

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000710016>

INDUÇÃO DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: MÉTODOS E DESFECHOS

Soliane Quitolina Scapin¹, Vitória Regina Petters Gregório², Vânia Sorgatto Collaço³, Roxana Knobel⁴

¹ Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: solscapin@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: vitoriarp@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Enfermeira da Equipe HANAMI e do Hospital Universitário da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: parto.domiciliar@gmail.com

⁴ Doutora em Ciências Médicas. Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: rknobel@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: identificar as indicações de indução de trabalho de parto, as práticas utilizadas e os seus desfechos, em um Hospital Universitário do Sul do Brasil.

Método: estudo transversal. A população-alvo deste estudo foram 137 mulheres que foram internadas para a indução de trabalho de parto no período de janeiro a outubro de 2014. A análise dos dados foi realizada por meio de análise estatística simples, exploratória, e teste não paramétrico, adotando nível de significância de $p \leq 0,05$.

Resultados: a maioria (53%) das induções foi realizada por pós-datismo. Quanto aos métodos, destacou-se o uso do Misoprostol de 25mcg via vaginal em 46%, e também o uso do Misoprostol associado à Ocitocina em 28,4%. O Misoprostol foi mais associado a parto vaginal.

Conclusão: a indução, caso seja utilizada da maneira correta, é uma importante estratégia para a redução dos altos índices de cesarianas.

DESCRIPTORIOS: Trabalho de parto induzido. Trabalho de parto. Ocitocina. Misoprostol.

INDUCED LABOR IN A UNIVERSITY HOSPITAL: METHODS AND OUTCOMES

ABSTRACT

Objective: to identify the indications, practices and outcomes of labor induction, in a University Hospital of Southern Brazil.

Method: a cross-sectional study. The target population of this study were 137 women who were hospitalized for labor induction from January to October 2014. Data analysis was performed through simple, exploratory statistical analysis and non-parametric test, adopting a significance level of $p \leq 0.05$.

Results: most (53%) of the inductions were performed due to post-term pregnancy. As for the methods of induction, the use of Misoprostol of 25mcg administered via the vaginal route was found in 46% of cases and the use of Misoprostol in combination with Oxytocin was found in 28.4% of cases. Misoprostol was more associated with vaginal delivery.

Conclusion: Induction, if used correctly, is an important strategy for the reduction of high cesarean rates.

DESCRIPTORS: Induced labor. Labor. Oxytocin. Misoprostol

INDUÇÃO DO PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: MÉTODOS E RESULTADOS

RESUMEN

Objetivo: identificar las indicaciones de inducción de trabajo de parto, las prácticas utilizadas y sus resultados, en un Hospital Universitario del Sur de Brasil.

Método: estudio transversal. La población meta de este estudio fue de 137 mujeres que ingresaron para la inducción de trabajo de parto en el período de enero a octubre de 2014. El análisis de los datos fue realizado por medio de análisis estadístico simple, exploratorio, y prueba no paramétrica, adoptando nivel de significancia de $p \leq 0,05$.

Resultados: la mayoría (53%) de las inducciones fue realizada por post-datismo. En cuanto a los métodos, se destacó el uso del Misoprostol de 25 mcg vía vaginal en un 46%, y también el uso del Misoprostol asociado a Oxitocina en un 28,4%. El Misoprostol fue más asociado al parto vaginal.

Conclusión: la inducción, si se utiliza de la manera correcta, es una importante estrategia para la reducción de los altos índices de cesáreas.

DESCRIPTORES: Trabajo de parto inducido. Trabajo de parto. Oxitocina. Misoprostol.

INTRODUÇÃO

Em um contexto de humanização do parto e nascimento, de respeito aos direitos e desejos das mulheres e de práticas obstétricas baseadas em evidências, a indução do parto é um procedimento aceito e recomendado sempre que exista uma indicação para isso. Se bem indicada, a indução evitará, na realidade brasileira, a realização desnecessária de uma cesariana.¹⁻³

A indução do parto consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas antes de seu início espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto. Esta prática é recomendada para mulheres a partir da 22ª semana de gestação com o objetivo de promover o parto vaginal quando a continuação da gravidez significa risco materno-fetal maior do que a sua interrupção.² A prática de indução deve ser diferenciada da chamada condução, praticada durante o trabalho de parto, com o propósito de acelerá-lo, ocasião em que vários métodos podem ser usados simultaneamente.³

