

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO: INDICAÇÕES E DESFECHOS.

INDUCTION OF CHILD LABOR IN A HIGH RISK MATERNITY: INDICATIONS AND OUTCOMES.

Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão¹, Thaís Conceição da Silva Marques², Josenilde Damascena de Oliveira¹, Maria Cristina Santos Santana³, Chalana Duarte de Sena Fraga¹

Universidade do Estado da Bahia¹, Hospital Dom Malan – Fundação Professor Martiniano Fernandes², Fundação Estatal Saúde da Família - FESF SUS³,

Abstract

Objective: the objective of the article is to describe the main gestational indications and obstetric and neonatal outcomes of labor inductions that took place from January to November of 2019, in an obstetric referral service in the São Francisco Valley. Methodology: Quantitative, cross-sectional study with an exploratory-descriptive character, carried out with medical record 244 women submitted to the induction process in a high risk maternal and child hospital, located in the São Francisco Valley, Pernambuco. Results: The most used method was misoprostol (85.7%), most (28.7%) of the indications were performed by pre

eclampsia, 61.9% of women evolved to vaginal delivery, only 4.9% presented complications; 81.6% of Rns were born with good vitality. Conclusion: Induction, if indicated and used correctly, is an important strategy for reducing high rates of cesarean sections and has favorable maternal-fetal outcomes.

Keywords: Labor, Induced; Pregnancy; Labor, Obstetric; Uterine Contraction.

Resumo

Objetivo: o objetivo do artigo é descrever as principais indicações gestacionais e os desfechos obstétricos e neonatais das induções de trabalho de parto ocorridas nos meses de janeiro a novembro do ano de 2019, num serviço de referência obstétrica do Vale do São Francisco. Metodologia: Estudo quantitativo, transversal de caráter exploratório-descritivo, realizado com prontuário de 244 mulheres submetidas ao processo de indução em um Hospital materno-infantil de alto risco, localizado no Vale do São Francisco, Pernambuco. Resultados: O método mais utilizado foi o misoprostol (85,7%), a maioria (28,7%) das indicações foram realizadas por pré-eclâmpsia, 61,9% das mulheres evoluíram para o parto vaginal, apenas 4,9% apresentaram complicações; 81,6% dos Rns nasceram com boa vitalidade. Conclusão: A indução, caso seja indicada e utilizada da maneira correta, é uma importante estratégia para a redução dos altos índices de cesarianas e apresenta desfechos favoráveis materno-fetal.

Palavras-chave: Trabalho de parto induzido; Gestação; Trabalho de parto; Contração uterina.

Introdução

No contexto atual de humanização do parto e nascimento, de respeito aos direitos e desejos das mulheres e de práticas obstétricas baseadas em evidências, a indução do trabalho de parto é um procedimento recomendado. Se bem indicada, a indução evitará, na realidade brasileira, a realização desnecessária de uma cesariana¹.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil ocupou até pouco tempo, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas, sendo assim, a indução do parto, especialmente nas gestações de alto risco, representa uma estratégia importante para redução das taxas de cesariana, que aumentaram progressivamente nas duas últimas décadas na maioria dos países².

A indução do trabalho de parto consiste em utilizar métodos mecânicos ou farmacológicos para artificialmente iniciar as contrações uterinas maternas, com o objetivo de promover a dilatação cervical e a descida da apresentação fetal, em mulheres com mais de 22 semanas de idade gestacional e que tenham indicação para parto vaginal ou que possuam alguma indicação clínica ou obstétrica para interromper a gestação³. 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 simultaneamente⁴.

Na atualidade, existem diversas alternativas, baseadas em evidências científicas, de métodos e medicamentos para o preparo cervical e indução do parto. Porém, antes de iniciar a indução do trabalho de parto devem ser avaliadas: idade gestacional, Índice de Bishop para considerar a necessidade de amadurecimento do colo uterino, apresentação fetal, estado das membranas (íntegras ou rotas, quando aumenta o risco de infecção ovular), bem-estar fetal e anomalias fetais⁵.

