

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem**

KLEDIANE D'ÁVILA PEIXOTO

**A Implementação das Práticas de Indução do Trabalho de Parto em um
Hospital Universitário**

**Porto Alegre
2013**

KLEDIANE D'ÁVILA PEIXOTO

**A Implementação das Práticas de Indução do Trabalho de Parto em um
Hospital Universitário**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a conclusão do
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Professora Doutora Helga
Geremias Gouveia.

Porto Alegre

2013

O aparato tecnológico está tornando os partos
menos eficazes.

De certa forma, há que se “mamiferizar” o
nascimento.

Michel Odent

RESUMO

Introdução: As práticas de indução do Trabalho de Parto (TP) são aceitáveis e recomendáveis quando há indicação para tal. Entre as diversas práticas implementadas no TP, podemos destacar as induções com ocitocina e com misoprostol. Ocitocina é, mundialmente, o fármaco mais utilizado para indução do TP. Já misoprostol, usualmente empregado para pré-indução ou maturação cervical, tem seu uso expandido para a indução do TP após resultados de ensaios clínicos. **Objetivo:** Identificar as práticas de indução do TP implementadas em um Hospital Universitário de Porto Alegre - RS. **Métodos:** Estudo quantitativo transversal realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Crítérios de inclusão:** internação na sala de pré-parto, indução do TP com misoprostol e ocitocina, parto no centro obstétrico, recém-nascido em idade gestacional ≥ 37 semanas; e **crítérios de exclusão:** gestação múltipla, cesárea eletiva, mal formação fetal e óbito fetal. Entrevistou-se 385 puérperas, a partir de 12h de pós-parto, utilizando-se questionário semi-estruturado, no período de agosto a novembro de 2012. As variáveis estudadas foram idade, escolaridade, situação conjugal, paridade, classificação de risco gestacional, consultas de pré-natal, indicações de indução, práticas de indução, informação e motivos quanto às práticas de indução e tipos de parto após indução. Realizou-se análise descritiva. Todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo é uma subanálise da pesquisa “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. **Resultados:** A maioria amostral tinha idade entre 15 e 35 anos (85,2%), pelo menos cinco anos de escolaridade (95,1%), companheiro (90,1%), era nulípara (56,8%), foi gestante de risco habitual (72,8%) e realizou no mínimo seis consultas de pré-natal (86,4%). Entre as indicações de indução, a IG ≥ 40 semanas foi a mais frequente (49,4%). Em relação às práticas de indução, verificou-se que a ocitocina de forma isolada foi o fármaco mais utilizado, numa prevalência de 65,4%. Acerca da informação, 77,1% das mulheres foram informadas quanto às práticas de indução. E sobre os motivos, a resposta de maior frequência para aquelas mulheres induzidas com misoprostol foi induzir o TP (85,7% - uso isolado e associado) e para aquelas induzidas com ocitocina foi aumentar a contração (82,3% - uso isolado e 76,5% - associação). Os tipos de parto após indução mostraram que naquelas mulheres induzidas somente com ocitocina ocorreu o maior quantitativo de partos vaginais (81,1%). **Conclusão:** É imprescindível, para a implementação das práticas de indução, a realização de uma avaliação criteriosa do estado clínico da gestante e do feto e o estabelecimento da indicação, do método e dos potenciais riscos, apoiando-se nas evidências científicas e de acordo com o grau de recomendação de cada prática, evitando-se intervenções desnecessárias e possibilitando assim uma agradável experiência de TP.

Descritores: Trabalho de parto, Ocitocina e Misoprostol.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Razão de mortalidade materna estimada para os anos de 1990 a 2010.....	9
Figura 2 – Partograma de Philpott e Castle.....	12
Quadro 1 – Indicações de indução do trabalho de parto.....	13
Figura 3 – Escore de Bishop.....	14
Quadro 2 – Protocolo de indução com ocitocina.....	15
Figura 4 – Fluxograma da composição da amostra.....	18
Gráfico 1 – Distribuição das indicações de indução do trabalho de parto. Porto Alegre, RS, 2013. (n= 87).....	25
Gráfico 2 – Distribuição das mulheres segundo as práticas de indução do trabalho de parto. Porto Alegre, RS, 2013. (n= 81).....	26
Gráfico 3 – Distribuição das mulheres segundo os tipos de parto após cada prática de indução do trabalho de parto. Porto Alegre, RS, 2013. (n= 81).....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	8
2.1 Objetivo geral.....	8
2.2 Objetivos específicos.....	8
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	9
3.1 Políticas públicas.....	9
3.2 Trabalho de parto.....	11
3.3 Práticas de indução do trabalho de parto.....	12
4 METODOLOGIA.....	17
4.1 Desenho do estudo.....	17
4.2 Local do estudo.....	17
4.3 Tamanho amostral.....	17
4.4 Seleção de sujeitos.....	18
4.5 Variáveis estudadas.....	18
4.6 Coleta de dados.....	20
4.7 Análise dos dados.....	20
4.8 Aspectos éticos.....	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
5.1 Caracterização da amostra.....	22
5.2 Indicações de indução.....	24
5.3 Práticas de indução.....	26
5.4 Informação quanto às práticas de indução.....	28
5.5 Tipos de parto após indução.....	30
6 CONCLUSÕES.....	32
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXO A – Parecer da Comissão de Pesquisa em Enfermagem.....	38
ANEXO B – Parecer Cosubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	39

1 INTRODUÇÃO

O trabalho de parto constitui, historicamente, um evento natural, que possui início de ocorrência espontânea, com baixo grau de risco, onde o recém-nascido apresenta-se, na maioria dos casos, em posição cefálica e tem idade gestacional de 37 a 42 semanas (BRASIL, 2001; OMS, 1996).

O trabalho de parto e o parto representam momentos do ciclo gravídico-puerperal nos quais ocorrem mudanças intensas, não só fisiológicas, como também emocionais, tornando-o complexo, muito aquém do que um simples procedimento em saúde (ESPÍRITO-SANTO; BERNI; CÓRDOVA, 2011). Não obstante, existem situações nas quais o percurso deste evento natural é disfuncional, fazendo-se necessárias práticas de atenção à saúde, através da prestação de assistência ao trabalho de parto, cuja visibilidade é a obtenção de um binômio mãe-bebê saudável (OMS, 1996).

Práticas de indução do trabalho de parto são aceitáveis e recomendáveis quando há indicação para tal, a fim de evitarem-se desfechos desfavoráveis. Além disso, parturiente e acompanhante devem ser informados da prática escolhida e concordarem com ela (BRASIL, 2001). Entre as diversas práticas implementadas no trabalho de parto, podemos destacar as induções com ocitocina e com misoprostol.

Ocitocina é, mundialmente, o fármaco mais utilizado para indução do trabalho de parto e é o único aprovado pela *Food and Drug Administration* para utilização na fase ativa (SOUZA; AMORIM; NORONHA NETO, 2010; CARVALHO; CHAVES; SALAZAR, 2011). Ainda mais, possui inúmeras evidências científicas sobre suas indicações e contraindicações, justificando-se assim o estudo da frequência de sua administração.

Misoprostol, usualmente empregado para pré-indução ou maturação cervical, tem seu uso expandido para indução do trabalho de parto após resultados de ensaios clínicos (PASSOS et al., 2011). A eficácia de seu emprego *versus* a administração de ocitocina nos desfechos obstétricos ainda não é clara, tornando-se relevante estudar a frequência de seu uso na indução trabalho de parto e seus desfechos.

A atenção humanizada ao parto visa à promoção do parto e do nascimento saudáveis. Procura-se garantir, com essa assistência, que a equipe de saúde realize práticas benéficas para o binômio mãe-bebê, evitando intervenções desnecessárias e preservando privacidade e autonomia (BRASIL, 2001).

Este estudo baseia-se nas premissas do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, do Ministério da Saúde - Portaria/GM nº569 de 01/06/2000: integralidade da

assistência obstétrica e neonatal como diretrizes institucionais (BRASIL 2000a; 2000b), sendo relevante ao direcionamento das práticas a serem implementadas pela equipe de enfermagem que está inserida no contexto do cuidado obstétrico desde a concepção até o nascimento.

O presente estudo é uma subanálise da pesquisa denominada “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, no qual a presente autora participou da coleta e da digitação de dados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar as práticas de indução do trabalho de parto implementadas em um Hospital Universitário de Porto Alegre – RS.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar os sujeitos do estudo quanto à idade, escolaridade, situação conjugal, paridade e ao pré-natal.

Identificar a frequência das condições clínicas que são indicações de indução.

Identificar a frequência da indução somente com misoprostol vaginal.

Identificar se os sujeitos conheceram os motivos pelos quais foi administrado misoprostol vaginal.

Identificar a frequência da indução somente com ocitocina.

Identificar se os sujeitos conheceram os motivos pelos quais foi administrada ocitocina.

Identificar a frequência da indução com misoprostol vaginal e ocitocina associados.

Identificar se os sujeitos conheceram os motivos pelos quais foram administrados misoprostol vaginal e ocitocina.