Embora a indução de parto seja utilizada desde a antiguidade, há cerca de 400 anos, os métodos naturais utilizados no passado, como óleo de rícino, eram pouco eficazes. Nos últimos dez anos, o conhecimento de novos métodos e a possibilidade de diagnósticos de complicações fetais cada vez mais precisos e precoces fizeram com que houvesse aumento vertiginoso de partos induzidos.^{3,4}

As indicações para a indução do parto podem ser classificadas em eletivas ou terapêuticas. São eletivas aquelas motivadas por conveniência do médico e/ou da gestante. Como essas "indicações sociais" não são fundamentadas em evidências ou diretrizes, aumentam os riscos materno e neonatal. Já as indicações terapêuticas são decorrentes do maior risco fetal pela permanência no útero, o que pode ocorrer devido aos anexos fetais, como a rotura

prematura das membranas ovulares ou infecção ovular; ao próprio feto (macrossomia, crescimento intrauterino restrito); às intercorrências clínicas maternas (por exemplo: as Síndromes Hipertensivas da Gestação e os tipos de Diabetes); e à idade gestacional (gravidez prolongada).⁵⁻⁶

Na atualidade, existem diversas alternativas de métodos e medicamentos para o preparo cervical e indução do parto. Podem-se classificar os métodos de indução do parto em mecânicos ou farmacológicos. Os métodos mecânicos implicam a utilização de manobras e dispositivos para a indução, incluindo os cateteres transcervicais, dilatadores cervicais higroscópicos (laminária), infusão salina extra-amniótica, descolamento das membranas e amniotomia.⁶

Já os métodos farmacológicos incluem o uso de substâncias que atuam sobre o útero. O efeito sobre o colo uterino manifesta-se pela alteração dos elementos que compõem o Índice de Bishop (que avalia o amadurecimento do colo), e sobre o corpo uterino, pelo desencadeamento de contrações uterinas. Atualmente, são utilizadas com esse fim a Ocitocina e as Prostaglandinas, em especial o Misoprostol (Prostaglandina E1).⁶

Diante das diversas opções de métodos e indicações de indução do parto, ainda a literatura científica é limitada e sem um consenso definido. A escolha de método ou dose do medicamento, via e intervalo de administração ainda variam muito. Por isso, é importante ter conhecimentos claros sobre os desfechos maternos e neonatais, devendo ser indicado em situações clínicas e/ou obstétricas apropriadas para evitar iatrogenias.^{3,7}

Por conseguinte, com o intuito de conhecer os métodos e desfechos utilizados na prática obstétrica local, e visando a melhoria na assistência às mulheres e ao conceito durante todo o processo de parturição, verificou-se a necessidade de realizar esta

pesquisa, objetivando-se identificar as indicações de indução de trabalho de parto, as práticas utilizadas e os seus desfechos em um hospital universitário do Sul do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo. A população-alvo foram mulheres que foram internadas para indução de trabalho de parto em um Centro Obstétrico (CO) de um hospital universitário do Sul do Brasil, no período de janeiro a outubro de 2014.

Foram incluídas no estudo gestantes com idade mínima de 18 anos, internadas com feto vivo, gestação acima de 22 semanas e indicação médica de indução de trabalho de parto. Foram excluídas as parturientes que chegaram à maternidade em trabalho de parto ativo e/ou que internaram para inibição do trabalho de parto e aquelas com indicação eletiva de cesárea.

O cálculo amostral foi realizado por meio do número total de induções, que ocorreram de janeiro a outubro de 2014. Este dado foi obtido através do livro de registro de admissões da unidade em questão. Estimou-se que, das 1.394 internações que ocorreram no período escolhido, 15% representam as induções do trabalho de parto. Dessa forma, esse estudo considerou 209 mulheres que foram submetidas à indução do trabalho de parto. Assim, foi obtido o cálculo amostral, com intervalo de confiança de 95%, sem perda amostral, chegando a uma amostra de 137 mulheres.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada no setor de Serviço de Pronto-atendimento do Paciente, o qual se encontra nas dependências do hospital, no período de junho a setembro de 2015. Os dados foram coletados por meio de um formulário, que incluiu variáveis sociodemográficas, histórico obstétrico, dados obstétricos atuais e desfecho da gestação atual.

