



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

## **PARECER CREMEB Nº 01/20**

(Aprovado em Sessão Plenária de 07/01/2020)

**PROCESSO CONSULTA N.º 19/2019**

**ASSUNTO:     Analgesia de Parto**

**RELATOR:     Cons. José Abelardo Garcia de Meneses**

**EMENTA:** Parto com analgesia. Direito da parturiente. Respeito à técnica.

A assistência ao parto via vaginal sob analgesia deve ser garantida resguardada a vontade da parturiente.

A realização de analgesia de parto simultaneamente em pacientes distintas é ato que atenta contra a ética médica.

As técnicas da analgesia de parto devem ser respeitadas.

### **DA CONSULTA**

*“Senhor Corregedor, peço análise da consulta em documento deste anexo e-mail, tendo em vista adequação de prática de analgesia de parto. Desde já solicito brevidade na resposta sobretudo naquilo que possa definir ou redimensionar conduta anestésica. Também saliento que continuo a atender todas demandas de analgesia solicitadas, mas até resposta deste instrumento de consulta, referendando todas práticas atualmente dita seguras, sobretudo no que tange [Resolução CFM 2.174/2017](#).*

*Encaminho este pedido de consulta, ao tempo que relato condições de trabalho, que estamos sendo inseridos de forma padronizada institucionalmente, em nossa atividade enquanto anestesiológicos. Alguns pontos destas rotinas têm nos exposto a cotidianas dúvidas, muitas vezes tão simples que desafiam até os nossos conhecimentos ético-científicos mais básicos, gerando insegurança e questionamentos a prática anestésica.*



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

*Fundamentalmente a analgesia de parto é tratada como ato médico dentro da especialidade de anestesiologia, estando mais recentemente enquadrada dentro da [Resolução 2174/2017 do CFM](#), todavia na Maternidade ... a prática tem sido preconizada a partir da indicação única da paciente a níveis de anestesia satisfatórios pelos critérios da paciente/obstetra o que frequentemente tem levado a interrupção do trabalho de parto encarado de forma natural pela equipe obstétrica. Considero aqui meus poucos conhecimentos obstétricos.*

*Diante de determinadas circunstâncias solicito parecer sobre algumas situações.*

- 1 – A analgesia de parto é considerada procedimento de urgência, emergência ou eletivo?*
- 2 - Considerando-se o caráter subjetivo da dor e a possibilidade da analgesia interferir na mecânica do trabalho de parto, como podemos definir dentro da melhor relação médico-médico e médico-paciente a relação anestesiologista, obstetra e paciente?*
- 3 - Tornou-se habitual na Unidade a execução de instalação de cateter epidural e condução de analgesia de parto em leito do paciente com suporte precário e que não atendem ao mínimo do item 1 do ANEXO VI da [RESOLUÇÃO CFM N° 2.174/2017](#) da qual não concordo e não pratico recorrendo a sala cirúrgica com condições mais seguras. Enfim, a punção lombar com finalidade anestésica e a condução da analgesia de parto devem ser feitas em que mínimas condições?*
- 4 - Em muitos casos o início da analgesia de parto tem sido sucedido pela manutenção de cateter epidural, com paciente no leito realizando manobras ou sendo avaliados com assistência intermitente do anestesista e do obstetra, chegando até a horas. Nestes intervalos as pacientes são assistidas por enfermeiras ou técnicas. Na analgesia de parto a presença de obstetra e anestesiologista deve ser contínua como nos demais atos anestésicos?*
- 5 - Sobretudo sendo anestesiologia uma especialidade de meio a inúmeras outras especialidades, pode o anestesiologista realizar analgesia de parto sem a presença*



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

*continua do Obstetra? Deve está, assim, o anestesiolista e o obstetra presentes ininterruptamente até o nascimento e revisão do parto?*

*6 - Em um plantão com 2 anestesistas é possível que cada um realize ao mesmo tempo uma analgesia de parto, desconsiderando a possibilidade de um atendimento de Emergência numa terceira gestante?”*

### **FUNDAMENTAÇÃO**

Permitam-me senhores conselheiros fazer uma releitura sobre o tema citando trechos do [Parecer do Conselho Federal de Medicina Nº 43/2003](#), *in verbis*:

*“Desde o anátema que incidiu sobre Eva (In dolore paries filios tuos, Bíblia, Vulgata<sup>1</sup>), muitos recursos foram usados para aliviar as dores do parto. No entanto, foi a cloroformização de uma rainha que inaugurou a etapa moderna da analgesia de parto, consistindo, portanto, numa forma de anestesia geral. Mas parece claro que as analgesias simultâneas a que se refere a consulente são as aplicadas por via vertebral, porque essas é que permaneceram no quadro das preferências e práticas no Brasil.*