Conhecer os desfechos relacionados aos tipos de parto após indução.

3 REVISÃO DA LITERATURA

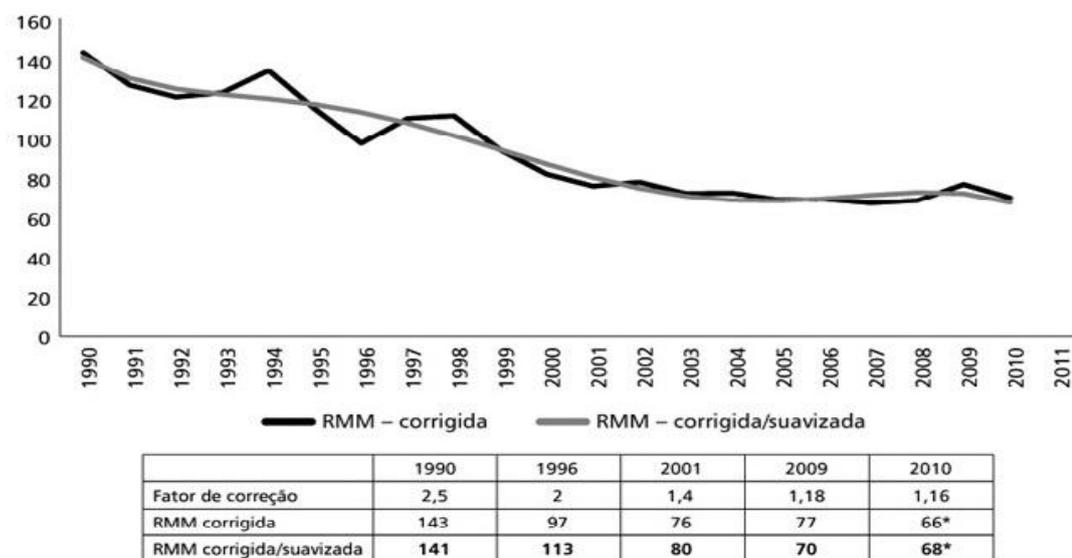
3.1 Políticas públicas de saúde

A rede de desenvolvimento global da Organização das Nações Unidas (ONU) – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no ano de 2000, firmou entre 198 nações o compromisso de combater, até 2015, alguns males da sociedade (ONU, 2000). Surgiram então, oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre os quais constam: reduzir a mortalidade na infância – em dois terços (crianças menores de cinco anos) e melhorar a saúde materna – reduzir a mortalidade em três quartos (ONU, 2000).

O quarto ODM, redução da mortalidade na infância, está rumo a ser alcançado pelo Brasil antes de 2015. Ocorreu uma redução de 57,5% (de 53,7 mortes a cada mil crianças para uma mortalidade de 22,8 por mil crianças) entre 1990 e 2008; e as regiões sul e sudeste alcançaram este objetivo neste último ano (UNICEF, 2011).

O quinto ODM compreende uma mortalidade igual ou inferior a 35 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. Para tanto, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) deve reduzir anualmente no Brasil 5,5%. A Figura 1 mostra a tendência da RMM, numa estimativa de 1990 a 2010 (BRASIL, 2012c).

Figura 1 – Razão de mortalidade materna estimada para os anos de 1990 a 2010



*Dados preliminares para 2010.

Fonte: SIM-CGIAE/DASIS/SVS/MS.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 43, n.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

No período estimado de 20 anos, observa-se que a RMM passou de 141 mortes por 100 mil nascidos vivos para uma mortalidade de 68 por cada 100 mil nascidos vivos, caracterizando uma redução total de 52% e de 2,6% por ano – frequência de redução abaixo do estimado para alcançar este ODM (BRASIL, 2012c).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPNN), instituído há 12 anos, pelo Ministério da Saúde (MS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), possui como prioridades:

- reduzir as taxas de morbi-mortalidade materna, peri e neonatal;
- melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência no Pré-Natal (PN), no parto, no puerpério e no período neonatal;
- ampliar as ações em saúde/políticas de saúde nas áreas obstétrica, materna e neonatal (BRASIL, 2000b).

A humanização é condição primordial para alcançar um acompanhamento integral do parto e do puerpério. Compreende que é dever das instituições de saúde receber a mulher, os seus familiares e o Recém-Nascido (RN) – requer uma assistência com dignidade, ética e solidariedade; para tanto, é necessária, por parte dos profissionais, a adoção de práticas que visem o benefício do binômio e da sua família, desvinculando-se de medidas rotineiramente realizadas ou que são implementadas “por conveniência” e que podem acarretar em desfechos prejudiciais (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2011a). Em suma, significa a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas (BRASIL, 2000a).

Diversos programas e políticas vêm planejando e procurando sustentar uma rede de apoio à saúde da mulher que corrobore com o acesso a uma assistência obstétrica segura e de qualidade (OMS, 1996). Na atenção ao Trabalho de Parto (TP), parto e nascimento, o profissional de saúde deve ser capacitado a apoiar a mulher e sua família; a monitorar e avaliar o estado de saúde da mãe e do bebê, identificando fatores de risco e os encaminhando conforme demanda; e a realizar as práticas que forem necessárias, respaldando-se em evidências científicas (BRASIL, 2011a; OMS, 1996).

Na assistência obstétrica, embora o contexto ideal fosse que toda gestante chegasse ao momento do TP com um preparo pré-natal adequado, estudos mostram que somente a atenção PN não mensura todos os riscos intraparto; portanto, as práticas durante este período do ciclo gravídico-puerperal podem ser decisivas para bons desfechos (OPAS/OMS, 2004). Os profissionais envolvidos neste processo devem adotar medidas educativas de amparo e

conforto à mãe e à família, fornecendo informações sobre todo o período do TP e sobre as rotinas e procedimentos a serem desenvolvidos, proporcionando o esclarecimento de dúvidas e a colaboração dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2001).

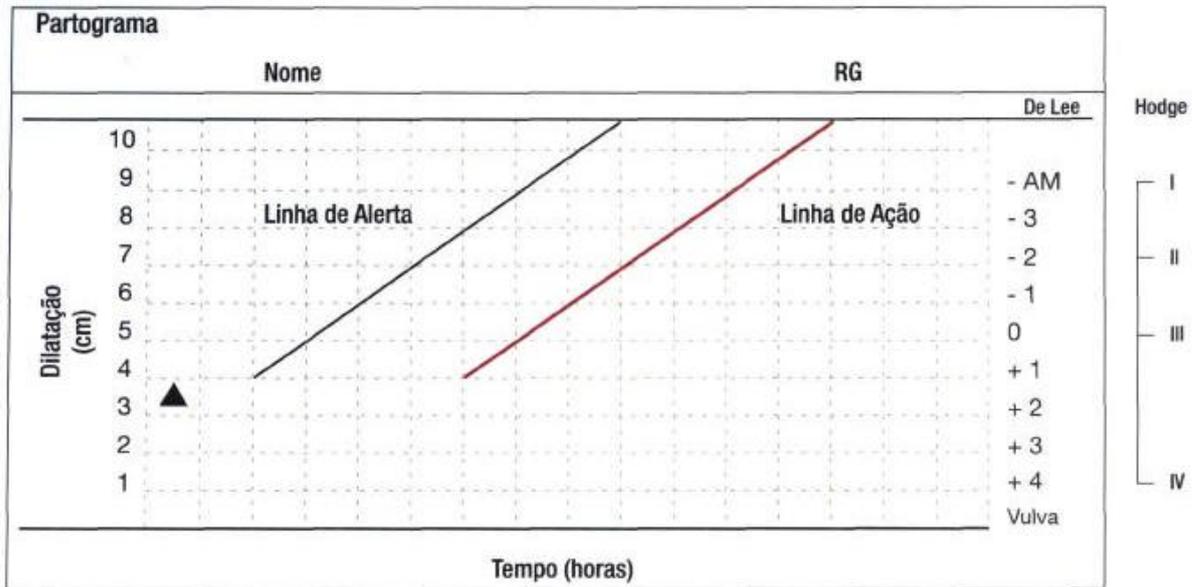
3.2 Trabalho de parto

A determinação do início do TP é presuntiva, já que seu diagnóstico é elaborado de forma retrospectiva (MARTINS-COSTA et al., 2011a; CUNNINGHAM et al., 2010). Seu conceito tradicional define-o como contrações uterinas regulares que provocam dilatação e apagamento cervical, modificações que ocorrem fisiologicamente, a partir de uma série de transformações bioquímicas, resultado de mecanismos endócrinos e parácrinos interagindo entre mãe e feto (BRASIL, 2001; MARTINS-COSTA et al., 2011a; CUNNINGHAM et al., 2010).