A amostragem foi probabilística do tipo aleatória simples sem reposição. Dessa forma, os prontuários foram identificados a partir do livro de registro de nascimentos do CO, considerando-se o primeiro nascimento do ano de 2014 como o prontuário de número 1. Em seguida, foram selecionados os prontuários com o número correspondente na lista de aleatorização. Após este processo, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Desse modo, os prontuários que não atenderam aos critérios foram substituídos pelo de número subsequente registrado no livro de nascimentos do CO.

A análise dos dados foi realizada por meio de análise estatística simples, exploratória e, também, teste não paramétrico, adotando nível de significância de $p \leq 0,05$. Ainda, para verificar se houve diferença estatística entre as variáveis, foi aplicado o teste Chi-quadrado. O programa utilizado foi o R 3.0.1®.

Os aspectos éticos estão de acordo com a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob número do CAAE: 42934114.3.0000.0118.

RESULTADOS

Fizeram parte da pesquisa 137 mulheres, com idade mínima de 18 anos e máxima de 45 anos. A mediana de idade foi 27 anos. Observou-se que, do total de gestantes (137), a maioria delas cursou o ensino médio (55,4%) e exerce uma atividade remunerada (60,5%). Em relação aos dados obstétricos, nota-se que 53,2% eram núlparas, 81% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Ademais, a maioria das participantes estava com idade gestacional igual ou acima de 41 semanas no momento da internação (Tabela 1).

Todas as participantes realizaram pelo menos uma Ultrassonografia (USG) durante a gestação e 74 (54%) realizaram esse exame antes da 14ª semana de gestação. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a idade gestacional (IG) pela data da última menstruação (DUM) e pelo USG.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e obstétricas das gestantes. Florianópolis, Santa Catarina, 2015

	Características	n (%)
Idade	18 a 35 anos	123 (87,6)
	> 35 anos	17 (12,4)
Escolaridade	Ensino Fundamental	38 (27,7)
	Ensino Médio	76 (55,4)
	Ensino Superior	23 (16,7)
Paridade	Núlpara	73 (53,2)
	Primípara	48 (35)
	Múltipara	16 (11,6)
	Estudante	7 (5,1)
Ocupação	Do lar	40 (29,1)
	Remunerado	83 (60,5)
	Não informado	7 (5,1)
Consultas de pré-natal	<6 consultas	26 (19)
	≥ 6 consultas	111 (81)

Características		n (%)
Idade gestacional (USG)	< 37 semanas	10 (7,2)
	37 a 40 semanas 6 dias	61 (44,5)
	≥ 41 semanas	66 (48,2)
Idade gestacional (DUM)	<37 semanas	12 (8,7)
	37 a 40 semanas 6 dias	47 (34,3)
	≥ 41 semanas	56 (40,8)
	Incerta	22 (16,1)
Antecedente obstétrico	Cesariana	23 (16,7)
	Parto vaginal	41 (29,9)

Na amostra estudada, não houve induções eletivas, ou seja, todas foram justificadas por condições clínicas. Em relação aos motivos da indução do parto: 72 (53%) foram realizadas por pós-datismo, 33 (24%) por síndromes hipertensivas da gestação, 10 (7,3%) por oligodramnio, 10 (7,3%) por ruptura prematura de membranas (RUPREMA) e 3 (2,1%) por restrição de crescimento intrauterino (RCIU). Ainda, 1 (0,7%) esteve relacionada à pós-datismo e síndrome hipertensiva da gestação ou pós-datismo e oligodramnio. Os demais 7 (5,1%) casos foram por outras indicações obstétricas.

Quanto aos métodos de indução, foram analisadas todas as práticas utilizadas no CO estudado. Destaca-se o uso do Misoprostol de 25mcg via vaginal em 63 (46%) pacientes, e também o uso do Misoprostol de 25mcg anterior ao uso da Ocitocina em 39 (28,4%) das induções. Em relação à quantidade utilizada de Misoprostol, obteve-se uma média de 2,7 Misoprostol para cada gestante, sendo o mínimo utilizado um comprimido de 25mcg e o máximo 8 comprimidos da mesma dosagem.

Em relação ao desfecho da indução, dos casos analisados 60 (43,8%) evoluíram para cesariana e 77 (56,2%) para parto vaginal. Quando se analisa o método utilizado, percebe-se que o uso da sonda Foley culminou em uma taxa de cesariana de 70% e o uso do Misoprostol associado à Ocitocina obteve 76,9% de partos normais (Tabela 2).