Várias são as indicações para a indução do trabalho de parto como gestações prolongadas, síndromes hipertensivas, ruptura prematura das membranas ovulares, diabetes, alterações de líquido amniótico, corioamnionite, crescimento intrauterino restrito, óbito fetal, entre outros³. A indução do trabalho de parto não é isenta de riscos, e suas possíveis complicações são a falha da indução, ruptura uterina, infecção intracavitária, prolapso de cordão umbilical, prematuridade iatrogênica, sofrimento ou morte fetal e falha da indução⁵.

A falha da indução é definida quando o

trabalho de parto não é deflagrado, podendo ocorrer em aproximadamente 10% das gestantes, a depender do método e da definição utilizada pelos autores^{4,5}. Temos frequentemente o uso de métodos mecânicos e farmacológicos, utilizados em conjunto ou separadamente, a exemplo da sonda de Foley, do misoprostol e da ocitocina. O uso de cada elemento deve ser avaliado individualmente, sendo que se observa com frequência a utilização do misoprostol na dose de 25 mcg de 4 em 4 horas (até um máximo de 6 doses ou colo com escore de Bishop > 6 ou fase ativa do trabalho de parto). Já o uso da sonda de Foley deve ser removida 24 horas após a sua colocação em casos de não expulsão espontânea, e a ocitocina só deve ser utilizada quando o colo apresentar condições favoráveis, ou seja, escore de Bishop > 6, assim, a indução pode ser mais bem sucedida, a depender do uso assertivo do método utilizado^{2,3}.

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. Sendo assim, é necessária uma avaliação criteriosa para realização de qualquer procedimento de indução do parto, indo desde a indicação correta da antecipação do parto, a determinação do escore de Bishop, a ausência de contraindicações e riscos, a escolha do melhor método, até as situações clínicas especiais¹.

A indução do trabalho de parto é pouco discutida na literatura, entretanto vem sendo muito utilizada como alternativa para o desfecho do parto vaginal, quando a antecipação do nascimento pode melhorar desfechos maternos e neonatais. Por conseguinte, é prudente que conheçamos quais as indicações e os possíveis desfechos do processo de indução, assim a compreensão desses fatores pode ajudar a reduzir eventuais falhas de indução, bem como as complicações do parto induzido, com consequente melhoria na assistência.

Com base no exposto, o objetivo do artigo é descrever as principais indicações gestacionais e os desfechos obstétricos e neonatais das induções de trabalho de parto ocorridas nos meses de janeiro a novembro do ano de 2019, num serviço de referência obstétrica do Vale do São Francisco.

Metodologia

O estudo em questão é transversal de caráter exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa. Foi realizado no Hospital materno-infantil de nível terciário, onde é referência para 55 municípios que compõem a rede pública de saúde do Vale do São Francisco, localizado no município de Petrolina, cidade polo do sertão Pernambucano²². A fonte de dados deste estudo foi constituída por prontuários de gestantes que foram admitidas no Hospital em questão e que tiveram indicações para indução do trabalho de parto no período de janeiro a novembro do ano de 2019.

Foram incluídos no estudo os prontuários de gestantes maiores de 18 anos, com idade gestacional acima de 22 semanas, que tiveram feto vivo e com indicação clínica para indução do trabalho de parto. Foram excluídos os prontuários das pacientes que deram entrada no hospital em trabalho de parto e que necessitaram apenas de condução ou de mulher com diagnóstico de alguma anomalia cardíaca pois este tipo de condição materna pode provocar alterações nos batimentos cardíacos fetais e levar a um viés de diagnóstico de falha de indução. Também, foram excluídos os prontuários descritos que no momento do processo de indução as pacientes tenham desistido configurando assim uma cesariana a pedido.

O cálculo amostral foi realizado através do programa OPEN EPI⁶ por meio do número total de induções, que ocorreram de janeiro a novembro de 2019. Este dado foi obtido através do livro de registro de admissões da unidade em questão, totalizando 667 prontuários. Para o círculo amostral, foi considerado um intervalo de

confiança de 95%, sem perda de amostral, obtendo uma amostra final de 244 prontuários de mulheres que foram submetidas a indução de trabalho de parto.

A coleta de dados foi realizada no setor de Serviço de Prontuário do Paciente (SAME), assim como no sistema de prontuário eletrônico MV PEP. Os dados foram coletados por meio de um formulário, que incluiu variáveis sociodemográficas e clínico obstétricas, motivo para indicação de indução do trabalho de parto, método de indução utilizado, desfechos maternos e desfechos fetais. Obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel for Windows- 2010 e depois analisados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS-versão 16). Posteriormente, foram submetidos às análises estatísticas de frequência absoluta n ° e relativa %.

Os aspectos éticos estão de acordo com a resolução 466/12 7, 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: 27356719.8.0000.5201.

Resultados

Fizeram parte da pesquisa 244 mulheres com idade mínima de 18 anos e máxima de 48 anos. A mediana de idade foi de 25 anos. Observou-se que do total de gestantes 39,3% (96) se autodeclararam pardas, 46,3% (113) afirmaram estar em União estável, 54,1% (132) concluíram ou estão cursando o Ensino médio, 30,7% (75) afirmaram como ocupação serem agricultoras.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de gestantes indicadas para o processo de indução. Petrolina, PE.

Características sociodemográficas	N	%
Faixa etária		
18 - 35 anos	139	57
Acima de 35 anos	105	43
Escolaridade		
Sem escolaridade	9	3,7
Fundamental	70	28,7
Ensino Médio	132	54,1
Ensino Superior	33	13,5
Raça		
Parda	96	39,3
Branca	53	21,7
Amarela	4	1,6
Preta	90	36,9
Indígena	1	0,5
Estado civil		
Casada	62	25,4
Solteira	69	28,3
União Estável	113	46,3
Ocupação		
Do lar	45	18,4
Estudante	51	20,9
Autônoma	56	23
Agricultora	75	30,7
Outros	17	7

Fonte: Silva, et al., 2020.

Quanto às características obstétricas, observa-se que 52,5% (128) já tinha uma gestação anterior, sendo que das já tinham vivenciado um parto, 88,9% (64) haviam sido vaginais. 61,1% (149) se encontrava entre 38 a 42 semanas gestacionais no momento da admissão. Em relação à clínica associada, 23,4% (57) foram admitidas com o diagnóstico de diabetes gestacional, seguidos por hipertensão gestacional com 20,1% (49) das pacientes, 17,2% (42) apresentaram pré-eclâmpsia, 15,2% (37) com hipertensão crônica, assim como outras comorbidades apresentadas na tabela 2 abaixo.

Tabela 2 - Histórico clínico e obstétrico de gestantes indicadas para o processo de indução. Petrolina, PE.

Características clínicas obstétricas	N	%
Gestação		
1 gestação	116	47,5
2 a 3 gestações	89	36,5
4 a 5 gestações	32	13,1
Maior do que 5 gestações	7	2,9
Paridade		
Nenhum parto	116	61,7
1 parto	30	16
2 a 5 partos	33	17,5
Mais que 5 partos	9	4,8
Aborto		
Nenhum	188	77
Um	46	18,9
Dois a cinco	10	4,1

Via de parto anterior

Vaginal	64	88,9
Cesariana	8	11,1

Idade gestacional

22 semanas a 34s	6	2,5
35 semanas a 37s	89	36,5
38 semanas a 42s	149	61

Clínica associada

Diabetes gestacional	57	23,4
Hipertensão gestacional	49	20,1
Pré-eclampsia	42	17,2
Outros	41	16,8
Hipertensão crônica	37	15,2
Overt Diabetes	13	5,3
Diabetes	5	2

Bishop

1 a 5	200	82
6 ou maior que 6	44	18

Apresentação

Cefálico	240	98,4
Pélvico	4	1,6

Estados das membranas

Íntegra	100	41
Rota	144	59

Consultas pré-natal

Menos que 6	151	61,9
Mais que 6	93	38,1

Fonte: Silva, et al, 2020.

