

Indução do trabalho de parto em primíparas com gestação de baixo risco¹

Induction of labor in primiparas with low-risk pregnancy

Inducción del trabajo de parto en primíparas de bajo riesgo de embarazo

Karen Gomes^I, Ana Maria Magalhães Sousa^{II}, Fabiana Villela Mamede^{III}, Marli Villela Mamede^{IV}

^I Manuscrito extraído da monografia do final de curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica e Neonatal da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

^I Enfermeira. Maternidade do Complexo Aeroporto de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: karen_gomes@hotmail.com.

^{II} Enfermeira. Universidade de Itaúna. Itaúna, MG, Brasil. E-mail: enf.anamagalhaes@yahoo.com.br.

^{III} Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: famamede@eerp.usp.br.

^{IV} Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: mavima@eerp.usp.br.

RESUMO

A indução do parto objetiva promover o nascimento antecipado por parto vaginal quando sua continuidade promove maior risco materno-fetal que sua interrupção. Este estudo tem como objetivo identificar fatores relacionados à indicação de indução do trabalho de parto em primíparas e seu desfecho em uma maternidade-escola. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, realizado na MATER – Maternidade do Complexo Aeroporto em Ribeirão Preto-SP. O estudo incluiu 119 primigestas com registro em prontuário de indicação e submetidas à indução do trabalho de parto que deram a luz nessa maternidade de janeiro a junho de 2007. A indicação mais frequente de indução do trabalho de parto foram a corioamniorrexe prematura (58,8%), oligoâmnio (21%) e pós-datismo (16,8%). O misoprostol foi o fármaco mais indicado, 37% isoladamente e 61,3% associado à ocitocina. A via de parto foi 63% vaginal. O sofrimento fetal agudo foi a principal indicação para cesárea (38,5%). A infecção materno-fetal foi a complicação identificada com índice de apenas 7,6%. Dos recém-nascidos, 68% obteve Apgar entre 8 e 10 no primeiro minuto de vida e 118 deles alcançaram esses índices no quinto minuto. Os resultados confirmam a tendência de que esse procedimento é uma importante estratégia para reduzir os índices de cesárea.

Descritores: Trabalho de parto induzido; Trabalho de parto; Colo do útero; Ocitocina; Misoprostol.

ABSTRACT

Labor induction aims to promote the early birth by vaginal delivery when its continuity promotes more maternal-fetal risk than its interruption. This study aims to identify factors related to primipara's labor induction indication and their outcome in a maternity hospital. This is a descriptive study, conducted in MATER – Maternidade do Complexo Aeroporto (Airport's Complex Maternity), in Ribeirão Preto-SP. The study included 119 first-time mothers with medical records showing and undergoing induction of labor that gave birth in this maternity hospital from January to July of 2007. The most common indication for labor induction was premature chorion (58,8%), oligohydramnios (21%) and post-term pregnancy (16,8%). Misoprostol was the most appropriate drug, 37% alone and 61,3% associated with oxytocin. The way of delivery was 63% vaginal. Fetal distress was the main indication for cesarean section (38,5%). The maternal-fetal infectious disease was identified with the complication rate of only 7,6%. Of the newborns, 68% obtained Apgar between 8 and 10 in the first minute of life and 118 of them reached these rates in the fifth minute. The results confirm the tendency that this procedure is an important strategy to reduce cesarean section rates.

Descriptors: Labor, induced; Labor, obstetric; Cervix uterin; Oxytocin; Misoprostol.

RESUMEN

La inducción del parto tiene como objetivo promover el nacimiento prematuro por un parto vaginal cuando su continuidad promueve un mayor riesgo materno-fetal que su suspensión. Este estudio tiene como objetivo identificar los factores relacionados con la indicación de la inducción del parto en las primíparas y su resultado en una maternidad-escola. Este es un estudio descriptivo retrospectivo, realizado en MATER – Maternidade do Complexo Aeroporto em Ribeirão Preto-SP. El estudio incluyó 119 primíparas con registros médicos y se sometieron a inducción del trabajo de parto que dieron a luz en este hospital maternidad de enero a junio de 2007. La indicación más frecuente para la inducción del trabajo de parto fueron corion prematuro (58,8%), oligohidramnios (21%) y el embarazo prolongado (16,8%). El misoprostol fue el fármaco más apropiado, el 37% aisladamente y 61,3% asociado con la oxitocina. La via del parto fue del 63% vaginal. El sufrimiento fetal agudo fue la principal indicación de cesárea (38,5%). La infección materno-fetal, he sido identificada como una tasa de complicación de solo el 7,6%. De recién nacidos, el 68% obtuvieron calificaciones entre 8 y 10 en el primer minuto de la vida y 118 alcanzaron esos niveles a los cinco minutos. Los resultados confirmaron la tendencia de que ese procedimiento es una estrategia importante para reducir las tasas de cesárea.

Descriptores: Trabajo de parto inducido; Trabajo de parto; Cuello del útero; Oxitocina; Misoprostol.

INTRODUÇÃO

A indução do parto tem como objetivo promover o nascimento antecipado por parto vaginal quando a sua continuidade promove maior risco materno-fetal que a sua interrupção⁽¹⁾. Além disso, torna-se uma estratégia importante para a redução das taxas de cesáreas, já que segundo o Ministério da Saúde, o Brasil ocupou até pouco tempo, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas, chegando a ficar em torno de 80% na maioria dos estabelecimentos hospitalares privados⁽²⁾.

A literatura tem mostrado as várias opções utilizadas para se obter atividade uterina de trabalho de parto na tentativa de conservar o parto via vaginal. Contudo, na prática obstétrica do país, concretamente, as opções se resumem na utilização das prostaglandinas e da ocitocina. O estado do colo no início da indução é um dos determinantes mais importantes do curso de eventos subsequentes e é necessário conhecê-lo para estabelecer o procedimento que melhor cumpra esse objetivo⁽³⁾.

Uma das técnicas mais utilizadas e confiáveis para a avaliação do colo é o Índice de Bishop, que procura avaliar sistematicamente as alterações clínicas do colo e o grau de descida da apresentação fetal em relação à bacia materna. Tal método baseia-se em *score* numérico e avalia qualitativamente características como orientação, amolecimento, esvaecimento e dilatação e, altura da apresentação fetal⁽⁴⁾.

Já é consenso que as prostaglandinas apresentam maior efetividade na indução do trabalho de parto. Dentre elas, o uso do misoprostol (prostaglandina E₁), uma das mais conhecidas e estudadas cujos resultados evidenciam sua superioridade. Além de ser facilmente encontrado no Brasil, tem custo inferior a qualquer outra prostaglandina e possibilidade de estocagem em temperatura ambiente⁽¹⁾.

O fármaco atua sobre a matriz extracelular do colo uterino, dissolvendo as fibras colágenas e aumentando a concentração de ácido hialurônico e água. Além disso, relaxa a sua musculatura lisa e facilita a dilatação, ao mesmo tempo em que permite o acréscimo do cálcio intracelular, promovendo contração uterina. Todos esses mecanismos permitem o progressivo esvaecimento e dilatação uterina⁽⁵⁾.

A via vaginal é, sem dúvida, a mais utilizada, no entanto há vários estudos publicados utilizando outras vias para o uso do misoprostol na indução do parto, como as vias oral, sublingual e retal⁽⁶⁾. Há ainda muitas dúvidas sobre o misoprostol, principalmente sobre a via e a posologia. Na literatura há vários esquemas de uso desse fármaco por via vaginal com posologia e intervalos diferentes. Na gestação a termo os estudos têm preconizado doses de 25 µg a 50 µg, com frequência de administração entre três a seis horas, conforme o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e Ministério da Saúde do Brasil⁽⁵⁾.

Quando comparado os dois fármacos, ocitocina e misoprostol, mais utilizados para indução do trabalho de parto, discussões são levantadas quanto a 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 a ocitocina possui efeito antiurético resultando em retenção hídrica e hiponatremia.

A principal vantagem do misoprostol sobre a ocitocina é sua ação no amadurecimento cervical⁽⁵⁾.

Diante da relevância que se apresenta o tema sobre a indução do trabalho de parto, especialmente por possibilitar o aumento de partos vaginais e redução de partos operatórios, o presente estudo pretende identificar fatores relacionados à sua indicação em primíparas bem como o seu desfecho materno e neonatal em uma maternidade-escola de atendimento de gestação de baixo risco obstétrico no interior paulista.

