

PROTOCOLO

HC-UFTM/HU BRASIL

Analgesia de Parto

Versão: 1 | 2026



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

ROSEKEILA SIMÕES NOMELINI

ELABORAÇÃO

Alberto Borges Peixoto, Unidade de Saúde da Mulher

Josselly Rodrigues Pinheiro, Programa de Residência em Medicina Fetal

Luciano Alves Matias da Silveira, Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material Esterilizado

Luísa Pessoni de Carvalho Garcia, Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia

ANÁLISE

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 28/7/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UMUL.013

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados. © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados
www.gov.br/hubrasil



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVO

Aprimorar a assistência à parturiente proporcionando conforto e humanização durante o processo de trabalho de parto com mínimo prejuízo ao binômio materno-fetal.

2. CONTEXTO CLÍNICO

O alívio da dor durante o trabalho de parto auxilia a parturiente no processo de condução da fase ativa do trabalho de parto, proporcionando conforto e estímulo ao processo de forma segura para o binômio materno-fetal. Foi descrito por Brichi, Sanches e Gabriel (2023) que a alta intensidade da dor durante o trabalho de parto pode gerar trauma emocional na mulher, aumentando a chance de depressão pós-parto.

A analgesia de parto deve considerar, principalmente, o desejo materno, avaliando as possibilidades de forma individualizada, levando em conta indicações e contra indicações obstétricas em cada fase do trabalho de parto.

O controle de dor durante o trabalho de parto pode ser feito por meio de medidas não farmacológicas e farmacológicas, sendo a analgesia regional o método mais eficaz utilizado atualmente, apresentando mínimo risco para a mãe e para o feto (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2023).

A analgesia regional pode promover discreto prolongamento da duração do trabalho de parto, particularmente no segundo estágio, devendo sua utilização ser individualizada e sempre guiada pelo partograma. No entanto, não há evidências consistentes de prejuízo significativo aos desfechos maternos e neonatais quando realizada com técnica adequada e monitorização apropriada (SOUZA et al., 2024; VEIGA et al., 2021; ACOG, 2019).

3. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DE DOR

- Hidroterapia - disponível em forma de chuveiro;
- Acupuntura - ainda não disponível em nossa instituição;
- Massagem;
- Aplicação de compressas mornas;
- Técnicas de relaxamento e respiração;
- Deambulação e livre movimentação materna - que devem ser estimuladas;
- Bola de parto;
- Musicoterapia, sem que haja desconforto às demais parturientes próximas;
- Aromaterapia, sem que haja desconforto às demais parturientes próximas;
- Presença de acompanhante.

4. INDICAÇÕES DA ANALGESIA DE PARTO

- Solicitação da paciente e avaliação da indicação pela equipe médica (obstetrícia e anestesiologia);
- Fase ativa do trabalho de parto, a partir de 6 cm de dilatação do colo uterino;
- Boa vitalidade fetal;
- Ausência de contraindicações aos bloqueios neuroaxiais;
- Local apropriado para realização do procedimento com monitorização e material de reanimação.

5. CONTRAINDICAÇÕES DA ANALGESIA DE PARTO

- Sepses;
- Coagulopatia;
- Lesões no local da punção;
- Alteração do nível de consciência;
- Hipertensão intracraniana;
- Choque hipovolêmico;
- Alergia às drogas utilizadas;

6. TÉCNICAS DE ANALGESIA REGIONAL

1º Estágio do trabalho de parto com dor leve a intensa

- Realizar punção peridural lombar com introdução de cateter para analgesia intermitente;
- Administrar 15 ml de solução de Levobupivacaína 0,0625 a 0,125% com 50 mcg de Fentanil (2,5mcg/ml);
- Doses adicionais de Levobupivacaína 0,0625 a 0,125% podem ser realizadas (sugere-se 10 ml), conforme solicitação da paciente e avaliação da dor. Sugere-se realizar dose teste com lidocaína a 2% com epinefrina para segurança da parturiente;
- Pode ser considerado um bloqueio subaracnoideo (raquianestesia) - analgesia por duplo bloqueio - com punção subaracnoidea (raquianestesia) com administração de 2,5 mg de Bupivacaína pesada 0,5% (0,5 ml) com 25 mcg (0,5 ml) de Fentanil ou 2,5mcg (0,5 ml) de Sufentanil - avaliar a necessidade do uso de opióide peridural em técnica de duplo bloqueio.

2º Estágio do trabalho de parto (período expulsivo) com apresentação baixa e dor perineal intensa

- Realizar punção subaracnoidea (raquianestesia) com administração de 2,5 mg de Bupivacaína pesada 0,5% (0,5 ml) + 25 mcg (0,5 ml) de Fentanil ou 2,5mcg (0,5 ml) de Sufentanil.

Paciente com cateter de peridural funcionando com indicação de parto instrumentalizado

- Proceder com administração de 5 ml de lidocaína a 2% com epinefrina através do cateter de peridural.