Ainda de acordo com a tabela 2, na amostra não houve indicações de induções eletivas, ou seja, todas as indicações foram justificadas por condições clínicas, sendo que a diabetes gestacional foi à condição clínica que teve mais indicações para indução com 23,4% (57) das pacientes, seguida da hipertensão gestacional com 20,1% (49), 17,2% (42) por pré-eclâmpsia, e 16,8% (41) por outras causas.

A tabela 3 apresenta os métodos de indução utilizados, onde é possível observar que o uso do misoprostol por via vaginal ocorreu em 85,7% (209) das gestantes que induziram o trabalho de parto. Logo em seguida, com o número de 9,4% (23) gestantes fizeram o uso do método da associação do misoprostol por via vaginal com a ocitocina. Sonda de Foley foi o método menos utilizado no processo de indução, apenas 2,5% (6) gestantes fizeram o uso deste método.

Tabela 3 - Métodos utilizados e indicações para o processo de indução. Petrolina, PE.

Métodos de indução	N	%
Métodos *		
Misoprostol	209	85,7
Misoprostol + Ocitocina	23	9,4
Ocitocina	6	2,5
Sonda de Foley	6	2,5
Indicações		
Pré-eclâmpsia	70	28,7
Diabetes gestacional	58	23,8
Pós-datismo	43	17,6
RPMO	21	8,6
CIUR	21	8,6
Hipertensão gestacional	15	6,1
Hipertensão crônica	10	4,1
Outros	6	2,5

Fonte: Silva, *et al.*, 2020.

*Levando-se em consideração apenas aos métodos que são realmente utilizados no local onde se aplicou a pesquisa, visto que existem outros métodos para realização de indução do trabalho de parto, porém não utilizados na instituição.

Em relação ao desfecho da indução, a tabela 4 aponta que, 61,9% (151) gestantes evoluíram para o parto vaginal, 34,4% (84) foram para cesariana por falha de indução, 3,7% (9) evoluíram para o parto vaginal instrumentado com fórceps. A minoria das participantes apresentou alguma complicação no pós-parto, quando observamos as complicações maternas após o processo de indução, notamos que 4,9% (12) apresentaram complicações, sendo que 2,4% evoluíram para uma hemorragia pós-parto, 1,7% para infecções pós-parto e as outras 0,8% não foram especificadas em prontuário quais complicações.

Quanto aos desfechos neonatais, 54,9% (134) tinham bebês entre 3000 a 4000 kg, 81,6% (199) tiveram índice de apagar no primeiro e quinto minuto maior do que 7, e a maioria 75% (183) teve o destino ao alojamento conjunto junto com a mãe.

Tabela 4 - Desfechos obstétricos e neonatais. Petrolina, PE

Desfechos obstétricos e neonatais	N	%
Via de Parto		
Parto vaginal	151	61,9
Cesariana	84	34,4
Parto instrumentado	9	3,7
Complicações maternas		
Não apresentou complicações após a indução	232	95,1
Apresentou complicações após a indução	12	4,9
Peso ao Nascer		
Abaixo de 1500 kg	11	4,5
1500 a 2500 kg	12	4,9
2500 a 3000kg	76	31,2

Continuação ...

3000 a 4000kg	134	54,9
Acima de 4000kg	11	4,5
APGAR		
0 a 3	2	0,8
4 a 6	43	17,6
7 a 10	199	81,6
Reanimação		
Não	219	89,8
Sim	25	10,2
Desconforto respiratório		
Não	134	54,9
Sim	110	45,1
Anomalias Fetais		
Não	232	95,1
Sim	12	4,9
Destino do recém-nascido		
Alojamento conjunto	183	75
Berçário	49	20,1
UTI neonatal	12	4,9

Fonte: Silva, et al, 2020.

Discussão

O estudo demonstrou que a indicação para indução do trabalho de parto se deu principalmente entre primíparas (61,7%), convergindo com a literatura existente que descreve que mulheres que estão vivenciando a primeira gestação são mais submetidas ao processo de indução⁸. Sobre isto, a OMS, em seu sumário de recomendações⁹ aponta que, a maioria das primíparas, além de demorar mais para desencadear o trabalho de parto de forma espontânea, são as que mais apresentam comorbidades que são propensas a indução.