Tabela 2 - Métodos de indução de parto e seus desfechos. Florianópolis, Santa Catarina, 2015

Métodos de indução	Total n (%)	Parto vaginal n (%)	Cesariana n (%)
Sonda Foley	10 (7,4)	3 (30)	7 (70)
Misoprostol	63 (46)	36 (57,2)	27 (42,8)
Ocitocina	12 (8,7)	4 (33,4)	8 (66,6)
Sonda Foley + Ocitocina			
Misoprostol + Ocitocina	13 (9,4)	4 (30,7)	9 (69,2)
	39 (28,4)	30 (76,9)	9 (23,1)

Ao analisar a ocorrência do parto normal, observa-se que o uso do Misoprostol apresentou um desfecho estatisticamente significativo em relação aos outros métodos (Tabela 3).

Tabela 3 - Percentual da utilização do método de indução de acordo com o desfecho de parto vaginal e valor do teste de Chi-quadrado. Florianópolis, Santa Catarina, 2015

Utilização do método de indução	n	%	Chi-quadrado		
			x ²	df	p
Ocitocina	64	49,35			
Misoprostol	102	85,71	90,85	5	<0,01
Sonda Foley	23	9			

Quanto aos desfechos neonatais, a maioria dos recém-nascidos nasceu a termo e 91,2% tiveram índice de Apgar maior ou igual a 7 no primeiro minuto de vida. Em relação ao destino, 93,5% foram ao alojamento conjunto junto à mãe (Tabela 4).

Tabela 4 - Desfechos de recém-nascidos de mulheres submetidas à indução de parto. Florianópolis, Santa Catarina, 2015

	Desfechos neonatais	n (%)
Apgar 1º min	≥ 7	125 (91,2)
Apgar 5º min	≥ 7	134 (97,8)
Capurro	37 a 40 semanas e 6 dias	94 (68,6)
	≥ 41 semanas	34 (24,8)
	< 37 semanas	9 (6,5)
Destino	Alojamento Conjunto	128 (93,5)
	Neonatologia	9 (6,5)

Observou-se que os valores de Capurro foram concordantes com a idade gestacional pelo USG e/ou DUM em 65% dos casos. Os 35% restantes mostraram-se divergentes, sendo este valor estatisticamente significativo (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos métodos de cálculo de idade gestacional de acordo com o Capurro e valor do teste de Chi-quadrado. Florianópolis, Santa Catarina, 2015

Utilização do método de cálculo idade gestacional	n	%	Chi-quadrado		
			x ²	df	p
Ultrassom	91	66,42			
Data da última menstruação	90	65,69	28,28	3	<0,01

DISCUSSÃO

Em relação ao perfil obstétrico das participantes, verificou-se que a maioria delas era nulípara. Esse dado é semelhante ao encontrado em revisão sistemática a qual descreve que mulheres que estão vivenciando a primeira gestação são mais submetidas à indução.⁴

Quanto ao acompanhamento de pré-natal, a maioria das mulheres realizou seis ou mais consultas, estando de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.⁸ Ademais, sabe-se que as regiões Sul e Sudeste contam com uma melhor assistência pré-natal e ampla cobertura da população-alvo quando comparadas com os demais lugares do Brasil.⁹

Acrescenta-se que mais da metade das mulheres estudadas (54%) realizaram USG antes de 14 semanas de gestação, o que permite uma definição precisa da IG, fundamental nos extremos da viabilidade fetal. A distinção entre uma gestação pós-data ou não se apoia na variação de dias da IG estimada; por isso, a predição da IG a partir da medida do comprimento crânio-caudal fetal entre a 11^a e a 14^a semana tem um erro de, no máximo, uma semana.¹⁰

Embora nesta amostra não tenha havido diferença estatística entre a IG pela DUM e pela USG, sabe-se que, quando comparada à data do primeiro dia do último ciclo menstrual a parâmetros ultrassonográficos de primeiro trimestre, o ultrassom permite uma redução significativa no número de induções de parto por diagnóstico equivocado de Pós-datismo.¹⁰

Apesar de a maioria das mulheres ter realizado USG precoce (54%) quando comparado o Capurro do recém-nascido com a idade gestacional pela USG e pela DUM, houve diferença estatística, ou seja, cerca de 35% dos Capurros avaliados não tiveram relação com a idade gestacional (tanto pela DUM quanto pela USG). Cabe destacar que como não foi possível avaliar a diferença em dias ou semanas entre essas variáveis a interpretação precisa deste dado fica comprometida.