Paciente sob analgesia de parto com indicação de cesárea

- Paciente portando catéter de peridural funcionando e indicação emergencial: administrar 20 ml de lidocaína a 2% com epinefrina + 2 mg de morfina e conduzir o parto por via alta;
- Paciente portando catéter de peridural funcionando e indicação não emergencial: retirar o cateter de peridural com técnica conforme assistência em anestesia e proceder com o bloqueio subaracnoideo (raquianestesia) ou administrar 20 ml de levobupivacaína a 0,5% com epinefrina + 2 mg de morfina e conduzir o parto por via alta;
- Paciente portando catéter de peridural não funcionando e indicação emergencial ou não: retirar o cateter de peridural com técnica conforme assistência em anestesia e proceder com o bloqueio subaracnoideo (raquianestesia);
- Paciente sob analgesia por raquianestesia em período expulsivo: necessário realizar uma nova punção subaracnoidea (raquianestesia), conforme assistência em anestesia;

7. CUIDADOS APÓS ANALGESIA

- Os padrões da frequência cardíaca fetal devem ser monitorados pelo médico assistente (obstetra) antes e imediatamente após a administração de analgesia para o trabalho de parto;
- Em caso de bradicardia fetal, iniciar imediatamente medidas de ressuscitação intra uterina. Caso persistência, reavaliar a via de parto;
- Toda parturiente submetida a início de analgesia regional, ou doses adicionais de resgate, deve ser submetida a ausculta intermitente da Frequência Cardíaca Fetal de 5 em 5 minutos por no mínimo 30 minutos.
- Monitorização materna padrão (pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso e cardioscopia). Avaliar a dor e função motora a cada 30 minutos ou conforme necessidade;
- Supervisão materna para deambulação, assim que possível;
- Dieta com líquidos claros sem resíduos.

8. COMPLICAÇÕES

- Hipotensão arterial materna;
- Febre materna;
- Bradicardia fetal transitória;
- Prurido;
- Cefaleia pós-punção dural;
- Lesão neurológica;
- Toxicidade sistêmica por anestésico local;
- Hematoma epidural;

9. OUTRAS TÉCNICAS DE ANALGESIA DE PARTO

Analgesia sistêmica (endovenosa)

- Realizada com administração intravenosa de remifentanil (opioide de ação ultra curta e metabolização por esterases plasmáticas), em bombas de infusão contínua, caso haja contra indicação ao bloqueio neuroaxial;
- Assim como a anestesia neuroaxial, pode levar a bradicardia fetal transitória;
- Sugere-se o início de administração de 0,05 mcg/kg/min a 0,1 mcg/kg/min em bomba de infusão contínua.

Analgesia inalatória

- Realizada com administração inalatória por óxido nitroso, caso haja contraindicação ao bloqueio neuroaxial;
- Possui poucos efeitos colaterais; rapidamente eliminada;
- Necessário o entendimento e cooperação da parturiente, com explicações prévias da analgesia;
- Ainda não disponível em nosso serviço.

Anestesia local

- Bloqueio do nervo podendo com utilização de lidocaína a 1% (sugere-se a diluição de 10 ml de lidocaína a 2%, com o acréscimo de 10 ml de água destilada, com volume total de 20 ml);
- Indicada em casos de episiotomia ou sutura de lacerações vaginais.



Hospital de Clínicas



10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A analgesia durante o trabalho de parto constitui componente essencial de uma assistência obstétrica humanizada, devendo ser ofertada de forma segura, eficaz e centrada nas necessidades e preferências da parturiente. A adequada avaliação clínica, associada à escolha individualizada do método analgésico, contribui para melhor experiência materna, sem prejuízo à vitalidade fetal.

A utilização de métodos não farmacológicos deve ser incentivada como estratégia complementar, promovendo maior autonomia da mulher e favorecendo a evolução fisiológica do parto. Quando indicadas, as técnicas farmacológicas, especialmente a analgesia regional, apresentam elevada eficácia e bom perfil de segurança, desde que realizadas por equipe capacitada e com monitorização adequada.

Ressalta-se a importância da vigilância contínua materno-fetal, da identificação precoce de possíveis complicações e da atuação multiprofissional de obstetras e anesthesiologistas, garantindo assistência qualificada em todas as fases do trabalho de parto.

Dessa forma, a implementação de protocolos bem definidos, aliados à escuta ativa e ao respeito às escolhas da parturiente, contribui para desfechos obstétricos mais favoráveis e para uma experiência de parto mais positiva e segura.

11. REFERÊNCIAS

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Medications for pain relief during labor and delivery*. 2017. Disponível em: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/medications-for-pain-relief-during-labor-and-delivery>. Acesso em: 28 abr. 2026.
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. *Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report*. **Anesthesiology**, v. 124, n. 2, p. 270–300, fev. 2016.
- ARAGÃO, F. F. de et al. Analgesia de parto no neuroeixo: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 69, n. 3, 2019.
- BAYSINGER, C. Nitrous oxide for labor analgesia. **Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology Newsletter**, p. 11, set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretriz nacional de assistência ao parto normal*. Versão preliminar. Brasília, DF, 2022.
- BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Portaria SES-DF nº 1123, de 05 de novembro de 2021*. Protocolo de analgesia de parto vaginal. Diário Oficial do Distrito Federal, n. 215, 18 nov. 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.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.174/2017*. Brasília: CFM, 2018.
- FUMAGALLI, 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.
- LIKIS, F. E. et al. Nitrous oxide for the management of labor pain: a systematic review. **Anesthesia & Analgesia**, v. 118, p. 153–167, 2014.

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. **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. n. 138, 2018.

SIAULYS, M. M. et al. *Manual de anestesia obstétrica*. São Paulo: Manole.

SILVA, A. C. de S. et al. Protocolo de analgesia de parto da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) da Universidade Federal do Ceará/EBSERH, 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.

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.

12. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	28/7/2026	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)

13. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 3) – data: 5/5/2026

Alberto Borges Peixoto, médico da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL)

Jossielly Rodrigues Pinheiro, médica residente de Medicina Fetal

Luísa Personi de Carvalho Garcia, médica residente de Ginecologia e Obstetrícia

Luciano Alves Matias da Silveira, médico anestesiológista da Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material Esterilizado

Análise – data: 5/5/2026

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Aprovação – data: 25/5/2026

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Validação técnica – data: 7/5/2026 a 8/7/2026

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Registro, validação de forma e revisão – data: 28/7/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental