

Resumo

O parto é um processo natural que ocorre nas mulheres. A mulher deve ser participante ativa deste processo, reconhecendo seu corpo e suas necessidades para o parto, tornando o parto humanizado. Quando a mulher não entra em trabalho de parto espontaneamente, instrumentos e fármacos que irão induzir e/ou conduzir seu trabalho de parto podem ser utilizados de uma forma segura e eficaz. A ocitocina e o misoprostol são os fármacos de primeira escolha, pois demonstram muita efetividade nestes processos e são de baixo custo. O objetivo deste trabalho é descrever os efeitos positivos e negativos do uso de ocitócitos na indução e condução do parto normal. Para tanto, realizou-se uma revisão da literatura, a partir de artigos levantados em bases de dados eletrônicas, periódicos brasileiros e internacionais indexados encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, LILACS e manuais governamentais, entre 2010 a 2016. Concluiu-se que, o uso da ocitocina deve ser avaliado criteriosamente devido aos efeitos colaterais que podem ocorrer, aumentando a monitorização e limitações da parturiente.

Descritores: Parto Obstétrico, Trabalho de Parto Induzido, Ocitocina.

Abstract

The consequences of the use of oxytocics during childbirth

Childbirth is a natural process that occurs in women. Woman should be an active participant in this process, recognizing her body and her needs for childbirth, making the humanized delivery. When the woman does not go into labor spontaneously, instruments and drugs can be used that will induce and / or conduct her labor, safely and effectively. Oxytocin and Misoprostol are the drugs of choice because they demonstrate great effectiveness in these processes and have low cost. The objective is to describe the consequences of using oxytocics for induction and conduction of normal labor. Therefore, we made a literature review, based on articles collected in electronic databases in indexed Brazilian and international journals found in the Virtual Health Library (VHL), Scielo and Lilacs from 2010 to 2016. The conclusion is that the use of oxytocin should be evaluated carefully because of side effects that may occur, increasing monitoring and limitations of the parturient.

Descriptors: Induction of Labor, Induced Labor, Oxytocin.

Resumen

Las consecuencias de la utilización de oxitócitos durante el parto

El parto es un proceso natural que se produce en la mujer. La mujer debe ser un participante activo en este proceso, reconociendo su cuerpo y sus necesidades para la entrega, tornando el parto humanizado. Cuando una mujer no entra en trabajo de parto espontáneo, se puede utilizar los instrumentos y medicamentos para inducir y/o conducir su trabajo de parto de forma segura y eficaz. La oxitocina y el misoprostol son los fármacos de primera elección, ya que muestran una gran efectividad en estos procesos y son de bajo costo. El objetivo de este estudio es describir cuáles serán las consecuencias del uso de oxitócitos para la inducción y conducción del parto normal. Con este fin, hemos realizado una revisión de la literatura desde artículos en las bases de datos LILACS y manuales gubernamentales, entre los años 2010 hasta el 2016. Se concluye que el uso de oxitocina debe evaluarse con cuidado debido a los efectos secundarios que pueden ocurrir, aumentando la monitorización y las limitaciones de la parturienta.

Descriptorios: Inducción del Trabajo de Parto, Parto Inducido, Oxitocina.

Cristine Yuri Schincaglia

Enfermeira. Discente do curso de especialização de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia do Centro Universitário São Camilo, São Paulo.

Email: cristine.yuri4@gmail.com

Graziela Camargo dos Santos

Enfermeira. Discente do curso de especialização de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia do Centro Universitário São Camilo, São Paulo.

Email: braieniebrayan@gmail.com

Juliana Aparecida Ribeiro

Enfermeira. Discente do curso de especialização de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia do Centro Universitário São Camilo, São Paulo.

Email: julianaaparecidaribeiro@gmail.com

Renata Yamashiro Figueiredo

Enfermeira. Discente do curso de especialização de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia do Centro Universitário São Camilo, São Paulo.

Email: renatayamashiro@hotmail.com

Simone Menezes

Enfermeira. Discente do curso de especialização de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia do Centro Universitário São Camilo, São Paulo.

Email: simonezmes@gmail.com

Janize Silva Maia

Enfermeira. Doutoranda em Gestão e Informática em Saúde pela UNIFESP. Mestre em Educação. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação do Centro Universitário São Camilo, São Paulo. Docente da Faculdade FNC.

Email: janizecs@yahoo.com.br

Luiz Faustino dos Santos Maia

Enfermeiro. Mestre em Terapia Intensiva. Docente do curso de Pós-Graduação do Centro Universitário São Camilo, São Paulo. Docente da Faculdade FNC. Editor Científico.