Duas fases compreendem o TP: latente (dilatação do colo uterino até três centímetros, numa velocidade aproximada de um centímetro por hora e com contrações/dinâmica irregular) e ativa (dilatação rápida, chegando aos 10 centímetros, numa velocidade acima de um centímetro por hora e com dinâmica regular e dolorosa) segundo Friedman (1978 apud MARTINS-COSTA et al., 2011a, p. 311). A progressão do TP é acompanhada fundamentada nos trabalhos de Friedman, que analisou graficamente – através do partograma - mais de 10 mil partos e estipulou padrões de normalidade e disfunção do TP.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz um modelo de partograma, originado por Philpott e Castle (1972), para a fase ativa do TP (Figura 2). Nele é possível registrar parâmetros como dilatação e apresentação fetal e existe ainda o sistema de duas linhas, de alerta e de ação, intervaladas em um período de quatro horas, que possibilita acompanhar a evolução do TP e detectar alterações, como a eminência de um TP disfuncional (quando a curva de dilatação se afastar mais do que duas horas à direita da linha de alerta), evitando práticas desnecessárias (BRASIL, 2001; MARTINS-COSTA et al., 2011a).

Figura 2 – Partograma de Philpott e Castle



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

O TP disfuncional é a principal indicação de cesárea primária nos Estados Unidos da América, representando 60% dos casos (ACOG, 2003). Suas disfunções podem ser observadas através das seguintes formas: prolongamento da fase ativa ou distócia funcional, parada secundária da dilatação, parto precipitado ou taquitéico, período pélvico prolongado e parada secundária da descida (BRASIL, 2011b).

3.3 Práticas de indução do trabalho de parto

O TP é gradualmente e fisiologicamente construído e existem diversos mecanismos e instrumentos não intervencionistas de acompanhamento da sua progressão, entretanto:

[...] vimos uma rápida expansão no desenvolvimento e uso de uma variedade de práticas (desnecessárias) desenhadas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do (trabalho de) parto, com o objetivo de obter melhores resultados de mães e recém-nascidos, e algumas vezes para racionalizar padrões de trabalho, no caso do parto hospitalar (OMS, 1996, p.4).

A medicina baseada em evidências faz uma reflexão acerca das práticas implementadas no TP, que estão cada vez mais difundidas e utilizadas de forma indiscriminada. A OMS (1996) classificou algumas práticas de acordo com seu grau de recomendação em quatro categorias, sendo abaixo mencionadas aquelas relacionadas às variáveis do estudo:

A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (fornecer às mulheres todas as informações que desejarem e monitorar cuidadosamente o TP - uso do partograma);

B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (infusão intravenosa rotineira e utilização de ocitocina de forma que não permita controlar seus efeitos);

C - Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;

D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (correção da dinâmica com uso de ocitocina).

A prática de indução do TP teve início há 400 anos, com registros do uso de óleo de rícino pelos egípcios (SOUZA et al., 2010). Conceitua-se como a estimulação das contrações uterinas antes de seu início espontâneo, seja com membranas ovulares íntegras ou rotas e objetiva a ocorrência de parto por via vaginal (PASSOS et al., 2011; CUNNINGHAM et al., 2010). Sua indicação ocorre quando os benefícios de interrupção da gestação prevalecem sobre os de continuidade da mesma, considerando-se o bem estar materno-fetal (ACOG, 2009). As indicações de indução do TP são apresentadas de acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2009) e Passos et al. (2011), no Quadro 1.

Quadro 1 – Indicações de indução do trabalho de parto

Corioamnionite
Restrição de Crescimento Intra-Uterino (RCIU)
Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG)
Idade Gestacional (IG) a partir de 40 semanas
Oligoidrâmnio
Ruptura Prematura de Membranas (RUPREME)
Morte fetal

Fonte: ACOG – AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists n. 107. *Obstet. Gynecol.*, v. 114, n. 2, p. 386-397, 2009; PASSOS, E.P. et al. Indução do Parto. In: FREITAS, F. et al. *Rotinas em obstetria*. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 23 p. 343-353, 904 p.

Além dessas indicações, para a implementação desta prática é necessário avaliar adequadamente a IG, com intuito de evitar indução de fetos pré-termos, a apresentação fetal,

induzindo somente de fetos em posição cefálica fletida e a maturação cervical utilizando o Escore de Bishop (Figura 3), a fim de que a indução seja eficaz e não implique em desfechos negativos (PASSOS et al., 2011).

Figura 3 – Escore de Bishop

Parâmetros	Pontuação			
	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1 - 2	3 - 4	5 +
Esvaecimento (%)	0 - 30	40 - 50	60 - 70	80 +
Consistência colo	Firme	Mediana	Amolecida	
Posição do colo	Posterior	Centralizado	Anteriorizado	
Plano apresentação de De Lee / Planos de Hodge	- 3 / I	- 2 / II	- 1 / 0 / III	+ 1

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

O Escore de Bishop é amplamente referenciado em publicações científicas, porém seu uso na obstetrícia é pequeno ou deficiente (PASSOS et al., 2011). A simples avaliação dos parâmetros apresentados não é suficiente, deve-se realizar um cálculo dos pontos obtidos, de forma que a soma a partir de nove está relacionada ao maior sucesso da indução e aquela igual ou inferior a quatro representa maior taxa de falha na indução (BRASIL, 2001; CUNNINGHAM et al., 2010; PASSOS et al., 2011), demonstrando a existência de uma cérvix desfavorável e a necessidade de maturação cervical ou pré-indução (CUNNINGHAM et al., 2010; PASSOS et al., 2011).

A pré-indução do TP corresponde a técnicas mecânicas de preparo do colo uterino – sondas (de Krause, de Foley), catéteres, algas marinhas ou laminárias e infusão extra-amniótica de soro; e a técnicas farmacológicas – hialuronidase, prostaglandinas (E1 - misoprostol e E2 – dinoprostone) e ocitocina (BRASIL, 2001; CUNNINGHAM et al., 2010; PASSOS et al., 2011).

A utilização do misoprostol na pré-indução e, ainda mais, na indução do TP, é uma prática nova e controversa, já que seu emprego inicial na obstetrícia foi como adjuvante nas interrupções de gestações - por seu efeito abortivo e também porque a *Food and Drug*

Administration ainda não aprovou este fármaco para tal finalidade (BRASIL, 2001; SOUZA et al., 2010). Este análogo da prostaglandina E1 possui as vantagens de fácil armazenamento, elevada eficácia em produzir contrações uterinas e baixo custo (PASSOS et al., 2011).

Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) licenciou comprimidos de 25mcg por via vaginal para uso em ambiente hospitalar e estudos demonstram que 100mcg parecem apresentar a mesma eficácia por via oral (CUNNINGHAM et al., 2010; PASSOS et al., 2011).

Na indução do TP, o misoprostol apresenta a mesma eficácia que a ocitocina, todavia uma revisão sistemática Cochrane de 2007 denominou esta prática como “ocitocina dependente”, afirmando que a associação das duas práticas apresenta maior eficácia que uma isoladamente (HOFMEYR; GÜLMEZOGLU; PILEGGI, 2010).

A ocitocina implementada para maturação cervical requer um emprego em baixas doses (quatro microunidades por minuto) e período prolongado (12 horas a 18 horas), afim de que apagamento e esvaecimento do colo uterino sejam proporcionados (PASSOS et al., 2011). Após o tempo de pré-indução nova avaliação é feita e se o Escore de Bishop aumentou, doses progressivamente maiores de ocitocina são infundidas, realizando-se a indução do TP conforme protocolo (ACOG, 2009) demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 – Protocolo de indução com ocitocina

Regime	Dose inicial (mUI/min)	Ajuste a cada aumento (mUI/min)	Intervalo do ajuste de dose (min)
Dose baixa	0,5 a 02	01 a 02	15 a 40
Dose alta	06	03 a 06	15 a 40

Fonte: ACOG – AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists n. 107. *Obstet. Gynecol.*, v. 114, n. 2, p. 386-397, 2009.

A ocitocina possui uso difundido na indução do TP, na qual outras práticas como amniotomia e descolamento de membranas ovulares são implementadas. A infusão de ocitocina está associada aos riscos de intoxicação hídrica, hipotensão, síndrome da hiperestimulação uterina (taquissistolia com sofrimento fetal), descolamento de placenta e, raramente, rotura uterina (presença de cesárea prévia aumenta significativamente a chance) (PASSOS et al., 2011). A ocorrência desses desfechos evidencia não só um risco à integridade da saúde do binômio, mas também a possível necessidade de uma intervenção reparadora, como a realização de uma cesárea. Uma revisão sistemática propõe intervenções que minimizem as taxas de cesárea em primíparas, através da minimização das induções eletivas

de TP (BRANCH; SILVER, 2012).

A indução do TP é um dos parâmetros clínicos que parece contribuir para as taxas atuais de cesáreas; existe certamente um aumento paralelo entre a indução do TP e as taxas de cesáreas nas últimas duas décadas (BRANCH; SILVER, 2012). Por exemplo, de 1974 a 2008, a taxa de cesárea aumentou de 5% para 19,1% no *National Maternity Hospital*, em Dublin, e no mesmo período, a taxa das induções passou de 19,7% para 32,7% (BRENNAN et al., 2011). Portanto, conhecer estas práticas de indução permite tanto o explanamento acerca da implementação das mesmas quanto das variáveis que permeiam os desfechos obstétricos, ainda mais no que se refere aos tipos de parto.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal. O estudo transversal, também denominado seccional, corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade (KLEIN; BLOCH, 2006).