Em relação às indicações da indução, a maioria (53%) das pacientes induziu por Pós-datismo, 24% por Síndromes Hipertensivas da Gestação, 7,3% por Oligoidrâmnio e por RUPREMA e 2,1% RCIU. Cabe salientar que esses achados são semelhantes aos encontrados em outros estudos.^{4-5,7}

No que diz respeito ao Pós-datismo (≥ 41 semanas), há controvérsias quanto à melhor conduta obstétrica, visto que a literatura disponível consiste de ensaios clínicos randomizados que compararam a indução a partir de 41 semanas *versus* a conduta expectante com monitorização do bem-estar fetal.^{4,6-7}

Em relação ao número de semanas ideal para indução do parto, as diretrizes de obstetrícia do Canadá e do Reino Unido recomendam a indução do parto para mulheres após 41 semanas, destacando-se que pode ser optado pela conduta expectante, com monitoramento fetal. Estudos indicam que uma política de indução rotineira com 41 semanas de gestação resultaria em 240 induções por 1.000 gestantes em comparação com 90 por 1.000 na indução com 42 semanas e quatro por 1.000 com 43 semanas. Além disso, sabe-se que apenas em 5% das mulheres a gestação se estende além da 42 semanas e que o índice de morte perinatal é baixo (416 induções para evitar uma morte perinatal).^{4,11-16}

Outro achado importante está relacionado ao número de induções por Pós-datismo, que foi diferente se comparado com a idade gestacional igual ou acima de 41 semanas, tanto pela DUM quanto pela USG. Essa diferença pode estar relacionada a induções realizadas antes de 41 semanas, o que não é recomendado pelas evidências científicas atuais, visto que estas sugerem conduta expectante e avaliação do bem-estar fetal e induções de parto entre 41 e 42 semanas completas, avaliando individualmente cada caso juntamente com a gestante.¹²⁻¹⁴

Quanto à indução por Síndromes Hipertensivas da Gestação, pesquisas mostram uma taxa de indução entre 19% e 33,8%, dados compatíveis com os encontrados neste estudo e, quando se trata de Pré-eclâmpsia leve em gestações a termo, não existem evidências suficientes que comparem a indução com a conduta expectante. Já em Pré-eclâmpsia grave, a indução é fortemente indicada, com nível de evidência A, pois a conduta expectante está relacionada com o aumento da morbidade neonatal.^{5,15-16}

Em relação à indicação de indução de parto por Oligoidrâmnio, devem ser avaliados os fatores de risco gestacional para, posteriormente, definir a melhor conduta. É necessário descartar, a partir do seu diagnóstico, os quadros de rotura prematura das membranas ovulares, doenças maternas (Síndromes Hipertensivas, Doenças Autoimunes, Diabetes com Vasculopatia, etc.), restrição de crescimento intrauterino, malformações e infecções fetais, além de confirmar a idade gestacional. Não há indicação rotineira de resolução da gravidez, já que esta prática incrementa as taxas de cesarianas, sem diminuir a admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal ou o sofrimento fetal. A indução do parto está indicada na vigência de sofrimento fetal ou na impossibilidade de controle adequado da vitalidade fetal, além dos casos refratários à tentativa de conduta conservadora.¹⁷

Quanto à RUPREMA, sabe-se que 60% das mulheres com ruptura precoce de membranas no termo entrarão em trabalho de parto dentro de 24 horas. Em relação à indução do trabalho de parto, é aconselhado que seja realizada dentro das 24 horas após a ruptura; porém, pode-se optar pela conduta expectante, com acompanhamento da temperatura materna e do bem-estar fetal, por um período de tempo de até 96 horas.^{5,18}

Essa recomendação é embasada no aumento das complicações associadas à ruptura das membranas, como infecção materna e neonatal, prolapso de cordão, frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, resultando em cesarianas, e baixo escore de Apgar. Uma revisão sistemática comparou a indução eletiva do parto à conduta expectante (esperar o início do trabalho de parto espontâneo) e concluiu que nenhuma diferença significativa foi observada entre os grupos quanto à frequência de cesariana. Por outro lado, a indução do parto reduziu significativamente o risco de corioamnionite ou endometrite, além de diminuir o risco de internação na unidade de terapia intensiva neonatal.⁵

Em relação à RCIU, não existem evidências suficientes a respeito da melhor conduta; no entanto, acredita-se que a indução de parto reduza a mortalidade perinatal.⁵

Quanto aos métodos de indução do parto, destacou-se o uso do Misoprostol de 25 mcg via vaginal em 46%, e também o uso do Misoprostol de 25 mcg associado à Ocitocina em 28,4% das induções. Neste caso, primeiramente, utiliza-se o Misoprostol intravaginal; em seguida, após verificar colo uterino favorável, inicia-se o uso da Ocitocina endovenosa.

Um dos medicamentos mais utilizados atualmente para indução de parto é o Misoprostol. Uma revisão sistemática incluiu 70 ensaios clínicos utilizando Misoprostol vaginal para indução do parto com feto vivo, observando-se que esta medicação se associou com a melhoria do amadurecimento cervical. Ainda, seu uso reduziu significativamente a necessidade de utilização da Ocitocina e maior frequência de partos vaginais nas primeiras 24 horas da indução. Entretanto, encontrou-se uma frequência maior de taquissístolia, hiperestimulação uterina com alterações da frequência cardíaca fetal. A conclusão dos autores é que o Misoprostol vaginal é mais efetivo do que os métodos convencionais para amadurecimento do colo e indução do parto.¹⁹

A dose atualmente recomendada de Misoprostol é 25 mcg a cada 4 ou 6 horas, embora doses diferentes possam ser utilizadas em casos selecionados. O estudo mostra que, se for utilizada a dose de 25mcg de 6 em 6

horas, a possibilidade de alterações da contratilidade uterina é pouco relevante e que os resultados tanto para as gestantes como para os recém-nascidos são amplamente favoráveis, o que comprova a efetividade e a segurança da aplicação do Misoprostol.¹⁹⁻²⁰

Em estudo clínico sobre o amadurecimento do colo uterino e a indução do parto, os autores compararam o Misoprostol ao placebo, tendo-se observado eficácia de 87,5% com o Misoprostol e de 21,1% com o placebo.⁶

No que diz respeito ao uso isolado da Ocitocina, houve uma taxa de cesariana de 66,4%. Há, também, evidência que relaciona o sucesso da indução usando a Ocitocina isolada, com paridade, idade gestacional, condições do colo, ruptura das membranas e apresentação fetal.⁶

Deve-se, ainda, mencionar que a revisão sistemática incluiu 58 ensaios clínicos e 11.129 mulheres, comparou o uso isolado de Ocitocina intravenosa para amadurecimento cervical e indução do parto com diversos outros métodos de indução. Observou-se que o parto vaginal não ocorreu em 54% dos casos dentro das primeiras 24 horas quando se empregou a conduta expectante, contra apenas 8,3% no grupo da Ocitocina intravenosa. Todavia, observou-se um aumento significativo na frequência de cesarianas no grupo que recebeu Ocitocina. Dessa forma, sugere-se que a Ocitocina seja usada após a utilização de outro método ou agente que amadureça o colo uterino, visto que aumentaria a chance de sucesso da indução do parto.²¹

Quanto ao desfecho da indução de parto, analisando-se o método de indução em relação ao desfecho de parto vaginal, percebeu-se que foi estatisticamente significativo, uma vez que o Misoprostol foi o método utilizado que mais resultou em parto vaginal. Resultado semelhante foi encontrado em estudo que comparou o uso isolado da Ocitocina com Misoprostol via vaginal. A Ocitocina esteve associada com maior insucesso na obtenção do parto vaginal, e a frequência de parto vaginal foi significativamente maior no grupo do Misoprostol (72,7%) em relação à Ocitocina (45,5%) quando não se considerou o estado de integridade das membranas. Quanto há membrana rota, ambas as intervenções são igualmente eficazes; assim, podem ser recomendadas como método de indução.²²

Ainda, quando comparado o uso de 50 mcg de Misoprostol vaginal, administrado em duas doses com intervalo de 6 horas, com altas doses de ocitocina, 6mU/min, para indução do trabalho de parto, observando-se o desencadeamento do trabalho de parto em 80% das pacientes no grupo

do Misoprostol e 33,3% no grupo da Ocitocina. Não foram encontradas diferenças entre os grupos em relação a outros desfechos maternos e aos desfechos perinatais; entretanto, o risco de corioamnionite foi menor com a Ocitocina.²²