Email: dr.luizmaia@yahoo.com.br

Submissão: 12/11/2016

Aprovação: 12/02/2017

Introdução

Todo o período gestacional e o parto, em si, provocam um movimento intenso de hormônios. A ocitocina, produzida pelo hipotálamo, tem seus receptores localizados no miométrio e atuam em sua contração para auxiliar na expulsão do feto para o meio externo¹. No pós-parto, a mesma ocitocina tem a função de minimizar os riscos de hemorragias, como atonia uterina e favorece no escoamento lácteo das mamas para o aleitamento materno².

A medicina transformou o parto, alterando sua condição de um evento fisiológico inerente as mulheres para evento patológico, necessitando assim de aparatos, intervenções e medicações³. Neste contexto, em 1950, iniciou-se a utilização da ocitocina sintética via endovenosa, sendo um dos agentes uterotônicos mais utilizados para indução e condução do trabalho de parto, em pacientes com colo pérvio^{4,5}.

A indução do trabalho de parto simboliza o seu início de forma artificial, antes que o trabalho se dê espontaneamente. Este processo pode ser induzido por substâncias farmacológicas ou instrumentos. As mulheres submetidas à indução de parto devem ser informadas sobre seus riscos e benefícios; a conduta é do profissional de saúde, mas o corpo é da paciente e deve ser respeitada sua autonomia⁵.

A humanização no parto inicia-se por meio da sensibilização da equipe envolvida para que as pacientes tenham partos bem conduzidos com o mínimo de intervenções possíveis, de maneira que a mulher tenha autonomia sobre seu próprio corpo, seja bem orientada quanto aos riscos de intervenções desnecessárias, e compreenda que a humanização ocorre quando ela tem a liberdade de deambular

livremente, alimentar-se, livrando-se dos jejuns tortuosos, escolha a posição no momento do parto que melhor favoreça seu conforto, seja beneficiada pelos métodos não farmacológicos para alívio da dor, tenha a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o processo de parto de maneira que traga tranquilidade e segurança. O ato de humanizar, portanto, coloca a mulher como protagonista do parto, garantindo o seu direito de escolha, respeitando seus diversos aspectos culturais, individuais, psíquicos e emocionais, bem como também todo o envolvimento familiar².

O uso da ocitocina para indução e condução do trabalho de parto normal pode trazer benefícios para a mulher, se utilizada de forma criteriosa, no entanto, o uso desta droga indiscriminadamente, poderá acarretar prejuízos para a mãe e o bebê.

Objetivo

Descrever os efeitos positivos e negativos do uso de ocitócitos na indução e condução do parto normal.

Material e Método

Para a abrangência do objetivo preferiu-se o método da revisão da literatura científica, a partir da seguinte pergunta norteadora: “quais as consequências do uso de ocitócitos no parto?”

Essa modalidade permite sumarizar as pesquisas já finalizadas e obter conclusões a partir de um tema de interesse.

Foi realizada pesquisa eletrônica nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), SciELO, LILACS e manuais governamentais, utilizando-se os seguintes Descritores em Ciências

da Saúde (DeCS): “indução do parto”, “parto induzido” e “ocitocina”, em busca de artigos publicados no período de 2010 a 2016.

Foram adotados critérios de inclusão, artigos publicados na íntegra, que apresentavam especificidade com o tema e a problemática do estudo. A partir dos descritores escolhidos nas línguas portuguesa e inglesa, e que respeitassem o período supracitado. Foram excluídos os artigos que não tinham relação com o objetivo do estudo, e resumos isolados fora do recorte temporal.

De posse dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados, inicialmente, 72 artigos, e utilizados 16, que responderam efetivamente ao objetivo proposto.

Após a seleção, todos os artigos foram lidos na íntegra e, a partir da análise dos mesmos, foram formuladas as discussões sobre os principais resultados do estudo.

Resultados e Discussão

O Parto e a Humanização

O parto, a humanização e a ocitocina constituem fatores, cuja relação precisa ser considerada em prol da paciente e do conceito. O parto representa a iminência da chegada do conceito, onde os anseios e ansiedade, pela dor, tipo de parto e pela saúde do filho estão muito presentes na vida da gestante. A informação do que ocorre nesse período diminui o medo e influencia positivamente as ações da parturiente durante o parto⁶.