61,9% das mulheres realizaram menos de seis consultas de pré-natal, estando em desacordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde¹⁰. Salienta-se que a Organização Mundial de Saúde recomenda desde 2018 um mínimo de seis consultas de pré-natal^{9,10}. Nesta perspectiva, o estudo sobre a adesão pré-natal e desfecho gestacional aponta que captação precoce da gestante para as consultas de pré-natal e o acesso ao número adequado conforme preconizado de consultas, estão relacionados a melhores desfechos na saúde materno-infantil, a saber: maior identificação do tipo de gestação e escolha da via do parto, melhor peso do RN ao nascer, e índice de apgar favorável no 1 e 5 minutos²¹.

É necessário, avaliar as semanas gestacionais ao qual a indicação para indução foi realizada. Para a indução, é necessária uma avaliação criteriosa da idade gestacional visando melhor sobrevida fetal, caso possível, a indução pode ser utilizada a partir das 22 semanas gestacionais, classificada como terapêutica quando há riscos maternos e fetais para continuidade da gestação. É necessário seguir os protocolos de interrupção, acima de 37 semanas, a fim de evitar a iatrogenia de um parto prematuro¹¹. Nesta direção, o estudo aponta que 61% das interrupções aconteceram em gestantes com idade gestacional acima de 37 semanas e as outras que não aconteceram, foram justificadas por condições clínicas maternas e fetais.

O desafio da eficácia da indução do trabalho de parto é a cérvix uterina imatura. Para avaliar qual o grau de maturação cervical e assim definir qual o melhor método a ser utilizado, utiliza-se a escala de Bishop, que pontua a dilatação, apagamento, consistência do colo do útero, assim como a apresentação fetal. Um escore maior ou igual a seis, demonstra como cérvix desfavorável e um Bishop maior que 6 demonstra uma cérvix favorável. Assim, a

dependendo do escore, define-se qual o melhor método de indução a ser utilizado¹¹. Dentro do estudo foi achado que a maioria tinha o índice de Bishop < 6, nesse sentido, de acordo com a literatura o método mais adequado seria o misoprostol e que acabou sendo o método mais usado para as participantes.

Quanto aos métodos de indução, o mais utilizado foi o misoprostol com 85,7%, o que corrobora com a literatura, onde é considerado os medicamentos mais utilizados atualmente para indução de parto. Em uma revisão sistemática incluiu 70 ensaios clínicos utilizando Misoprostol por via vaginal, no qual foi observado que o mesmo se associou com a melhoria do amadurecimento cervical e o seu uso reduziu significativamente a necessidade de utilização da Ocitocina e maior frequência de partos vaginais nas primeiras 24 horas da indução¹⁵.

Em relação às indicações de indução do parto nos resultados encontrados, 38,9% da indicação é por síndromes hipertensivas gestacionais, sendo a pré-eclâmpsia a maior delas 28,7%, divergente da literatura, na qual predomina a gestação prolongada como principal indicação¹². É importante citar que a instituição onde a pesquisa foi realizada é um centro de gestação de alto risco, favorecendo a presença de pacientes que se enquadram nesse perfil.

As principais indicações para indução do parto são: gestação prolongada, síndromes hipertensivas, oligodrâmio, ruptura prematura de membranas, corioamnionite, diabetes, isoimunização fetal e restrição do crescimento fetal. Estima-se que mais de 15% de todas as gestantes podem apresentar alguma indicação de indução do parto^{8,9}. O que corrobora com as indicações realizadas para indução com feto vivo na instituição onde ocorreu a pesquisa e os resultados mostrados aqui.

