do conforto materno e vivência do parto.
4. Possíveis riscos e efeitos colaterais:
 - Queda de pressão arterial.
 - Náuseas, vômitos, tremores ou coceira.
 - Dificuldade para urinar, podendo necessitar de sonda vesical.
 - Falha parcial ou total da analgesia, podendo precisar de nova abordagem.
 - Cefaleia pós-raqui/peridural.
 - Complicações raríssimas, como infecção, hematoma ou lesão neurológica.
5. Impacto no trabalho de parto:
 - Possível prolongamento da fase expulsiva.
 - Eventual necessidade de fórceps ou vácuo extrator, se indicado.
6. Alternativas:



- Métodos não farmacológicos de alívio da dor (banho morno, bola, massagens, mobilidade).

7. Direito de escolha:

Estou ciente de que posso recusar ou solicitar suspensão da analgesia a qualquer momento.

Declaro que li e compreendi todas as informações, tive oportunidade de esclarecer dúvidas e autorizo a realização da analgesia de parto.

Assinaturas

Paciente: _____

RG: _____

Obstetra responsável: _____

CRM: _____

Anestesiologista responsável: _____

CRM: _____

Testemunha: _____

RG: _____

HUAB – EBSEH | Rua Monsenhor Paulo Herôncio, S/N – Centro – Santa Cruz/RN

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.006563/2025-34

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento: Protocolo de Analgesia de Parto. PRT.DMED.009 - versão 01 (53428421)

<p>Elaboração</p> <p>Lissandra Carvalho Leite Raposo Gouveia - UBCME/GAS Luiza Panosso Macedo - STMIM/GAS Amanda Figueira Rodrigues - UMUL/GAS</p>	<p>Data: 31/01/2025</p>
<p>Análise</p> <p>James Alain Silva de Brito - DMED/GAS Makslane Max Ary Torres de Lima Costa Nobrega Sisenando - UBCME/GAS Fladjany Emanuely Faustino da Silva - UMUL/STMIM/DCDT/GAS</p>	<p>Data: 09/04/2025</p>
<p>Validação</p> <p>Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP</p>	<p>Data: 17/09/2025</p>
<p>Aprovação</p> <p>James Alain Silva de Brito - DMED/GAS</p>	<p>Data: 17/09/2025</p>

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

Santa Cruz - RN, datado e assinado eletronicamente.



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Figueira Rodrigues, Enfermeiro(a)**, em 30/09/2025, às 17:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fladjany Emanuely Faustino da Silva, Enfermeiro(a)**, em 02/10/2025, às 14:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **James Alain Silva de Brito, Chefe de Divisão**, em 06/10/2025, às 17:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lissandra Carvalho Leite Raposo Gouveia, Médico(a)**, em 14/10/2025, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luiza Panosso Macedo, Médico(a)**, em 15/10/2025, às 10:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Makslane Max Ary Torres de Lima Costa Nóbrega Sisenando, Médico(a)**, em 11/11/2025, às 16:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wilton Nogueira de Abreu, Técnico(a) em Enfermagem**, em 17/11/2025, às 13:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **53428508** e o código CRC **3F8239DC**.