Em relação ao menor índice de falha, quando comparado o Misoprostol à aplicação simples de sonda de Foley e Ocitocina, constatou-se que o Misoprostol vaginal foi mais efetivo.²²

Quanto à indução com sonda Foley (cateter com balão insuflado), os resultados mostraram alta taxa de cesariana, um percentual de 70%, quando usada isoladamente e 69,2% quando associada à Ocitocina. Destaca-se que todas as pacientes que induziram com sonda Foley tinham antecedente obstétrico de cesariana. O desfecho da indução é relatado em revisão de literatura que mostra que, dos estudos analisados, somente um não mostrou evidência de alteração no risco de cesariana. Além disso, 11 estudos compararam o cateter à Prostaglandina com risco maior de cesariana. O risco de não ocorrência do parto vaginal em 24 horas foi maior com o cateter. Por fim, dois estudos compararam o cateter com a Ocitocina, demonstrando menor o risco de cesariana no grupo do cateter.⁶

Estudo de intervenção analisou os desfechos da indução com a sonda Foley. Os resultados demonstraram uma taxa de cesariana de 77%. Essa alta incidência de cesáreas pode ter ocorrido em razão da pequena amostra, da tendência de alguns plantonistas em realizar nova cesariana nas mulheres com cesariana prévia e, também, devido à presença de síndromes hipertensivas, que cursaram com 6 pacientes submetidas à cesariana por picos hipertensivos.²³

Ademais, um estudo randomizado comparou a utilização da sonda Foley com o Misoprostol. Os resultados demonstram que a indução com sonda Foley é mais lenta quando comparada com o misoprostol ($p < 0,05$). Ainda, não houve diferenças significativas em relação à taxa de parto vaginal entre os grupos. Quanto aos recém-nascidos, houve diferença significativa, com maior média de Apgar no quinto minuto quando a indução foi realizada com sonda Foley. Os autores concluíram que a utilização do cateter de Foley transcervical é tão eficaz como o misoprostol vaginal para indução do trabalho de parto.²⁴

Em relação aos desfechos neonatais, independentemente do método utilizado para indução (sonda Foley, Misoprostol e Ocitocina), houve resultados favoráveis; afinal, 91,2% dos recém-nascidos apresentaram Apgar maior ou igual a 7 no primeiro minuto, demonstrando a qualidade da assistência ao parto e, conseqüentemente, as condições favoráveis

de vitalidade dos recém-nascidos.²⁵ Convém citar que apenas 6,5% tiveram como destino a UTI neonatal e que que a maioria destes casos relacionava-se com a prematuridade.

CONCLUSÃO

Apesar de a taxa de cesárea deste estudo ainda estar acima daquela recomendada pela Organização Mundial da Saúde, os resultados são condizentes com a realidade brasileira e confirmam a tendência de que a indução do trabalho de parto é uma importante estratégia para a redução dos seus altos índices.

Em relação aos métodos utilizados para a indução, embora a melhor dose e o controle dos seus efeitos colaterais não estejam ainda bem estabelecidos, o uso do Misoprostol, associado ou não à Ocitocina, garantiu maior taxa de parto vaginal, proporcionando boa vitalidade para o neonato. Percebe-se a necessidade de mais estudos sobre os métodos de indução de parto para proporcionar cada vez mais segurança e desfechos maternos e neonatais favoráveis.

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas: a amostra estudada foi limitada, não permitindo avaliações e conclusões precisas sobre a maior forma de induzir o trabalho de parto; algumas informações estavam mal registradas ou não se encontravam registradas nos prontuários, o que comprometeu a análise de mais variáveis.

Apesar das limitações, este estudo trouxe resultados que corroboram com outras pesquisas. Além disso, os dados foram comparados, em sua maioria, com dados internacionais, uma vez há poucos estudos públicos sobre indução de parto e seus desfechos na realidade brasileira. Em razão disso, recomenda-se que mais pesquisas sejam realizadas utilizando outras realidades e outros métodos a fim de proporcionar o aprimoramento das condutas obstétricas, o que evidentemente beneficiará o binômio materno-fetal.