A segunda maior indicação com 23,8% (58) das gestantes no estudo é o Diabetes gestacional. Segundo a RCOG¹³ e ACOG¹⁴ que fizeram uma revisão sistemática, onde relatam que o número de casos de indução por diabetes gestacional tem aumentado nos últimos tempos, recomendam que na gestação de mulheres diabéticas a indução seja realizada antes da data provável do parto. Em um ensaio clínico com 200 gestantes diabéticas, comparou-se a indução do trabalho de parto na 38ª semana de gravidez com a conduta expectante até a 42ª semana. Observou-se um risco menor de macrossomia nas gestantes submetidas à indução do parto nas 38ª semanas.

No que diz respeito ao Pós-datismo (≥41 semanas), 17,6% gestantes foram indicadas a

indução por este motivo. Na literatura há controvérsias quanto a 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 fetal¹⁵. Esses ensaios clínicos sugerem que a indução eletiva do trabalho de parto a partir de 41 semanas de idade gestacional está associada à diminuição do risco de cesariana e líquido meconial tinto. Entretanto, há quem discorde, e outra revisão sistemática mostra que a conduta ideal da gestação a partir de 41 semanas é a expectante com monitorização fetal rigorosa¹⁶.

Quanto à indicação por RPMO, sabe-se que 60% das mulheres com ruptura prematura das membranas ovulares no termo, entrarão em trabalho de parto dentro das próximas 24 horas, no entanto, se a escolha da paciente e avaliação do obstetra seja pela conduta expectante e não pela indução (caso não entre espontaneamente), é importante que sinais vitais maternos, avaliação fetal sejam feitas de forma constante e rigorosa¹⁵. Quando essa rotura acontece antes do termo, a indução do parto não deveria ser utilizada antes da 34ª semana, a não ser que haja indicação obstétrica adicional, como infecção ou óbito fetal. A indução do trabalho de parto em pacientes com rotura de membranas ovulares em gestações com IG de 37 semanas ou mais é indicado a indução do trabalho de parto tendo em vista que reduz a incidência de corioamnionite, endometrite e infecções neonatais. No caso de gestações com IG entre 34 e 36 semanas e 6 dias, os benefícios em adiar a indução do trabalho de parto são mínimos em relação aos riscos de complicações resultantes de infecções materno-fetais, como sepsse neonatal¹⁷.

Na suspeita de crescimento intrauterino uterino restrito, a indução do parto pode ser realizada mediante vigilância da frequência cardíaca fetal (FCF), porém não existem evidências científicas suficientes a respeito do melhor manejo, porém acredita-se reduzir a mortalidade perinatal¹⁵.

O Misoprostol por via vaginal é mais efetivo do que os métodos convencionais para amadurecimento do colo e indução do parto, além de fácil aplicabilidade, já que seu custo é inferior a qualquer outro método farmacológico, tem tempo de meia-vida alargado, é de fácil administração e não requer refrigeração para estocagem. Entretanto, existem riscos maternos e fetais, que precisam ser bem avaliados durante a indução com misoprostol, como

hiperestimulação uterina com alterações da frequência cardíaca fetal, parto taquitócico e etc¹⁸. Atualmente a dose recomendada de misoprostol é de 25 mcg a cada 4 ou 6 horas.

Em relação ao uso isolado da ocitocina, a taxa foi baixa comparado ao uso associado da ocitocina e misoprostol. Quando o colo uterino é imaturo, a indução do parto apenas com a utilização da ocitocina está associada à percentual elevado de partos prolongados, de doses elevadas com o risco de intoxicação hídrica, de falhas e, conseqüentemente, aumento da incidência de cesáreas. 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 parto¹⁹.

No Brasil no ano de 2011 foi realizado um estudo que concluiu que a associação de misoprostol vaginal com ocitocina tem melhor resultado em comparação com o uso isolado com misoprostol em gestantes com colo imaturo e a termo²⁰.

Ainda na perspectiva do uso da ocitocina, destaca-se uma ação positiva da instituição estudada quanto a racionalidade do uso do fármaco, apenas seis induções identificadas por ocitocina. Estudos demonstram que a ocitocina não tem função primordial de amadurecer colo uterino¹⁵.