MÉTODO

Estudo descritivo retrospectivo, realizado em uma maternidade exclusivamente ao atendimento de pacientes oriundas do Sistema Único de Saúde, situada no interior de São Paulo. A instituição presta assistência às gestantes e parturientes da cidade de Ribeirão Preto e região, com uma média de 200 partos mensais.

A população do estudo consistiu de gestantes que deram a luz nesta maternidade no período de janeiro a junho de 2007. A amostra foi composta de 119 gestantes submetidas à indução do trabalho de parto conforme os seguintes critérios de inclusão: primípara, indicação médica de indução do trabalho de parto, gestação de baixo risco, gestação única com feto vivo e a termo, idade gestacional maior ou igual a 37 semanas, apresentação cefálica.

Foram respeitados os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, sendo a proposta do estudo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (protocolo nº 0881/2008). Como a pesquisa envolveu o levantamento retrospectivo em prontuários foi solicitada ao Comitê de Ética em Pesquisa a isenção do termo de consentimento pós-informado.

Para a coleta de dados foram selecionados prontuários de gestantes, atendidas no período selecionado, com registro de indicação de indução do trabalho de parto, utilizando um instrumento, no qual eram registradas informações a respeito de dados sócio-demográficos, história obstétrica, indução de trabalho de parto, dados clínicos do trabalho de parto, parto e recém-nascido, resolução de parto e presença de complicações obstétricas.

Os dados obtidos foram armazenados em banco de dados do aplicativo do programa Microsoft Excel 2003. Após digitação e conferência dos dados os mesmos foram submetidos à análise estatística (frequência, média e desvio-padrão, correlação de variáveis) auxiliada pelo programa Epi-info 6.04.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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 e/ou fetal. São nesses 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 mais fielmente possível o parto normal e espontâneo.

Na instituição estudada foram realizados 1426 partos no período de janeiro a junho de 2007, dos quais 536 eram primíparas, dentre essas 119 foram submetidas à indução do trabalho de parto.

A idade dessas 119 gestantes variou de 14 a 42 anos, com média de 22,39 anos e a idade gestacional foi em torno de 40 semanas e um dia. A maioria apresenta parceiro sexual estável, sem remuneração mensal e residem na

cidade de Ribeirão Preto, além disso, 63% completaram o ensino médio e apenas 1,7% o ensino superior (Tabela 1).

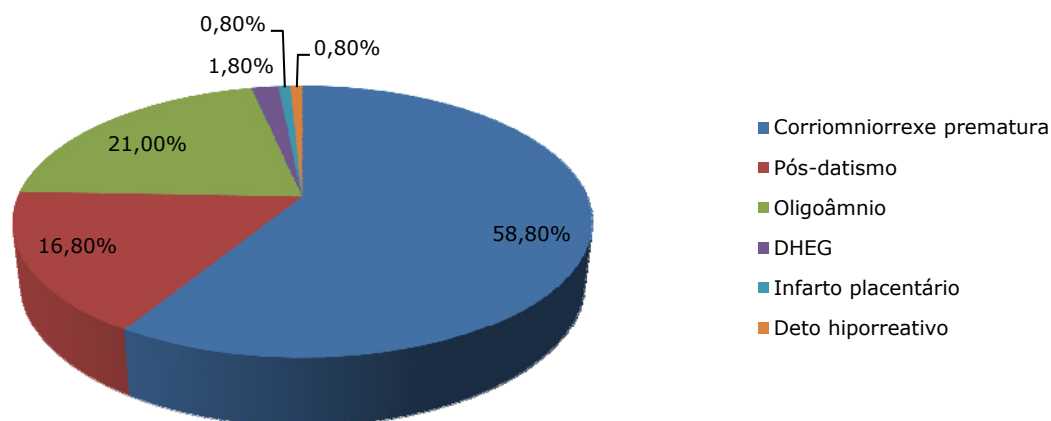
Tabela 1: Distribuição das primigestas atendidas em uma Maternidade do Interior do Estado de São Paulo, segundo dados sócio-demográficos. Ribeirão Preto, SP, 2007