O parto produz alterações fisiológicas no organismo da mulher, a partir da liberação de hormônios, como a ocitocina, que auxiliam no

aumento da excitabilidade uterina, próximo ao termo, ou seja, ao tempo de nascimento, até que ocorram contrações rítmicas tão fortes, que culminem na expulsão do feto^{7,8}.

Porém, mesmo com o conhecimento adquirido no período gestacional, o ambiente hospitalar pode influenciar negativamente no parto, como excesso de ruídos, iluminação excessiva e falta de privacidade, podendo gerar estresse e tensão na parturiente. Pode haver o estímulo neocortical do cérebro e, assim, a inibição da secreção de ocitocina, por exemplo⁹.

De qualquer forma, o parto constitui a experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para quem dela participa, sob a significativa influência, da equipe de saúde que apoia à parturiente¹⁰.

Humanização

A busca por um cuidado mais humanizado que permita vivenciar a gestação e parto de forma plena e natural é demonstrada pelas próprias mulheres, dado o significado cultural do processo do nascimento. Humanizar o cuidado à mulher, nestas situações, consiste em respeitar o tempo da mulher no processo de parturição, evitar intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares¹¹.

O modo como a mulher é cuidada durante o parto influencia diretamente na forma como ela vivencia esse momento. O estado emocional interfere na evolução do parto e pós-parto, resultando em práticas intervencionistas, que na maioria das vezes, poderiam ser evitadas com o

apoio da equipe multiprofissional e com a presença de um acompanhante, o que promove benefícios como reduções na duração do trabalho de parto e na taxa de ocitócitos na indução do mesmo, além de contribuir para a diminuição de cesárias, do uso de fórceps e da necessidade de analgesia¹².

As intervenções de enfermagem são necessárias durante todo o processo do parto, sobretudo para a parturiente, correspondendo às suas necessidades e respeitando suas particularidades e privacidade¹¹.

Florence Nightingale considera como cuidado, a construção de um ambiente favorável e equilibrado, a fim de conservar a energia vital do paciente, atendendo as necessidades vitais da pessoa no ambiente de cuidado⁹.

A comunicação empática e efetiva transmite apoio, conforto e confiança, fazendo com que a mulher sintase-se segura e respeitada como pessoa, além de contribuir para uma participação mais ativa no parto¹².

A Indução do Parto

A gravidez é um período único e o mais crítico da vida de uma mulher, pois durante o seu transcorrer, tanto mãe quanto feto pode apresentar condições clínicas que desfavoreçam o prognóstico materno ou fetal. São esses casos, nos quais as circunstâncias não possibilitam esperar o curso fisiológico da mãe, que a indução do trabalho de parto tem seu papel importante, pois reproduz o parto normal e espontâneo¹³.

Na indução, o parto deixa de ser natural para adotar uma configuração intervencionista. Há indicações para sua realização, mas também existem contra-indicações. A indução é indicada quando a gestação apresenta riscos para mãe e/ou bebê, como em gestantes que apresentem pré-eclâmpsia, ruptura prematura das membranas ovulares (RPMO), pós-datismo, entre outros fatores. Por outro lado, não se deve induzir o parto de gestantes que apresentam placenta prévia anterior, cirurgia uterina anterior de grande escala, ruptura uterina anterior e apresentação fetal transversa, por exemplo⁵.

Podem ser utilizados métodos mecânicos ou farmacológicos, para induzir o parto, sendo que os medicamentos estimulam a maturação cervical e têm o objetivo de tornar a cérvix mais fina, curta e dilatada, assim como diminuir o tempo de parto¹⁴.

A utilização de práticas não recomendadas pelas evidências científicas, como o uso abusivo de ocitocina, imobilização no leito e posição litotômica no parto, pode levar à compressão de grandes vasos e prolongamento da primeira fase do parto e do período expulsivo e, conseqüentemente, repercutir negativamente sobre os resultados perinatais¹⁵.

O Índice de Bishop (quadro 1) é uma ferramenta que avalia por meio pontuação, as condições da dilatação, o apagamento do colo, a consistência cervical, a altura e posição do colo, tornando-se essencial na avaliação de tais características para a indução do parto. Além da avaliação do índice de Bishop, a equipe deve

considerar a idade gestacional, atentando-se para não ocorrer indução em prematuridade; a presença de cicatriz por cesáreas anteriores; a apresentação fetal, a qual se torna desfavorável

uma indução em desproporção cefalopélvica e a apresentação anormal como a pélvica; as membranas ovulares íntegras ou rotas; anomalias fetais e o bom estado geral do feto¹⁶.