Quanto ao uso da sonda de Foley, percebe-se que apresenta baixa frequência de uso como método de escolha para indução do parto. Esse achado corrobora com outras evidências descritas na literatura, onde mostram que apesar de ter uma boa eficácia, ainda o seu uso se restringe a pacientes com cesariana anterior, ou, fetos que não apresentam viabilidade. É o único método mecânico que continua sendo utilizado, ele age não somente por meio da ação mecânica, mas também liberando prostaglandinas. Portanto, a sonda de Foley é efetiva para indução do parto, cursando com menor frequência de taquissístolia, porém, alguns autores apontam para um maior risco de infecção materna e neonatal associado ao uso dos métodos mecânicos em comparação com os métodos farmacológicos¹¹.

Quanto aos desfechos do processo de indução, 61,9% das gestantes evoluíram para o parto vaginal após o processo de indução. A literatura nos traz que a utilização de métodos para a indução do trabalho de parto de acordo com a indicação e com a avaliação do melhor método de forma individualizada para cada paciente, é bastante eficaz e vale à pena a utilização dos mesmos, a fim de reduzir o

número de cesarianas e melhor prognóstico materno e fetal^{8,17}.

Apesar da maioria das pacientes em indução, evoluírem para o parto vaginal, o número de mulheres que foram para cesariana, 34,4%, é considerado um número alto, visto que a taxa de cesariana encontrada em um estudo identifica a taxa de cesariana proveniente dos partos induzidos em 22,79%, um número bem menor em relação a taxa de cesariana analisados nesse estudo. Além disso, observou-se que 72,39% evoluíram para o parto vaginal e 4,81% fórceps ou vácuo extrator²⁴.

A indução do trabalho de parto não é isenta de riscos. Podem ocorrer como complicações maternas: Ruptura uterina, infecção intracavitária, falha da indução, infecção uterina, além de que a indução do trabalho de parto pode estar associada ao aumento da incidência de trabalho de parto precipitado e hemorragia pós-parto³. Sendo assim, o estudo em questão traz dados onde, 4,9% das pacientes apresentaram complicações após o processo de indução, apesar de ser um número pequeno, devemos levar em consideração, pois o processo de indução não é livre de riscos como mostra a literatura.

Em relação aos desfechos neonatais, o estudo mostrou que independentemente do método utilizado para indução, houve resultados favoráveis; afinal, 81,6% 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. Esses achados corroboram com estudos que dizem que, apesar das chances de apresentar alguma complicação fetal, o desfecho após o processo de indução, cerca de 70% é positivo, ficando os RNs em alojamento conjunto, sem necessidade de terapias ventilatórias¹.

Considerações finais

Os métodos utilizados para indução do trabalho de parto neste estudo, foram considerados eficazes, embora muitos ainda não estejam bem estabelecidos na literatura quanto a sua dose, efeitos colaterais e melhores associações entre eles. No entanto, observa-se que garantiram maiores taxas de parto vaginal, comparado ao número de cesarianas, proporcionando boa vitalidade materno-fetal. Entretanto, a taxa de cesárea deste estudo está acima do estudo comparado, de qualquer forma, os resultados confirmam a tendência de que a indução do trabalho de parto é, sem dúvida, uma importante estratégia para a redução desses.

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, o que podemos considerar como uma limitação do estudo, visto que existem poucos estudos publicados sobre indução do parto e seus desfechos, principalmente artigos brasileiros. Apesar das limitações, este estudo trouxe resultados que corroboram com outras pesquisas.

Utilizando outras realidades, a fim de discutir e traçar um melhor protocolo de indução do parto, visando à realidade de cada instituição, como também proporcionar o aprimoramento das condutas obstétricas, o que evidentemente beneficiará o binômio materno-fetal.

Referências

1. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2016;25(1):1-10.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. [publicação online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 09 out 2022]. Disponível em <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Diretriz-Nacional-de-Assist%C3%Aancia-ao-Parto-Normal-2016.pdf>.
3. Rezende J; Montenegro, CAB. *Obstetrícia fundamental*. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
4. Alves GC, Kamada I, Elias HAF, Schettini NJ, Mareco TCS. Caracterização das cesarianas em um Hospital Público do Distrito Federal. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*. 2020; 32(2): 36-45.
5. Chatsis V, Frey N. Misoprostol for Cervical Ripening and Induction of Labour: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness and Guidelines. [internet] Ottawa: CADTH; 2018. [acesso em 05 out 2022]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538944/>
6. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. OpenEpi Menu [Internet]. Openepi.com.