Dados sócio-demográficos	Frequência	Percentual
Estado civil		
Com companheiro	93	78,2%
Sem companheiro	26	21,8%
Ocupação		
Com remuneração	45	37,8%
Sem remuneração	74	62,2%
Procedência		
Ribeirão Preto	103	86,6%
Fora de Ribeirão Preto	16	13,4%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	15	12,6%
Ensino fundamental completo	5	4,2%
Ensino médio incompleto	22	18,5%
Ensino médio completo	75	63,0%
Ensino superior incompleto	2	1,7%
TOTAL	119	100%

Muitos são os motivos que levam à opção pela indução do trabalho de parto. No presente estudo, conforme o Gráfico 1, esta intervenção foi indicada devido à

corioamniorrexe prematura para 58,8% das primigestas, o que diferencia da literatura sobre o tema.

Gráfico 1: Indicação para indução do trabalho de parto em percentagem. Ribeirão Preto, SP, 2007



A rotura prematura de membranas apresenta ocorrência de duas a 18% das gestações, é causa de 30 a 40 por cento dos partos prematuros e de 20 por cento dos óbitos perinatais. Ela tem sido um pretexto para indicação da indução do trabalho de parto associada principalmente aos riscos de prolapso e compressão de cordão umbilical, descolamento placentário, oligoâmnio, prematuridade, infecção materna e fetal⁽⁷⁾. Entretanto, entre as indicações de indução do parto a literatura tem mostrado como as mais frequentes: gravidez prolongada (52%), pré-eclâmpsia/hipertensão (20%), retardo de crescimento intra-uterino (10%) e diminuição dos movimentos fetais (7%)⁽⁸⁾.

Aquino, Mariani Neto e Cecatti⁽⁹⁾ ao realizarem uma pesquisa que compararam o uso de Misoprostol e ocitocina, concluíram que não há diferenças entre os dois grupos (Grupo induzido com Misoprostol e Grupo induzido com Ocitocina). Justificaram que 85,4% das gestantes do primeiro grupo (Misoprostol) entraram em trabalho de parto espontâneo dentro das primeiras 24 horas.

Por outro lado, um estudo canadense citado por Cecatti, Aquino, Parpinelli⁽¹⁰⁾ mostrou que a indução do trabalho de parto após as 41 semanas de gestação contribui

significativamente para a diminuição da incidência de natimortos. É consenso de que a morbidade e mortalidade perinatal estão aumentadas em gestações prolongadas que tenham sido, até então, de baixo risco, assim como em situações de diminuição do volume de líquido amniótico⁽¹¹⁾. Sendo assim tão importantes no prognóstico neonatal, no presente estudo esses dois fatores foram motivo para indicação da indução do trabalho de parto para 37,8% das gestantes, o pós-datismo para 16,8% e o oligoâmnio para 21%.

Verificou-se que a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e a hipoatividade fetal foram pouco frequentes na amostra estudada e houve indicação por infarto placentário diagnosticado através do exame de ultrassonografia (1,80%; 0,80%; 0,80%, respectivamente).

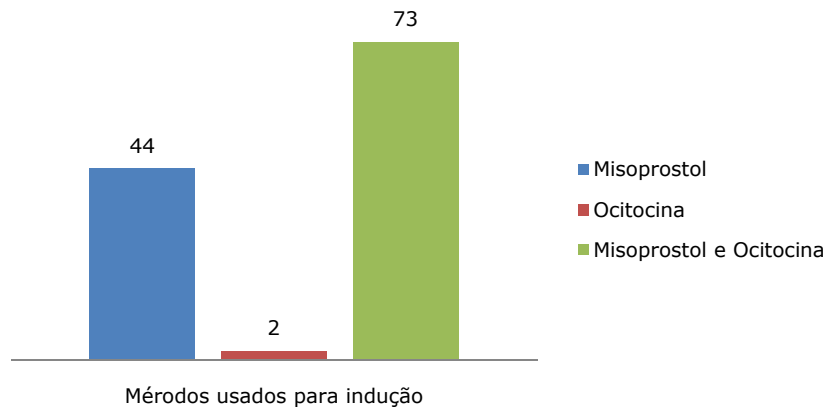
Sabe-se, porém, que para iniciar o trabalho de parto artificialmente é necessário a escolha criteriosa do método, diminuindo assim os riscos de falha de indução. A instituição estudada em seu protocolo determina como métodos de escolha para indução os fármacos misoprostol e ocitocina. Baseado na literatura, esse protocolo sugere a avaliação do colo uterino a partir dos parâmetros estabelecidos pelo