*Outra pergunta: as analgesias de parto que se aplicam por via vertebral (intra-aracnoidianas e, principalmente, peridurais, em doses únicas ou contínuas) fazem parte do gênero **ato médico** e, dentro deste, da espécie **ato anestésico**? Parece-nos que a resposta é clara. As técnicas para se atingir o espaço peridural ou subaracnoidiano fazem parte do currículo de especialização em anestesia e constituem procedimentos delicados, seguros apenas em mãos hábeis. E não fica aí a essência do problema. As drogas injetadas, por um caminho ou por outro, produzem respostas que podem afetar não apenas a mãe, mas também o nascituro em vias de conhecer o mundo.*

*A analgesia obstétrica não tem respostas padronizadas, como tudo o mais que diz respeito ao campo da medicina. Embora pouco freqüentes, alterações da fisiologia materna, já alteradas no curso da própria gravidez, podem ser comprometidas de modo*

<sup>1</sup> Vulgata - tradução latina da Bíblia feita por são Jerônimo 340-420, que foi declarada a versão oficial da Igreja romana pelo Concílio de Trento.



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

*a merecer interferência do médico anestesista, sem falar na possível interatividade de injeção de doses suplementares para interromper as dores que recomeçam, o que é comum em casos de trabalhos de parto prolongados.*

*Que diferença existe entre analgesia e anestesia? No contexto de que estamos tratando, a diferença é a mesma que existe, segundo Paracelsus, entre o remédio e o veneno. A diferença é a dose. Mas considerando que num e noutro caso podem surgir complicações, o médico que cuida da paciente poderá ser chamado a responder pelos resultados adversos que vierem a acontecer, podendo recair sobre ele a responsabilidade e a culpa.*

*Considerando que as analgesias simultâneas a que se refere a consulta são peridurais contínuas, é possível que o anestesista aplique mais de uma e permaneça vigilante no ambiente (estamos considerando o mundo das realidades). No entanto, se isto for feito, presume-se um tranqüilo desenrolar das circunstâncias (o que nos levaria ao mundo das idealidades), coisa em que o médico não pode amparar-se, por razões demais sabidas.*

*Se no curso de um ato médico surgir uma complicação, cabe ao médico entregar-se de modo absoluto à solução do problema que lhe foi posto. Dedicção absoluta, tornando sem importância tudo o mais que estiver na periferia dos seus interesses.*

*Configuremos uma situação hipotética, mas não impossível de ocorrer:*

*Um anestesista, em ambiente anexo ao Centro Obstétrico, cuida, ele só, de três pacientes em evolução de trabalho de parto. Passa cateter peridural e injeta doses adequadas em todas as parturientes a que presta serviços. De repente, o obstetra detecta sofrimento fetal que requer realização de cesariana. O anestesista, nessa circunstância, não será mais assistente das analgesias do pré-parto, porque a sua ocupação integral transfere-se para o ato operatório de que vai cuidar, talvez de forma dupla, envolvendo mãe e nascituro.*



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

*Por outro lado, o anestesista não pode, de maneira alguma, ausentar-se do ambiente em que administra anestesia e cuida de paciente antes que o objetivo procurado seja atingido (no caso, a parturição, com estabilidade materna). É inadmissível que um anestesista aplique anestesia e retire-se do ambiente antes do trabalho concluído, mesmo estando seguro de que as condições decorrentes do seu ato estejam estabilizadas (isto só pode ser admitido se os cuidados forem transferidos a um de seus pares, capaz de fazer o que ele faria em qualquer eventualidade). Dando-se a transferência, paciente [se em condições], cirurgião ou obstetra devem ser avisados, sendo de esperar-se a sua concordância.”<sup>2</sup>*

Quanto à qualidade da assistência ao parto sob analgesia eis o que leciona o Parecer CFM 26/98: “É desejável que o trabalho de parto seja acompanhado de todo o aparato tecnológico, com respaldo científico para a sua indicação.

*A assistência ao parto normal sob analgesia deve ser estimulada no seio da comunidade brasileira, visando a humanização da via natural para o nascimento, resguardada a vontade da parturiente.”<sup>3</sup>*

### **DO PARECER**

Na Anestesiologia a prática da Anestesia Obstétrica, incluindo-se por óbvio a Analgesia de Parto, merece atenção especial. São inúmeras publicações, incontáveis debates em mesas redondas, simpósios, painéis, enfim, raramente alguma programação deixa de tratar da matéria. Desde tratados clássicos como *Obstetric Anesthesia* de Mark C. Norris, a obra de Sol M. Shnider e Gershon Levinson, *Anesthesia for Obstetrics*, existem publicações mundo afora que certamente contribuirão para uma conclusão nada precipitada deste trabalho.