REFERÊNCIAS

1. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. Deciding the route of delivery in Brazil: themes and trends in public health production. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 8]; 25(1):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>
2. The American College of Obstetric and Gynecologists. Labor Induction. *Obstet. Gynecol.* 2012 [cited 2017 Apr 2]. Available from: <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Labor-Induction>

3. Souza GN, Sakita M, Lopes V, Ferreira DQ, Mohamed SHM, Souza E. Métodos de indução do trabalho de parto. *Femina* [Internet]. 2013[cited 2015 Oct 10]; 41(1):47-54. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3781.pdf>
4. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term (Review). In: *The Cochrane Library*. 2012;1.
5. Souza ASR, Costa AAR, Coutinho I, Neto CN, Amorim MMR. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Femina* [Internet]. 2010 [cited 2015 out 10]; 38(4):185-94. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>
6. Cunha AA. Indução do trabalho de parto com feto vivo. *Femina* [Internet]. 2010 [cited 2015 out 10]; 38(9):469-80. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a469-480.pdf>
7. Moore J, Low LK. Factors that influence the practice of elective induction of labor: what does the evidence tell us? *J Perinat Neonatal Nurs*. 2012; 26(3):242-50.
8. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMTF, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2015 out 10];30(1):S85-S100. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>
9. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
10. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016.
11. Santos I, Ramalho C. Elective induction of labor at 39 weeks vs expectant management of pregnancy: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Port* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 02]; 10(3):215-227. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n3/v10n3a06.pdf>
12. Hussain AA, Yakoob MY, Imdad A, Bhutta ZA. Elective induction for pregnancies at or beyond 41 weeks of gestation and its impact on stillbirths: a systematic review with meta-analysis. *BMC Public Health*. 2011; 13(3):11-35.
13. NSW Health Guideline. Maternity management of pregnancy beyond 41 weeks gestation. Sydney: NSW Health [Internet], 2014 [cited 2017 Apr 02]. Available from: http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2014_015.pdf
14. Mandruzzato G, Alfirevic Z, Chervenak F, Gruenebaum A, Heimstad R, Heinonen S, et al. Guidelines for the management of postterm pregnancy. *J Perinatal Med*. 2010;38:111-9.
15. Taylor M, Rebarber A, Saltzman DH, Klauser CK, Roman AS, Fox NS. Induction of labor in twin compared with singleton pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*. 2012; 120(2):297-301.
16. Rouse DJ, Weiner SJ, Bloom SL, Varner MW, Spong CY, Ramin SM, et al. Failed labor induction: toward an objective diagnosis. *Obstet Gynecol*. 2011; 117(2):267-72.
17. Zimmermann JB, Totti HKSB, Pereira MP, Oliveira PL, Polisseni F, Drumond DG, et al. Oligoidrânio isolado em gestação a termo: qual a melhor conduta? *FEMINA* [Internet]. 2010 [cited 2015 Oct 15]; 38(4):203-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a005.pdf>
18. Ministério da Saúde (BR). Diretriz Nacional de Assistência ao Parto normal. Brasília; editora do ministério da saúde, 2016 [cited 2017 Mar 03]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
19. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 1, 2009*. Oxford. 2009.
20. Santos Filho AG, Andrade VM, Miranda VR. O uso do misoprostol para indução do parto de feto vivo. *FEMINA* [Internet]. 2009 [cited 2015 Oct 15]; 37(8): 25-39. Available from: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav37n8p433-6.pdf>
21. Kelly AJ, Tan B. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2009*. Oxford: Update Software.
22. Tabasi Z, Behrashi M, Mahdian M. Vaginal misoprostol versus high dose of oxytocin for labor induction: a comparative study. *Pak J Biol Sci*. 2007; 10(6):920-3.
23. Souza AS, Medeiros Junior WM, Araújo BB, Coelho IC, Guerra GV. Mechanical method of induction of labor in high-risk pregnant women with previous cesarean section. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015; 37(3):127-32
24. Rosado-Tovar M, Reyna-Villasmil E, Santos-Bolívar J, Mejía-Montilla J, Reyna-Villasmil N, Fernández-Ramírez A. Transcervical foley catheter or vaginal misoprostol for induction of term pregnancy labor: a randomized trial. *Avan Biomed* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 2]; 5(3): 129-37. Available from: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/biomedicina/article/view/7981>
25. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Maternal and child risk factors associated with neonatal mortality. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 8]; 25(4):e2290015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002290015>

Correspondência: Soliane Quitolina Scapin
Universidade Federal de Santa Catarina - Departamento de Enfermagem
Campus Reitor João David Ferreira Lima
88040-900 - Trindade, Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: solscapin@gmail.com

Recebido: 18 de abril de 2016
Aprovado: 13 de julho de 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons (CC BY)