2013. [acesso em 08 out 2022]. Disponível em: https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
7. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. [publicação online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 05 out 2022]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
8. Melo RA, Amando AR, Costa LO, Araújo MS, Moraes RJL, Fernandes FECV. Vivência de puérperas no processo de indução do trabalho de parto: Experience of people in the process of inducing labor children. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 29º de junho de 2020. [acesso em 10 maio 2023]. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/660>.
9. Who recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da saúde. Departamento da Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
11. Lara SRG, Oliveira RF de. Utilização do método de Krause e prostaglandinas na indução do trabalho de parto em gestantes com feto vivo. *Revista Nursing*, 2019; 248(22): 2514-2519.
12. Koch M, Rattmann YD. Misoprostol Para Indução Do Parto: Abordagem Farmacoepidemiológica e Avaliação Do Impacto Na Redução De Cesáreas. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 2021; 25(2): 383-394.
13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG evidence-based clinical guideline No. 9. Induction of labour. London (UK): RCOG Press; 2018.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 107. Induction of labor. *Obstet Gynecol*. 2016;114(2):386-97.
15. Scapin SQ, Gregório VRP, Collaço VS, Knobel R. Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2018;27(1):1-8.
16. Bowens N, Pereira AM, Lopes RGC. Eficácia dos métodos farmacológicos na indução do trabalho de parto: Efficacy of pharmacological methods in inducing labor. *Revista Científica do Iamspe*, 2022; 11(2): 1-8.
17. Cunha, AA. Indução do trabalho de parto com feto vivo. *Femina*, 2010; 38(9): 469-480.
18. Santos I, Ramalho C. Elective induction of labor at 39 weeks vs expectant management of pregnancy: a systematic review. *Acta Obstet Ginecol Port* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 02]; 10(3):215-227.
19. Furtado, MA. Desfechos obstétricos e neonatais de parturientes submetidas à indução e/ou condução do trabalho de parto com ocitocina. Fortaleza. Monografia [graduação em enfermagem] - Universidade Federal do Ceará; 2018.
20. Chincaglia CY, Santos GC dos, Ribeiro JA, Figueiredo RY, Menezes S, Maia JS, Maia LF dos S. As consequências do uso de ocitócitos durante o parto. *Revista Recien* [Internet]. 4º de abril de 2017 [acesso em 09 maio 2023]; 7(19):75-82. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/125>.
21. Almeida RS, Almeida YS, Menezes MO, Pinto KB, Lobo LS. Caracterização da adesão pré-natal e desfecho gestacional em Aracajú- Se através da declaração de nascido vivo. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde. Sergipe*. 2020; [17];6(1):75-5.
22. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Hospital Dom Malan. Pernambuco, 2022. [acesso em out de 2022] Disponível em: <http://www1.hdm.fpmf.org.br/cms/opencms/hdm/pt/home/>.
23. Campos GKP, Souza TC, Rezende LBM, Rodrigues AFM Rodrigues LA.. Representação social da indução do trabalho de parto por gestantes numa maternidade do Espírito Santo. *Saúde Coletiva (Barueri)*. 2022; 12(73):9587-9601.
24. Corrêa, TD. Análise de variáveis que influenciam na taxa de sucesso da indução do parto com misoprostol no hospital das clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte. Dissertação de

mestrado[Mestrado em Saúde da Mulher] -
Universidade Federal de Minas Gerais; 2021.

Endereço para Correspondência

Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão
Universidade do Estado da Bahia - UNEB. Rua
Silveira Martins, 2555, Cabula -
Salvador/BA, Brasil
E-mail: gilvania.paixao@gmail.com

Recebido em 08/10/2022
Aprovado em 26/05/2023
Publicado em 25/08/2023