<sup>2</sup> Parecer CFM 43/2003 (<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2003/43>, acessado em 17-DEZ-2019).

<sup>3</sup> Parecer CFM 26/98 (<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/1998/26>, acessado em 17-DEZ-2019).





**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

*“A Natureza é uma obstetra com poucos recursos!”* com esta frase emprestada ao ilustre Desembargador do Tribunal de Justiça do DF e Territórios (TJDFT), Diaulas Costa Ribeiro, inicio a reflexão sobre o momento que espero seja passageiro na sociedade brasileira, quanto aos conceitos naturistas de enfrentamento do parto. E deixo de plano minha opinião favorável ao parto via vaginal, natural. Entretanto, é preciso que a Medicina, e o seu especialista em partos, o Obstetra, voltem a ter o respeito e a admiração granjeada por séculos, haja vista termos inadequados, desqualificadores, preconceituosos e insuportáveis, como a famigerada “violência obstétrica” que vêm ridicularizando o papel do Médico no momento ímpar da parturição, afinal, *“na obstetrícia o final tem que ser sempre feliz, caso contrário alguém tem que ser o culpado. E advinha quem?”* nas palavras de Amanda Bernardes, advogada especialista em Direito Médico.

A forma reducionista de se encarar a analgesia do parto convive no imaginário de alguns gestores e de parte dos envolvidos levando a planos inferiores a importância das técnicas do alívio do parto via vaginal, para alguns, parto normal, ou para outros, parto natural. Relevante destacar que a analgesia via peridural (epidural ou extradural), a mais usual nos ambientes obstétricos Brasil afora não é isenta de intercorrências e complicações mediatas e imediatas. Entre as imediatas que carecem interferência do anestesiológista podemos citar hipotensão, bradicardia, náusea, vômito, prurido, toxicidade sistêmica do anestésico local, tremor, depressão respiratória, anafilaxia, parada cardiorrespiratória, ascensão do nível do bloqueio, podendo chegar a bloqueio total, cefaleia pós-punção dural, analgesia inadequada e efeitos no progresso do trabalho de parto e em consequência no feto e no recém-nascido.

Portanto, *“A técnica de analgesia para partos normais exige a compreensão das alterações anátomo-fisiológicas impostas ao organismo materno, dos efeitos dos agentes anestésicos sobre o binômio materno-fetal, da ocorrência de intercorrências das técnicas empregadas e dos benefícios da técnica quando convenientemente indicada. Analisando à luz da otimização e da humanização da assistência ao parto e à luz do*



*principalismo da bioética (beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia), firmamos o entendimento que a analgesia para os partos normais contempla amplamente esta questão. Desnecessário seria lembrar que a indicação da analgesia é decisão médica, após a obtenção do consentimento da paciente, baseando-se em critérios técnicos (momento adequado para a instalação, agentes e técnica empregada), e que a equipe deve estar preparada para sanar as intercorrências advindas do procedimento.”, é a orientação contida no [Parecer CFM 65/99](#).<sup>4</sup>*

Interessante destacar que a analgesia para o parto natural não cuida tão somente de dar conforto à parturiente. A teoria da distócia álgica é hoje conhecida e deve ser avaliada por obstetras na condução do trabalho de parto, haja vista que os níveis de catecolamina circulante durante os momentos mais avançados do trabalho de parto podem contribuir negativamente para a evolução do parto via vaginal, comprometendo sobremaneira a vitalidade fetal. Entretanto, faltam níveis de evidências científicas mais consistentes que fortaleçam esta hipótese. Não obstante, na prática torna-se evidente que a analgesia bem indicada, no momento adequado e quando convenientemente aplicada, influencia positivamente no desfecho do nascimento.<sup>5</sup>

## **CONCLUSÃO**

O consultante elenca seis perguntas.

*1 – A analgesia de parto é considerada procedimento de urgência, emergência ou eletivo?*

R – Procedimento eletivo em Medicina é aquele que pode ser programado ou adiado conforme as circunstâncias. Diante desta simples constatação sem discorrer sobre outros conceitos, a resposta é que o procedimento de analgesia de parto não pode ser considerado como eletivo. Entretanto, é um procedimento que se anuncia desde o

<sup>4</sup> Parecer CFM 65/99 (<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/1999/65>, acessado em 17-DEZ-2019).