Quadro 1 - Escore de Bishop.

Fator	Pontuação			
	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6
Apagamento (%)	0 – 30	40 – 50	60 – 70	80
Altura da apresentação	– 3	– 2	– 1 ou 0	+ 1 ou + 2
Consistência	Firme	Médio	Amolecido	
Posição	Posterior	Médio	Anterior	

Fonte: Ministério da Saúde¹⁷, 2010.

A indução do parto exige atenção à vitalidade fetal por meio de cardiocotografia (CTG) e avaliação do líquido amniótico quando possível. O registro da indução do trabalho de parto deve ser realizado em prontuário a cada procedimento e conduta realizados. A amniotomia pode ser realizada caso não haja trabalho de parto após duas horas de infusão da dose máxima de ocitocina⁴.

Recomenda-se a indução do parto em caso de gestações de baixo risco acima de 41 semanas, evitando assim, os riscos de um pós-datismo. Entretanto, devido às diversidades de conduta do parto, é fundamental a orientação e participação da gestante, sensibilizando-a dos efeitos e riscos de cada procedimento. A indução do parto é determinada de forma eletiva ou terapêutica, sendo a eletiva por interesse da mãe ou médico, e a terapêutica por riscos ao feto ou mãe. Não é um procedimento inofensivo, pois podem ocorrer complicações maternas, como infecção uterina, rotura uterina, intoxicação hídrica e

óbito materno, e/ou complicações fetais, como sofrimento fetal e morte fetal¹⁶.

A Ocitocina na Indução do Parto

A ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e é armazenado na neurohipófise posterior. Sua principal função é promover as contrações musculares uterinas, de forma ritmada, reduzir o sangramento durante o parto, pós-parto e aborto, estimular a liberação do leite materno e estreitar o vínculo afetivo entre mãe e filho^{7,5}.

A ocitocina foi sintetizada em laboratório e, a partir de então tornou-se uma das medicações mais utilizadas na indução e condução do parto, podendo também ajudar a salvar vidas se corretamente indicado. Pode ser utilizada isoladamente ou associada com outros métodos farmacológicos ou não-farmacológicos quando o parto é prolongado, auxiliando nas contrações uterinas até que o bebê nasça¹⁶. Seu uso é indicado para induções com o colo

favorável, na qual faz-se necessária apenas a estimulação das contrações uterinas¹⁸.

Um estudo realizado no Brasil, em 2011, 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 termo¹⁴.

Quando comparado os dois fármacos, ocitocina e misoprostol, mais utilizados para indução do trabalho de parto, discute-se quanto às vantagens e desvantagens da aplicação e indicação dos mesmos. A ocitocina tem sua ação mais rápida e provoca menor frequência de hiperestimulação do que misoprostol, e sua eliminação é mais rápida após a suspensão. Por outro lado, seu uso endovenoso limita a movimentação da gestante e o risco de intoxicação hídrica, já que possui efeito antidiurético, resultando em retenção hídrica e hiponatremia. A principal vantagem do misoprostol sobre a ocitocina é sua ação no amadurecimento cervical¹³.

O trabalho de parto espontâneo consiste basicamente no apagamento do colo, dilatação cervical e contração uterina, qualquer intervenção realizada nesse processo é caracterizada por indução do parto, seja ele mecânico ou por fármacos, como o uso das prostaglandinas, conhecida popularmente por misoprostol ou ocitocina¹⁶.

Os primeiros relatos de indução do parto aconteceram no Egito, há mais de 400 anos, com óleo de rícino. Em 1906, Henry Dale realizou o isolamento do hormônio ocitocina, o qual foi uma grande conquista, e em 1953 passou a ser utilizada¹⁹.

A ocitocina sintética via endovenosa é considerada o agente uterotônico mais utilizado para

indução e condução do parto, em pacientes com colo pérvio. Pode ser utilizada para o aumento das contrações uterinas, contribuindo para a saída do bebê ou feto. E em situações de pós-parto, minimizando risco de hemorragias, como atonia uterina e favorecendo no escoamento lácteo das mamas para o aleitamento materno².

As alternativas mais utilizadas para indução do parto é o uso do misoprostol para o amadurecimento do colo do útero e a ocitocina, que pode ser utilizada separadamente ou combinada com outros mecanismos farmacológicos ou não-farmacológicos, contudo, de acordo com a literatura, devem-se obter intervalos de no mínimo 6 horas entre a última dose de misoprostol e a primeira dose de ocitocina, devendo esta ser iniciada com 0,2mUI/min com doses aumentadas para iniciar com as contrações uterinas de trabalho de parto. É importante atentar para a monitorização do trabalho de parto através do partograma, devido os possíveis riscos de rotura uterina, hiperestimulação uterina e sofrimento fetal¹⁶.