4.2 Local do estudo

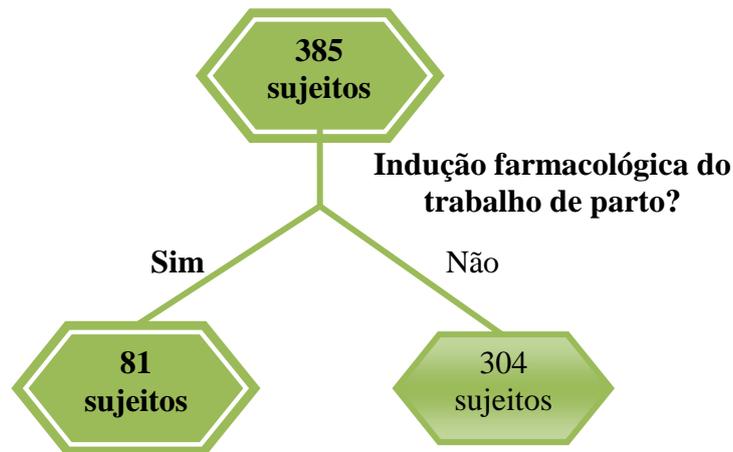
O projeto do qual este estudo faz parte, foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Internação Obstétrica (UIO), localizada no décimo primeiro andar - ala sul.

O HCPA é uma empresa pública de direito privado, referência em gestação de alto risco, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

4.3 Tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho amostral foi considerado o número total de nascimentos ocorridos no ano de 2010, conforme projeto original, no HCPA, com 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro. O *Software* utilizado foi o *Win Papi*. Assim, a amostra do projeto foi composta por 385 sujeitos. Destes, considerou-se aquelas mulheres que tiveram indução do trabalho de parto com misoprostol vaginal e com ocitocina, compondo-se de 81 sujeitos a amostra deste estudo.

Figura 4 – Fluxograma da composição da amostra



Fonte: Klediane D'Ávila Peixoto, 2013.

4.4 Seleção de sujeitos

Para seleção dos sujeitos do projeto, foram estabelecidos como critérios de inclusão: internação na sala de Pré-Parto (PP) da referida instituição, parto ocorrido no Centro Obstétrico (CO) da mesma, recém-nascido em IG \geq 37 semanas - conforme avaliação pelo método de Capurro somático (estimação da IG através da observação de cinco características físicas: forma da orelha, tamanho da glândula mamária, formação da aréola mamária, textura da pele e pregas plantares) (BRASIL, 2011b) e pelo menos 12h de pós-parto; e estabelecidos como critérios de exclusão: gestação múltipla, cesárea eletiva, mal formação fetal e óbito fetal.

Além destes, considerou-se como critério de inclusão do presente estudo: indução do trabalho de parto com misoprostol vaginal e com ocitocina.

4.5 Variáveis estudadas

Idade: em anos completos no momento da entrevista. Estratificou-se em três categorias – menos de 15 anos, 15 a 35 anos e mais de 35 anos (BRASIL, 2012b).

Escolaridade: em anos de estudo. Conforme as categorias – menos de cinco anos e a partir de cinco anos (BRASIL, 2012b).

Situação conjugal: auto-referida. Foram consideradas as seguintes categorias - tem

companheiro e não tem companheiro.

Paridade: número de filhos nascidos vivos ou mortos, independentes da via de nascimento. Categorizou-se em – nulípara, primípara, de dois a quatro filhos e múltípara (BRASIL, 2012b).

Classificação de risco gestacional: avaliação dos fatores de risco no período gravídico, realizada no PN. Foi categorizada em – risco habitual e alto risco (BRASIL, 2012b).

Consultas de PN: número de consultas durante a gestação. Segundo as categorias – menos de seis consultas e a partir de seis consultas (BRASIL, 2012b).

Indicação de indução do trabalho de parto: condição clínica na qual os benefícios de interrupção da gestação prevalecem aos de continuidade da mesma. Consideraram-se as seguintes categorias – IG a partir de 40 semanas, DHEG, RUPREME, oligoidrâmnio e RCIU (ACOG, 2009).

Gestação prolongada (pós-datismo): aquela cuja IG encontra-se entre 40 e 42 semanas (BRASIL, 2012b).

Gestação pós-termo: aquela cuja IG ultrapassa 42 semanas (BRASIL, 2012b).

DHEG: distúrbios hipertensivos que acometem a gestante, tais como hipertensão gestacional, hipertensão crônica, Pré-Eclâmpsia (PE) e hipertensão crônica com PE sobreposta (MARTINS-COSTA et al., 2011b).

RUPREME: ruptura das membranas amnióticas antes do início do TP (ACCETTA; JIMÉNEZ, 2011).

Oligoidrâmnio: diminuição do volume de líquido amniótico - Índice de Líquido Amniótico (ILA) < 5 cm (MAGALHÃES et al., 2011).

RCIU: crescimento fetal abaixo do percentil 10 para a IG (MAGALHÃES; FRITSCH, 2011).

Práticas de indução do trabalho de parto: estimulação das contrações uterinas antes do início espontâneo de TP (PASSOS et al., 2011). Foram consideradas as práticas de administração de misoprostol vaginal e de ocitocina.

Informação: comunicação oral dos profissionais para as mulheres quanto às práticas de indução do TP. Consideraram-se as categorias: sim (recebeu informação) e não (não recebeu informação).

Motivos: explicações fornecidas pelos profissionais para as mulheres quanto às práticas de indução do TP. As respostas das mulheres foram categorizadas em – aumentar a

contração, aumentar a dilatação, aumentar a dor, induzir o trabalho de parto, ajudar o bebê a nascer e amolecer o colo do útero.

Tipos de parto após indução: desfecho obstétrico relacionado à via de nascimento após cada prática de indução. Categorizados em – parto vaginal e cesárea.

4.6 Coleta de dados

Os dados primários foram obtidos no período de agosto a novembro de 2012, através de entrevista semi-estruturada, registros dos prontuários eletrônicos e físicos - maternos e neonatais e da planilha de ocorrências da área restrita do CO. Os dados que a participante não soube informar foram conferidos nos prontuários maternos e neonatais. As entrevistas foram realizadas diariamente, a partir de 12 horas de pós-parto, com todas as puérperas que contemplaram os critérios de seleção de sujeitos definidos para o projeto.

As informações de interesse para este estudo foram obtidas junto ao banco de dados do projeto de pesquisa “Práticas de Atendimento Implementadas Durante o Processo de Parturição”. Foram utilizados os dados referentes à caracterização da amostra, às indicações de indução do TP, às práticas de indução do TP, à informação e aos motivos quanto às práticas de indução e aos tipos de parto após indução.

4.7 Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva das variáveis pesquisadas, com apresentação através de tabelas e gráficos. As análises foram realizadas no software SPSS, versão 18.0.

4.8 Aspectos éticos

O projeto “Práticas de Atendimento Implementadas Durante o Processo de Parturição” foi submetido e aprovado, metodologicamente, pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EENF) da UFRGS (ANEXO A).

Por tratar-se de um projeto que envolveu seres humanos, tal projeto foi submetido,

para avaliação metodológica e ética, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, sendo aprovado de acordo com parecer nº 66852 (ANEXO B). As autoras do projeto assinaram um termo de responsabilidade onde se comprometeram a preservar as informações institucionais coletadas e a destiná-las somente para a execução do projeto.

Todas as puérperas que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - no caso de menores de 18 anos, o TCLE foi ser assinado por seu responsável, em duas vias iguais, no qual constaram os objetivos da pesquisa, o tempo estimado para responder ao instrumento de coleta (de 15 a 20 minutos), bem como a não existência de risco conhecido à saúde física e mental das mesmas, visto que não foi utilizada nenhuma forma de intervenção, a não ser a aplicação de um questionário. Foi assegurada à participante a confidencialidade da informação prestada e a possibilidade de desistir de participar, sem prejuízos à sua assistência na instituição.

Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos e sob responsabilidade da coordenadora da pesquisa.

Foram cumpridos os termos da resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Abaixo serão apresentados os resultados e discussão, conforme as categorias: caracterização da amostra, indicações de indução, práticas de indução, informação quanto às práticas de indução e tipos de parto após indução.

5.1 Caracterização da amostra

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas, reprodutivas e o pré-natal. Porto Alegre, RS, 2013. (n= 81)

Variável	(n)	(%)
Idade		
< 15 anos	01	1,2
15 a 35 anos	69	85,2
> 35 anos	11	13,6
Escolaridade		
< 5 anos	04	4,9
≥ 5 anos	77	95,1
Situação conjugal		
Tem companheiro	73	90,1
Não tem companheiro	08	9,9
Paridade		
Nulípara	46	56,8
Primípara	19	23,4
2 a 4 filhos	14	17,3
Multípara	02	2,5
Classificação de risco gestacional		
Risco habitual	59	72,8
Alto risco	22	27,2
Consultas de pré-natal		
< 6 consultas	11	13,6
≥ 6 consultas	70	86,4

Fonte: Klediane D'Ávila Peixoto, 2013.