<sup>5</sup> Analgesia do Parto Vaginal, in Anestesiologia, James Manica, 4ª Edição, 1008-1040. Ed. Artmed. 2018.



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

momento em que se faz o diagnóstico de gravidez, não podendo, portanto, ser recomendável permitir que decisões de última hora possam interferir na segurança materno-fetal.

*2 - Considerando-se o caráter subjetivo da dor e a possibilidade da analgesia interferir na mecânica do trabalho de parto, como podemos definir dentro da melhor relação médico-médico e médico-paciente a relação anestesiológica, obstetra e paciente?*

R – Este procedimento deve ser planejado ao longo do pré-natal, dialogado com a gestante, explicadas as nuances para a decisão espontânea e amadurecida. É necessário que a gestante, futura parturiente, compreenda que não há possibilidade de abolição total da dor, posto que analgesia e anestesia têm diferenças basilares. A aplicação de **anestesia** irá contribuir para a parada da mecânica do trabalho de parto e a transformação do parto via natural em parto cirúrgico, podendo ainda interferir na vitalidade fetal. O que se deseja é **analgesia**, o alívio da dor, para parto natural. A diferença está na massa, dose/concentração, dos agentes empregados.

Portanto, respeitando-se o desejo da parturiente, após a obtenção do indispensável consentimento livre e esclarecido, de ter o seu momento sublime aliviado das dores naturais do parto, a relação entre os médicos envolvidos deve ser harmoniosa em favor do bem-estar e da saúde ao binômio por ele atendido. Subordinação evidentemente não há, a relação não deve ser assimétrica, é o que leciona o Desembargador do TJ/PR, Miguel Kfoury Neto, autor da obra “Responsabilidade Civil do Médico”, em sua 9ª edição, entre outras, *“quando o anestesiológico atua em equipe, a divisão do trabalho é horizontal. Não há subordinação ao cirurgião. As atribuições são específicas, sem sujeição hierárquica.”*

Creio ser útil e adequado citar o inciso II dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica:





**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

**O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.**

*3 - Tornou-se habitual na Unidade a execução de instalação de cateter epidural e condução de analgesia de parto em leito do paciente com suporte precário e que não atendem ao mínimo do item 1 do ANEXO VI da [RESOLUÇÃO CFM Nº 2.174/2017](#) da qual não concordo e não pratico recorrendo a sala cirúrgica com condições mais seguras. Enfim, a punção lombar com finalidade anestésica e a condução da analgesia de parto devem ser feitas em que mínimas condições?*

R – A Medicina praticada no Brasil é a científico-ocidental baseada em premissas de evidências científicas. Envolver a analgesia de parto em atitudes reducionistas, visando criar a ambiência adequada ao “naturalismo” ou “naturismo”, relegando a planos inferiores a aplicação adequada da técnica, muito ao contrário, poderá criar ambiente favorável aos incidentes e acidentes, raros, diria até raríssimos, quando a boa técnica é respeitada. Assim, se o consulente identifica que as condições que lhe são oferecidas não atendem “ao mínimo do item 1 do ANEXO VI da [Resolução CFM Nº 2.174/2017](#)” deve dialogar com os responsáveis, Coordenação do Serviço, Direção Clínica e Direção Técnica visando adequar a prática na unidade, evitando realizar os procedimentos até a solução das pendências.

Eis o texto do item 1 do anexo VI da [Resolução CFM Nº 2.174/2017](#) que disciplina a prática da anestesia:

**Cada sala onde se administra anestesia deverá conter equipamentos para monitorização mínima: determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, determinação contínua do ritmo cardíaco por meio de cardioscopia, monitorização contínua da saturação da hemoglobina por meio de oximetria de pulso e monitorização contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados, monitorados por capnógrafo nas situações em que for realizada anestesia geral sob via aérea artificial – seção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório e ventilatório completo (aparelho de anestesia) e sistema de aspiração.**



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Não é outra a determinação contida no inciso V do artigo 1º da mesma resolução normativa:

**Para a prática da anestesia, deve o médico anestesista responsável avaliar e definir previamente, na forma prevista no artigo 2º<sup>(6)</sup>, o risco do procedimento cirúrgico, o risco do paciente e as condições de segurança do ambiente cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica, sendo sua incumbência certificar-se da existência das condições mínimas de segurança antes da realização do ato anestésico, comunicando qualquer irregularidade ao diretor técnico da instituição e, quando necessário, à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina (CRM).**