O efeito e eliminação da ocitocina após sua suspensão são efetivamente rápidos, contudo sua via endovenosa dificulta a movimentação da grávida, e também pode acarretar em riscos de intoxicação hídrica por ser antidiurético¹³.

Existem complicações em relação ao uso de ocitocina, como qualquer outro fármaco utilizado. Em todos os casos, a conduta é redução ou suspensão da droga até que o padrão de contrações esteja adequado; se for necessário pode-se utilizar uterolíticos para reversão²⁰.

Conclusão

A utilização de ocitócitos, de forma inadequada pode colocar em risco a segurança e saúde materna e fetal.

Apesar de ser secretada fisiologicamente durante o período de parto para auxiliar na contração uterina, e ter grande função neste momento e no pós-parto, o uso isolado de ocitocina, de forma exógena, pode causar complicações.

De forma criteriosa e cuidadosa, onde se deve aumentar a monitorização da parturiente o uso da ocitocina é indicado, bem como a realização criteriosa do partograma, para avaliar a necessidade do uso de ocitócitos na indução ou condução do parto.

O uso da ocitocina deve ser bem avaliado e nunca decidido isoladamente. Sendo assim, deve-se levar em conta as condições uterinas, pélvicas, posição da parturiente, ambiente, saúde materna e fetal, utilizando-se de maior controle durante sua infusão.

O enfermeiro obstetra tem autonomia para utilizar esse artifício em casos de fraca contração uterina no trabalho de parto, mas também tem total responsabilidade sobre sua utilização de forma desnecessária, ou indiscriminada, intervindo no parto de modo a interferir no seu processo natural.

A parturiente é a protagonista de seu processo de parturição, cabendo a equipe de saúde obstétrica, a avaliação das reais necessidades de intervenção nesse processo.

Referências

1. Pereira ALF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. Fortaleza: Rev Rene. 2011; 12(3):471-477.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.
3. Campos AS, Almeida ACCH, Santos RP. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. Rev Enferm UFSM. 2014; 4(2):332-341.
4. Zugaib M, Bittar RE, Francisco RPV. Protocolos assistenciais - clínica obstétrica, FMUSP. 5ª ed. São Paulo: Ateneu. 2015.
5. Leduc D, Biringer A, Lee L, Dy J. Induction of Labour. Canadá: Obstet Gynaecol. 2013; S1-S18.
6. Brito CA, Silva ASS, Cruz RSBLC, Pinto SL. Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. Rev Rene. 2015; 16(4):470-8.
7. Guyton AC, Hall JEE. Tratado de fisiologia médica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2011.
8. Melo KL, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, et al. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. Rev Pesq Cuid Fundam Online. 2014; 6(3):1007-1020.
9. Guida NFB, Lima GPV, Pereira ALF. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. Rev Mineira Enferm. 2013; 17(3):524-530.
10. Carneiro MS, Teixeira E, Silva SED, Carvalho LR, et al. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. Rev Mineira Enferm. 2013; 17(2):454-461.
11. Frello AT, Carraro TE. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. Rev Eletr Enferm. 2010; 12(4):660-8.
12. Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF, Dódt RCM, et al. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. Recife: Rev Enferm UFPE Online. 2016; 10(2):593-9.
13. Gomes K, Sousa AMM, Mamede FV, Mamede MV. Indução do trabalho de parto em primíparas

com gestação de baixo risco. Rev Eletr Enferm. 2010; 12(2):360-366.

14. Pundek MR, Rohrbacher I. Métodos terapêuticos de maturação cervical. FEMINA. 2013; 41(2):89-92.

15. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, PE. Recife: Rev Bras Saúde Matern Infant. 2016; 16(1):29-37.

16. Cunha AA. Indução do trabalho de parto com feto vivo. FEMINA. 2010; 38(9):471-480.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

18. Sampaio AG, Souza ASR, Neto CN. Fatores associados à indução do parto em gestantes com óbito após 20ª semana. Recife: Rev Bras Saúde Matern Infant. 2011; 11(2):125-131.

19. Souza ASR, Costa AAR, Coutinho I, Noronha Neto C, et al. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. FEMINA. 2010; 38(4):185-194.

20. Souza ASR, Amorim MMR, Noronha Neto C. Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor? FEMINA. 2010; 38(5):277-287.