Observa-se na Tabela 1 que, majoritariamente, as mulheres tinham idade entre 15 e 35

anos (85,2%), pelo menos cinco anos de escolaridade (95,1%) e companheiro (90,1%).

O resultado encontrado para a variável idade apresenta-se similar a outros estudos, nos quais houve prevalência de mulheres na faixa etária de 15 a 35 anos (64,7% a 92,0%) (PEREIRA et al., 2012; NARCHI et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2008; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008). Quanto à escolaridade, há diversas formas de categorização desta variável nas pesquisas, entretanto em todas elas encontrou-se que a maior parte das mulheres tinha mais de cinco anos de escolaridade, achado que converge para o resultado encontrado neste estudo (NARCHI et al., 2011; GOMES et al., 2010; SAKAE; FREITAS; d'ORSI, 2009; OLIVEIRA et al., 2008; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008). Muitos autores também verificaram que a maioria das mulheres tinha companheiro, no entanto a frequência para a variável situação conjugal neste estudo foi até 20% superior aos demais (GIGLIO; FRANCA; LAMOUNIER, 2011; GOMES et al., 2010; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008). Apenas o estudo de Narchi et al. (2011) teve maior prevalência, no qual a taxa de mulheres com companheiro chegou a 93,0%, porém a amostra foi composta de parturientes de um Centro de Parto Natural de um hospital privado de São Paulo, fato que pode estar relacionado à maior concentração de mulheres em situação conjugal estável.

As características sociodemográficas analisadas demonstraram resultados favoráveis (idade entre 15 e 35 anos, ter companheiro e ter, no mínimo, cinco anos de escolaridade), já que essas não são fatores de risco em saúde obstétrica (BRASIL, 2012b). Estas variáveis, que compõem parcialmente a classificação de risco gestacional, são inversamente proporcionais à mesma; por conseguinte, uma amostra com ausência ou baixa prevalência de fatores de risco, possivelmente está caracterizada por altas taxas de gestantes de risco habitual.

Ainda na Tabela 1, verifica-se que a maior parte das mulheres era nulípara (56,8%), foi gestante de risco habitual (72,8%), e realizou, no mínimo, seis consultas de PN (86,4%).

A maior prevalência de nuliparidade foi semelhante a alguns estudos, nos quais até 57,0% das parturientes eram nulíparas (PEREIRA et al., 2012; NARCHI et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2008) e ainda houve um estudo com maior número de primíparas (50,3%) (SAKAE; FREITAS; d'ORSI, 2009). Em relação ao PN, poucos autores apresentaram a classificação de risco gestacional, porém as taxas de PN de risco habitual foram semelhantes entre esta e outras pesquisas, nas quais ocorreram taxas de 68,3% e 70,4% (OLIVEIRA et al., 2008; SAKAE; FREITAS; d'ORSI, 2009). Houve equivalência nos achados sobre o número de consultas de PN, sendo que a maior frequência demonstrada nos estudos foi na categoria de, ao menos, sete consultas realizadas (PEREIRA et al., 2012; SAKAE; FREITAS; d'ORSI, 2009; OLIVEIRA et al., 2008).

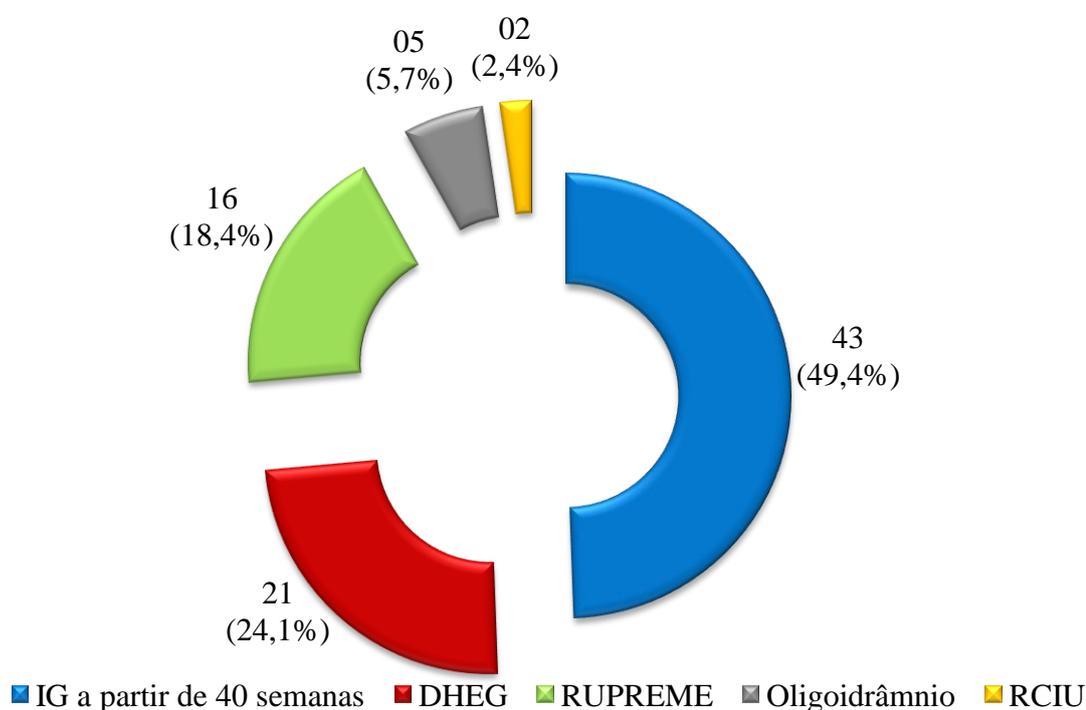
Da análise das características reprodutivas, destacou-se a presença de nulíparas, achado que provavelmente esteja relacionado ao panorama da inserção da mulher no mercado de trabalho, que se fortalece e estrutura uma nova identidade da população feminina, na qual as taxas de fecundidade sofrem decréscimo e também quando a decisão de postergar a gestação torna-se frequente. A ausência de experiência anterior de parto ou cesárea é um fator de risco gestacional, uma vez que não há histórico acerca da forma como o corpo responde às intensas adaptações anatômicas e fisiológicas que acometem os sistemas reprodutivo, tegumentar, metabólico, hematológico, entre outros (CUNNINGHAM et al., 2010). Então a nuliparidade como fator de risco necessita ser observada e avaliada em cada consulta de PN, de forma permanente e a partir de uma visão holística do processo gravídico (BRASIL, 2012b).

Quanto à análise das características pré-natais, a maior prevalência de gestantes de risco habitual ocorreu conforme o esperado, pois, a partir das variáveis estudadas, não se identificou predominância de fatores de risco gestacionais. Além do que, o quantitativo de consultas de PN, que é o principal indicador ao prognóstico do nascimento, mostrou-se de acordo com o que preconiza a OMS, sendo realizadas seis consultas ou mais (BRASIL, 2012b).

5.2 Indicações de indução

As indicações de indução do TP descritas no gráfico abaixo são condições clínicas que justificam a realização de indução (ACOG, 2009; PASSOS et al., 2011).

Gráfico 1 – Distribuição das indicações de indução do trabalho de parto. Porto Alegre, RS, 2013. (n= 87)



Fonte: Klediane D'Ávila Peixoto, 2013.

As condições clínicas mais frequentes foram: IG a partir de 40 semanas, que representou 49,4% da amostra; seguida pelas DHEG, com uma frequência de 24,1%; e pela RUPREME, numa prevalência de 18,4% (Gráfico 1).