Na mesma “pedra de toque” está a recomendação expressa pelo Comitê de Anestesia em Obstetrícia da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, “*A técnica selecionada de analgesia/anestesia deve levar em consideração as necessidades e preferências das pacientes, as preferências ou a capacidade técnica do anesthesiologista e os recursos disponíveis. Quando uma peridural com a utilização de anestésico local é escolhida para analgesia do trabalho de parto e do parto, a adição de um opióide pode permitir o uso de uma concentração menor do anestésico local e prolongar a duração da analgesia. Recursos apropriados para o tratamento de complicações relacionadas à administração de anestésicos locais por via peridural (por exemplo, hipotensão, toxicidade sistêmica, bloqueio elevado) devem estar disponíveis. Se são acrescentados opióides, tratamento para complicações relacionadas aos mesmos (por exemplo, prurido, náusea, depressão respiratória) devem estar disponíveis.*”

---

<sup>6</sup> Art. 2º - É responsabilidade do diretor técnico da instituição, nos termos da Resolução CFM nº 2.147/2016, assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança, as quais devem ser definidas previamente entre: o médico anestesista responsável, o serviço de anestesia e o diretor técnico da instituição hospitalar, com observância das exigências previstas no artigo 3º da presente Resolução.



*4 - Em muitos casos o início da analgesia de parto tem sido sucedido pela manutenção de cateter epidural, com paciente no leito realizando manobras ou sendo avaliados com assistência intermitente do anestesista e do obstetra, chegando até a horas. Nestes intervalos as pacientes são assistidas por enfermeiras ou técnicas. Na analgesia de parto a presença de obstetra e anesthesiologista deve ser contínua como nos demais atos anestésicos?*

*5 - Sobretudo sendo anesthesiologia uma especialidade de meio a inúmeras outras especialidades, pode o anesthesiologista realizar analgesia de parto sem a presença contínua do Obstetra? Deve está, assim, o anesthesiologista e o obstetra presentes ininterruptamente até o nascimento e revisão do parto?*

R – Tendo em vista estarem as perguntas 04 e 05 imbricadas, as respostas estarão em um único texto. Apesar dos evidentes avanços e a larga experiência dos profissionais que a ela se dedicam garantindo melhor qualidade e maior duração da analgesia de parto não é eticamente aceita a assistência médica intermitente. É a compreensão do que está determinado no inciso II do artigo 1º da [Resolução CFM 2.174/2017](#), *in verbis*, **Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, o médico anestesista deve permanecer dentro da sala do procedimento, mantendo vigilância permanente, assistindo o paciente até o término do ato anestésico.**

*6 - Em um plantão com 2 anestesistas é possível que cada um realize ao mesmo tempo uma analgesia de parto, desconsiderando a possibilidade de um atendimento de Emergência numa terceira gestante?"*

R- A ementa do [Parecer CFM 43/2003](#) nos ajudará a elidir a dúvida, “O anestesista não deve realizar analgesias obstétricas simultâneas pelo risco a que pode expor as pacientes de que cuida.” Donde se pode inferir que se existem dois anesthesiologistas num plantão e ambos estejam realizando simultaneamente analgesias de parto há possibilidade concreta de que em algum momento seja necessário realizar anestésias simultâneas pelo mesmo profissional em pacientes distintas, na hipótese da ocorrência de uma



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

cesariana, fato contumaz nas maternidades. Destaque-se que o estado de necessidade não pode ser utilizado ao arrepio das boas práticas em Medicina, haja vista que no caso aparente é perfeitamente previsível a ocorrência, o que deixa de poder ser rotulado como caso extemporâneo, imprevisto, intempestivo ou fortuito.

Concluo citando o eminente jurista e bioeticista, Diaulas Costa Ribeiro: *“O parto é um momento íntimo da mulher, do casal e de seu filho. Infelizmente, o parto é vítima de uma politização. E não há nada de saudável nesse debate. O parto é um negócio. Negócio também para o Ministério da Saúde, ANS e operadoras de planos de saúde em geral.”* Desta forma, o parto, momento sublime e singular na vida da mulher, não pode e não deve, sob qualquer hipótese, ser tratado como um mero negócio de cunho financeiro visando tão somente o benefício de instituições, interesses políticos ou ideologias que não sejam aqueles almejados pela família, a teor do artigo 58 do Código de Ética Médica, que veda o exercício mercantilista da medicina.

É O PARECER. SMJ

Salvador (Ba), 07 de janeiro de 2020.

**Cons. José Abelardo Garcia de Meneses**

RELATOR