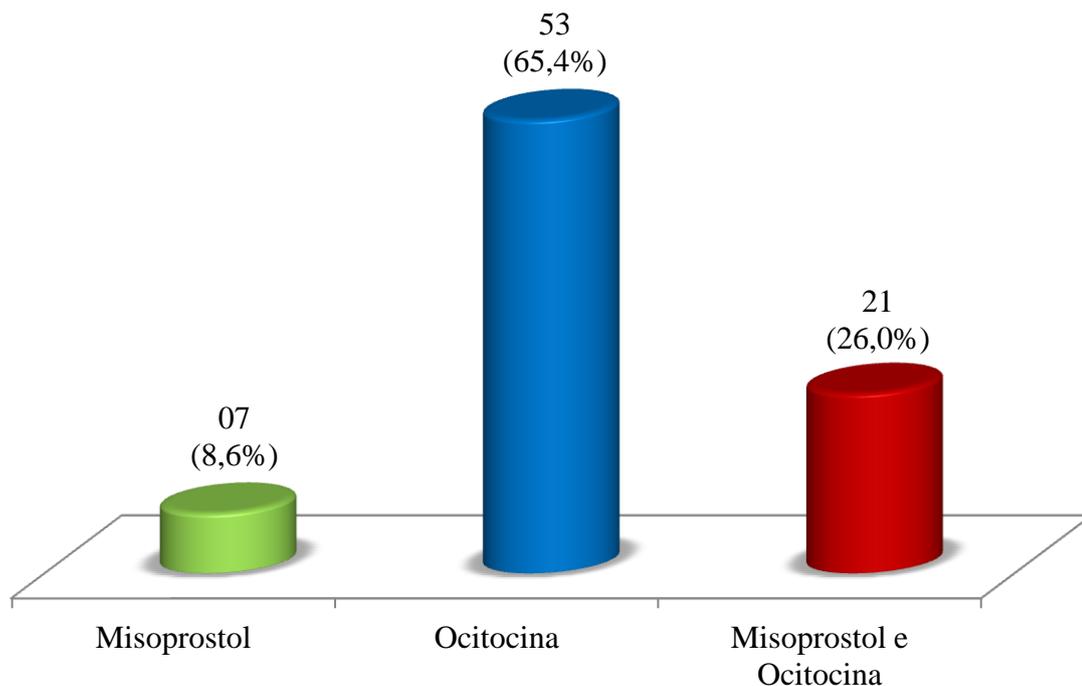
IG a partir de 40 semanas apresentou porcentagem aproximadamente até 300% maior quando comparado a outros estudos, nos quais se verificou que esta condição apresentou ocorrência de 16,8% a 43,7% (TAYLOR et al., 2012; ROUSE et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2010; GOMES et al., 2010). As DHEG foram apresentadas pelos autores através das variáveis hipertensão, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia e as frequências encontradas foram próximas, com resultados entre 19,0% e 33,8% (HARPER et al., 2012; ROUSE et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2010). Apenas uma pesquisa trouxe prevalência de 1,80% para as DHEG, entretanto a amostra era composta, exclusivamente, de mulheres com gestação de risco habitual (GOMES et al., 2010). A ocorrência de RUPREME como indicação de indução foi frequente em poucos estudos: 13,5% (ROUSE et al., 2011) e 58,8% (GOMES et al., 2010), sendo que estes últimos autores surpreenderam-se com a alta taxa encontrada, pois referenciaram que a RUPREME acomete geralmente de 2% a 18% das gestações.

Souza et al. (2010) em sua revisão de 46 artigos, buscando as melhores evidências

sobre a indução do TP, apresentou que gestação prolongada e RUPREME a termo são fortes indicações à indução. A prática de indução em gestação prolongada tem a capacidade de reduzir a mortalidade perinatal e a síndrome de aspiração meconial, sem aumentar a frequência de cesáreas, já a indução do TP em RUPREME pode diminuir o risco de corioamnionite, de endometrite e de admissão de neonatos na unidade de terapia intensiva (SOUZA et al., 2010).

5.3 Práticas de indução

Gráfico 2 – Distribuição das mulheres segundo as práticas de indução do trabalho de parto. Porto Alegre, RS, 2013. (n= 81)



Fonte: Klediane D'Ávila Peixoto, 2013.

Identifica-se no Gráfico 2 que o fármaco mais utilizado para indução do TP de forma isolada foi ocitocina, correspondendo à administração deste fármaco em 65,4% das mulheres. O uso isolado de ocitocina na indução do TP mostrou-se raro nas publicações atuais, na qual apenas dois estudos apresentaram a frequência dessa prática; um estudo com 1,7% de prevalência (GOMES et al., 2010) e outro com 52,8% (ROUSE et al., 2011), resultados de frequências ainda inferiores à encontrada.

Igualmente à ocitocina, o uso isolado de misoprostol, neste estudo com 8,6% de ocorrência, foi pouco presente na literatura, somente Gomes et al. (2010) trouxe a prevalência desta prática (37,0%). Ademais, os autores apresentaram evidências de que indução com misoprostol necessitou associação com ocitocina para evolução do TP (50% em média) e ainda, de que o fármaco é responsável pela ocorrência de 5,5% a 21,2% de taquissístolia durante o TP (OLIVEIRA et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2011; MÉNDEZ; NÚÑEZ; GARCÍA, 2012).

As pesquisas também apontaram que o principal fator relacionado ao sucesso da indução é a presença de colo uterino favorável, ou seja, a maturação cervical é apontada como determinante na evolução do TP e no desfecho da indução, não havendo evidências de benefícios em induzir sem preparar previamente o colo do útero (CUNHA, 2010; HARPER et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2011). Assim, já que misoprostol é o principal agente de maturação cervical e de indução do TP, o uso da ocitocina é postergado, sendo direcionado apenas ao aumento das contrações (CUNHA, 2010; GOMES et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2011).

Nossos achados demonstraram que apenas 26,0% das mulheres foram induzidas com associação dos fármacos, frequência abaixo das encontradas nas demais pesquisas, nas quais a prática de preparo cervical com prostaglandinas associada à administração de ocitocina teve prevalência de 47,2% a 61,3% (GOMES et al., 2010; HARPER et al., 2012; ROUSE et al., 2011).

Um estudo de coorte com 5.388 mulheres demonstrou que a evolução do TP para as mulheres induzidas ocorreu mais lentamente que para as mulheres com TP espontâneo, numa diferença de até 10 horas no tempo total de TP (HARPER et al., 2012). E outro estudo descreveu o TP induzido como adverso às saúdes da mãe e do feto (SAKAE; FREITAS; d'ORSI, 2009). Portanto, a escolha da prática de indução do TP deve considerar os parâmetros de saúde materna, matriz uterina, bem-estar fetal e riscos potenciais, de forma que seus efeitos sejam controlados e que assim, gradualmente, as práticas categorizadas como B pela OMS possam ser eliminadas (CUNHA, 2010; GOMES et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2010; OMS, 1996).

5.4 Informação quanto às práticas de indução

Tabela 2 – Distribuição das informações fornecidas quanto às práticas de indução do trabalho de parto. Porto Alegre, RS, 2013.

Variável	Isolado				Associado			
	Misoprostol (n= 07)		Ocitocina (n= 53)		Misoprostol (n=21)		Ocitocina (n=21)	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Informação								
Sim	07	100,0	51	96,2	21	100,0	17	80,9
Não			02	3,8			04	19,1
Motivos								
Ajudar o bebê a nascer			03	5,9				
Amolecer o colo do útero					02	9,5		
Aumentar a contração	01	14,3	42	82,3	01	4,8	13	76,5
Aumentar a dilatação			09	17,6	06	28,6	04	23,5
Aumentar a dor			03	5,9				
Induzir o trabalho de parto	06	85,7	05	9,8	18	85,7	01	5,9
Outros			02	3,9				

Fonte: Klediane D'Ávila Peixoto, 2013.

Em cada grupo de prática de indução, a maior parte das mulheres ou a totalidade delas recebeu informação quanto à prática implementada (Tabela 2). As maiores frequências apresentadas por cada grupo foram: 100,0% das mulheres induzidas com misoprostol receberam informação; 96,2% das mulheres induzidas com ocitocina foram informadas e, para as mulheres induzidas com ambos os fármacos, informaram 100,0% das mulheres quanto à administração de misoprostol e 80,9% das mulheres quanto à administração de ocitocina. Então, 22,9% das mulheres não receberam informação quanto à prática de indução com ocitocina – isolada e associada.

No Reino Unido até 40% das mulheres não recebem informações adequadas quanto à indução do parto e a indução farmacológica do TP é detestada por 80% das mulheres, de forma que a satisfação materna geral é baixa (NICE, 2008). No presente estudo, entre as mulheres que receberam informação (77,1%), as que foram induzidas com misoprostol, seja isoladamente ou em associação com ocitocina, responderam com maior frequência que o

motivo para a prática implementada era induzir o TP (85,7%), por outro lado, o motivo mais relatado por aquelas mulheres induzidas com ocitocina, seja de forma isolada ou associada com misoprostol, foi aumentar a contração (82,3% e 76,5% respectivamente).

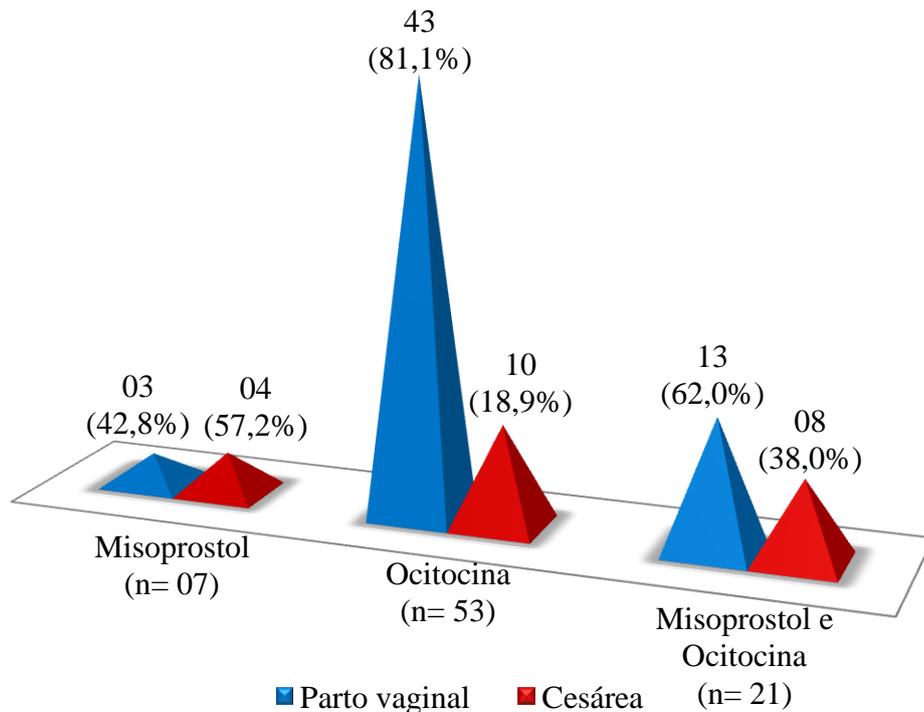
As mulheres que vivenciam evolução espontânea ou artificial do TP constituem duas populações distintas, pois a indução do TP está associada a intervenções tecnológicas adicionais (NICE, 2008). Desta forma, esse grupo diferenciado de mulheres deve ser informado quanto: à indicação da indução; aos procedimentos (quando, onde e como); aos métodos alternativos (ex. alívio da dor); aos riscos e aos benefícios (maternos e fetais) (NICE, 2008; SOUZA et al., 2010). Ainda mais, permitir que a mulher discuta as informações com seu acompanhante e incentivá-los a participar da tomada de decisão, permite o empoderamento acerca da situação e; por conseguinte, a aceitação da prática que será implementada, o autocontrole do corpo parturiente e a prevenção de complicações (CUNHA, 2010; NICE, 2008).

Um estudo identificou fatores associados à qualidade da atenção obstétrica em dois hospitais do Paraná e sugeriu que a relação profissional-paciente considerava que o grau de escolaridade da mulher definia a sua capacidade de apreensão das informações, julgando que a tentativa de explicação para mulheres de menor escolaridade seria infrutífera, portanto desnecessária (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008). Os autores ainda assinalaram a importância do investimento em educação das equipes de saúde, para implementação das práticas recomendadas pela OMS; e das gestantes, desde o pré-natal, para o desenvolvimento da autonomia sobre seus direitos sexuais e reprodutivos.

A informação é uma importante variável na indução do TP e uma prática categoria A de acordo com a OMS, porém possui escassas evidências sobre sua frequência e influência no processo de indução e os poucos estudos disponíveis sugerem que as mulheres sentem menos satisfação com a experiência de TP induzido quando comparado ao espontâneo (NICE, 2008; OMS, 1996).

5.5 Tipos de parto após indução

Gráfico 3 – Distribuição das mulheres segundo os tipos de parto após cada prática de indução do trabalho de parto. Porto Alegre, RS, 2013. (n= 81)



Fonte: Klediane D'Ávila Peixoto, 2013.

Apresenta-se no Gráfico 3 uma maior porcentagem de partos vaginais (81,1%) quando a prática de indução foi administração isolada de ocitocina. Assim como são raras as publicações acerca do uso isolado de ocitocina na indução do TP, também é pouco frequente a apresentação dos desfechos relacionados aos tipos de parto após esta prática de indução. Todavia, uma pesquisa que investigou 7.243 nascimentos objetivando analisar fatores associados à realização de cesáreas, identificou que o uso de ocitocina para fins de indução esteve associado com quase o dobro do risco de cesárea (SAKAE; FREITAS; d'ORSI, 2009).

O quantitativo superior de cesáreas nas mulheres induzidas somente com misoprostol (57,2%) está de acordo com o achado no estudo de Oliveira et al. (2011), no qual a prevalência de cesáreas chegou a 56,8%. A hipótese formulada pelos autores a respeito deste predomínio foi a seguinte: provavelmente a taquissístolia – neste estudo com ocorrência de 11,8%, contribua para o desenvolvimento de sofrimento fetal e, conseqüentemente, para a elevação das indicações de cesárea (OLIVEIRA et al., 2011).

No que concerne à prática de associação dos fármacos, autores ressaltam que viabilizar

a maturação cervical com um método de baixo custo, ampla acessibilidade e de fácil administração como o misoprostol embasa a realização de estudos prospectivos que visem à redução de prejuízos à saúde materno-fetal e de cesáreas desnecessárias (OLIVEIRA et al., 2010). Como demonstrado no presente estudo, a prática de indução com misoprostol e com ocitocina resultou num percentual de partos vaginais aproximadamente 63,0% maior que o percentual de cesáreas (62,0% *versus* 38,0%).

Os desfechos encontrados relacionados aos tipos de parto após indução podem ser interpretados como favoráveis, uma vez que a amostra constituiu-se também por mulheres que apresentavam fatores de risco em saúde obstétrica e ainda obteve-se predomínio global de partos vaginais (72,8%). Alguns autores encontraram as seguintes frequências de partos vaginais em seus estudos: 57,5% (OLIVEIRA et al., 2010), 68,6% (ROUSE et al., 2011) e 79,0% (TAYLOR et al., 2012).

Nicholson et al. (2009), em um estudo de coorte retrospectivo, comparou os resultados de 100 mulheres expostas a um novo modelo de cuidados obstétricos, com os de outras 300 mulheres que receberam o modelo usual de cuidados. O novo modelo consistia em realizar um levantamento dos fatores de risco de cada gestante durante o pré-natal e determinar a data ideal de nascimento através de uma escala, caso o TP não iniciasse espontaneamente até a data estipulada, realizava-se indução preventiva do TP. Através deste método os autores identificaram que o início do TP das mulheres expostas ocorreu antes que seus fatores de risco configurassem indicações de cesárea, então a taxa de cesáreas no grupo exposto foi de apenas 7,0% contra 20,3% no outro grupo de mulheres e os desfechos perinatais também foram favoráveis.

Apesar de algumas evidências sobre possíveis benefícios da indução do TP, principalmente no que diz respeito à redução de cesáreas desnecessárias, o seu início espontâneo é a forma mais eficaz de ocorrência do parto vaginal, pois a indução pode implicar em diversos desfechos desfavoráveis (OLIVEIRA et al., 2010). Quando comparados, o TP induzido, independente da prática implementada, oferece maior risco de cesárea, fato que ainda não possui razão clara, muito embora, de acordo com Harper et al. (2012), possa ser atribuído também aos profissionais de saúde e às suas práticas frente à indução do TP.

6 CONCLUSÕES

O processo de parturição é um momento singular, tanto pela possibilidade da parturiente em experimentar sensações sublimes quanto pela instabilidade de condição clínica materno-fetal que pode se apresentar. Nos casos em que certo desequilíbrio entre benefícios e malefícios da continuidade da gestação instala-se, a indução do trabalho de parto conquista o papel de uma ferramenta de reconstrução do processo de parturição, visando o bem-estar do binômio e o desencadeamento de parto vaginal.

É imprescindível, para a implementação das práticas de indução, a realização de uma avaliação criteriosa do estado clínico da gestante e do feto e o estabelecimento da indicação, do método e dos potenciais riscos, apoiando-se nas evidências científicas e de acordo com o grau de recomendação de cada prática (A, B, C ou D). Além disso, favorecer que parturiente e acompanhante sejam protagonistas do processo, a partir da compreensão das informações fornecidas e da tomada de decisões em conjunto, oportuniza evitar desfechos desfavoráveis e melhorar a percepção das mulheres acerca do trabalho de parto induzido.

A caracterização amostral deste estudo - em sua maioria mulheres de 15 a 35 anos, com escolaridade de, pelo menos, cinco anos, com companheiro, nulíparas, gestantes de risco habitual e que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, demonstrou uma população com mínimos fatores de risco em saúde obstétrica, embora tenham sido frequentes as DHEG como indicação de indução, além das também prevalentes idade gestacional a partir de 40 semanas e RUPREME. As práticas de indução implementadas demonstraram a predominância do uso isolado de ocitocina, bem como um quantitativo de partos vaginais maior após esta prática de indução e a falta de informação para 22,9% das mulheres nas quais foi administrada ocitocina.

Os resultados confirmam a presença de lacunas na utilização de práticas eficazes e que devem ser incentivadas (categoria A), assim como a tendência de práticas categoria B, que são as utilizadas de forma inadequada, necessitando de um controle rígido de seus efeitos e que; portanto, devem ser eliminadas. Apesar deste panorama desfavorável, os demais achados deste estudo e algumas evidências científicas convergem para a afirmação de que a indução do trabalho de parto de forma criteriosa é uma importante estratégia para a redução dos índices de cesáreas, uma vez que é possibilitado à mulher o início do trabalho de parto e o desencadeamento de parto vaginal.

Tais indicadores encontrados serão apresentados em retorno às equipes de saúde materno-infantil da instituição estudada, a fim de que subsidiem discussões acerca das

práticas que são implementadas, das novas evidências, de estratégias que visem garantir melhores indicadores, entre outras. Ademais, este estudo será suporte para publicações e exposições em eventos científicos, de forma que se estenda aos demais profissionais, podendo estimular novas pesquisas e novos olhares sobre a implementação das práticas de indução.

A enfermagem no contexto do ciclo gravídico-puerperal tem atuação importante nos desvelamentos acerca da qualificação pré-natal e da evolução fisiológica do trabalho de parto. No que concerne à indução do trabalho de parto, o profissional enfermeiro deve fornecer suporte emocional, informativo e cognitivo à parturiente e acompanhante e ainda mais, assumir conduta transdisciplinar frente às equipes multiprofissionais inseridas no cuidado à mulher, bebê e acompanhante durante o processo de parturição.

REFERÊNCIAS

- ACCETTA, S.G.; JIMÉNEZ, M.F. Ruptura prematura de membranas. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 09, p. 131-141, 904 p.
- ACOG – AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists n. 49. **Obstet. Gynecol.**, v. 102, n. 6, p. 1445-1454, 2003.
- ACOG – AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists n. 107. **Obstet. Gynecol.**, v. 114, n. 2, p. 386-397, 2009.
- BISHOP, E.H. Pelvic scoring for elective induction. **Obstet. Gynecol.**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 266-268, 1964.
- BRANCH, D.W.; SILVER, R.M. Managing the primary cesarean delivery rate. **Clinical Obstet. Gynecol.**, [S.l.], v. 55, n. 4, p. 946-960, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- _____. _____. _____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- _____. _____. _____. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- _____. _____. _____. **Portaria GM/MS nº569, de 1 de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.
- _____. _____. _____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. _____. _____. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.
- _____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 43, n.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRENNAN, D.J. et al. The singleton, cephalic, nulliparous woman after 36 weeks of gestation: contribution to overall cesarean delivery rates. **Obstet. Gynecol.**, [S.l.], v. 117, p. 273-279, 2011.

CARVALHO, R.L.; CHAVES, M.T.P.; SALAZAR, C.C. Parto Disfuncional. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 22, p. 329-341, 904 p.

CUNHA, A. A. Indução do trabalho de parto com feto vivo. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 469-480, 2010.

CUNNINGHAM, F.G. et al. **Williams obstetrics**. 23 ed. United States of America: McGraw-Hill, 2010.

ESPÍRITO-SANTO, L.C.; BERNI, N.I.O.; CÓRDOVA, F.P. Enfermagem em Obstetrícia. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 17, p. 262-273, 904 p.

FRIEDMAN, E.A. Labor: clinical evaluation and management. 2 ed. Nova York: Appleton, 1978 apud MARTINS-COSTA, S.H. et al. Assistência ao trabalho de parto. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011a. cap. 21, p. 311.

GIGLIO, M.R.P.; FRANCA, E.; LAMOUNIER, J.A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 297-304, 2011.

GOMES, K. Indução do trabalho de parto em primíparas com gestação de baixo risco. **Rev. Eletr. Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 360-366, 2010.

HARPER, L. M. et al. Normal progress of induced labor. **Obstet. Gynecol.**, Texas, v. 119, n. 6, p. 1113-1118, 2012.

HOFMEYR, G.J.; GÜLMEZOGLU, A.M.; PILEGGI, C. **Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour**. Cochrane Database Syst Rev, 2010.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual do recenseador PA – 1.09**: pesquisa de avaliação da cobertura da coleta. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

KLEIN, C.H.; BLOCH, K.V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MAGALHÃES, J. A. et al. Avaliação da saúde fetal. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 13. p. 188-222, 904 p.

MAGALHÃES, J. A.; FRITSCH, A. Crescimento intrauterino restrito. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 11. p. 156-174, 904 p.

MARTINS-COSTA, S.H. et al. Assistência ao trabalho de parto. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011a. cap. 21, p. 310-328, 904 p.

____. Doença hipertensiva na gravidez. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011b. cap. 34, p. 523-552, 904 p.

MÉNDEZ, D. N.; NÚÑEZ, D. C.; GARCÍA, A. M. O. Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto. **Medisan**, Cuba, v. 16, n. 5, p. 736-752, 2012.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. **Acta Paul. Enfermagem**, Paraná, v. 21, n. 4, p. 609-615, 2008.

NARCHI, N. Z. et al. Utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 311-322, 2011.

NICE. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. **Induction of labour: clinical guideline**. Londres: RCOG, 2008.

NICHOLSON, J. M. et al. The association between increased use of labor induction and reduced rate of cesarean delivery. **Journal of Women’s Health**, [S.l.], v. 18, n. 11, p. 1747-1758, 2009.

OLIVEIRA, M. I. C. et al. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 895-902, 2008.

OLIVEIRA, M. V. O. et al. Sonda de Foley cervical *versus* misoprostol vaginal para o preparo cervical e indução do parto: um ensaio clínico randomizado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [S.l.], v. 32, n. 7, p. 346-351, 2010.

OLIVEIRA, T. A. et al. Eficácia de dinoprostone e misoprostol para indução do trabalho de parto em nulíparas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 118-122, 2011.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Nações unidas: declaração do milênio**. Lisboa: United Nations Information Centre, 2000.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resolução CSP26.R13.: estratégia para redução da mortalidade e morbidade maternas. In: OPAS; OMS. **26ª Conferência Sanitária Pan-Americana**. Washington, D.C.: OPAS/OMS, 2004, p. 37-53.

PASSOS, E.P. et al. Indução do Parto. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 23 p. 343-353, 904 p.

PEREIRA, A. L. F. et al. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos. **Rev. Eletr. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 831-840, 2012.

PHILPOTT, R.H.; CASTLE, W.M. Cervicographs in the management of labour in primigravidae: the alert line for detecting abnormal labour. **Obstet. Gynecol.**, [S.l.], v. 79, p. 592-598, 1972a.

_____. Cervicographs in the management of labour in primigravidae: the action line and treatment of abnormal labour. **Obstet. Gynecol.**, [S.l.], v. 79, p. 599-602, 1972b.

ROUSE, D. J. et al. Failed labor induction. **Obstet. Gynecol.**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 267-272, 2011.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; d'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 43, n. 3, p. 472-480, 2009.

SOUZA, A. S. R. et al. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. **Femina**, [S.l.], v. 38, n. 4, p. 185-194, 2010.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; NORONHA NETO, C. Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor? **Femina**, [S.l.], v. 38, n. 5, p. 277-287, 2010.

TAYLOR, M. et al. Induction of labor in twin compared with singleton pregnancies. **Obstet. Gynecol.**, Nova Iorque, v. 120, n. 2, p. 297-301, 2012.

UNICEF. THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Documento do programa de país**. [S.l.]: Conselho executivo, 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/UNICEF_PL40Brasil_CPD_port_revised.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2013.

WATANABE, E. K. Evolução cronológica do conceito: duração da prenhez. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 2000. cap. 8.

ANEXO A - Parecer da Comissão de Pesquisa em Enfermagem



Sistema Pesquisa - Pesquisador: Claudia Junqueira Armellini

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Linhas de Pesquisa

- Projetos de Pesquisa
- Áreas de Atuação
- Bolsas de Pesquisa
- Programa de Iniciação Científica Voluntário
- Programa de Fomento à Pesquisa (auxílio)

Projeto Nº: 22387

Título: PRATICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURICAO

Projeto aprovado em 10/02/2012 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

[Vizualizar Parecer](#)

ANEXO B – Parecer Cosubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

PROJETO DE PESQUISA

Título: PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Área Temática:

Pesquisador: CLAUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI

Versão: 2

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

CAAE: 00680412.7.0000.5327

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 66852

Data da Relatoria: 01/08/2012

Apresentação do Projeto:

Durante a Cúpula do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas em setembro de 2000, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir a mortalidade materna até o ano 2015, meta que faz parte do 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2010). Sabe-se que o país não alcançará esta meta, e pressupõe-se que o modelo intervencionista de assistência ao parto esteja diretamente relacionado a este fato. Trata-se de um estudo transversal que pretende entrevistar 385 puérperas e coletar dados do prontuário eletrônico materno e do neonato. As entrevistas serão realizadas diariamente, após as primeiras 12 horas pós-parto.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição em um hospital escola da cidade de Porto Alegre/RS comparando-as com as recomendadas pela OMS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mulheres do estudo quanto a idade, escolaridade, paridade, situação marital e pré-natal.
- Caracterizar os recém-nascidos quanto ao peso, idade gestacional, escore de Apgar, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.
- Verificar a frequência das intervenções e cuidados aos quais os recém-nascidos foram submetidos.
- Identificar os procedimentos aos quais as mulheres foram submetidas durante o trabalho de parto e parto.
- Verificar a frequência do uso de métodos não farmacológicos para alívio à dor pelas mulheres durante o trabalho de parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto em si não apresenta riscos maiores, porém existe a possibilidade de desconforto pela entrevista em um momento tão delicado como as 12 horas após o parto.

Os possíveis benefícios seriam relacionados ao conhecimento gerado que poderia ser aplicado em futuras intervenções e beneficiar outras parturientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as pendências apontadas no parecer anterior foram adequadamente respondidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o TCLE foi alterado conforme solicitações do parecer anterior.