Índice de Bishop (altura da apresentação, dilatação, comprimento, consistência e posição do colo), determinando-se assim o grau de sua maturação para então se propor o uso de uma das drogas. O misoprostol estaria indicado na dosagem de 25 µg intravaginal, no fundo de saco posterior para Bishop menor que seis. A dose é repetida a cada quatro horas, até que se atinja o padrão contratural mínimo de três contrações em 10 minutos, com duração mínima de 30 minutos. A dose máxima é de 150 µg (seis doses da droga) e, caso não se atingir o padrão contratural em 12 horas, quando não houver corioamniorrexe prematura e houver boa vitalidade fetal, o esquema é suspenso e reiniciado no dia seguinte. Se quatro horas após a administração da sexta dose não houver novamente o padrão contratural é considerado falha de

indução. A ocitocina é administrada na dosagem de 5UI diluída em 500ml de soro glicosado a 5%, por via endovenosa, para Bishop maior que seis, a 8 gotas/minuto inicialmente, dobrando o número de gotas a cada hora.

O Gráfico 2 apresenta os métodos utilizados para induzir o trabalho de parto, os quais estão em consonância com o protocolo da instituição, ou seja, misoprostol, ocitocina ou ambos. O misoprostol foi utilizado em quase a totalidade (117- 98,3%) das primigestas, quer seja de forma isolada ou associada à ocitocina, sendo que a ocitocina foi administrada isoladamente em apenas duas gestantes. Os dados revelam uma maior frequência (73- 61,34%) de uso associado do misoprostol com ocitocina instalada após a melhora das condições do colo e o aparecimento do início das contrações uterinas.

Gráfico 2: Métodos utilizados para indução do parto. Ribeirão Preto, SP, 2007



Estudos aprovam a eficácia do misoprostol para o amadurecimento cervical e indução do trabalho de parto em casos onde o Bishop é menor que seis⁽⁴⁾. Enquanto isso, a ocitocina estaria indicada para induções com o colo favorável, no qual se faz necessária apenas a estimulação das contrações uterinas, admitindo-se o uso de agentes com o intuito de obter o amadurecimento cervical e posteriormente iniciado o uso da ocitocina⁽⁹⁾.

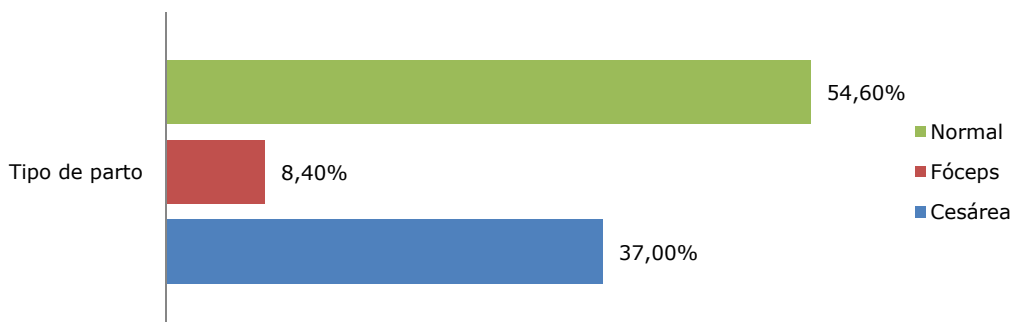
Nesse contexto, cabe aqui diferenciar dois conceitos distintos: induzir e estimular o trabalho de parto. O primeiro consiste em provocar o seu início por meios artificiais, pressupondo-se que o trabalho de parto ainda não tenha iniciado; estimulá-lo é ativar as contrações espontâneas⁽⁶⁾. Sendo assim, o misoprostol estaria apontado para induzir e a ocitocina para estimular o trabalho de parto. Nesse estudo não parece tão claro a definição desses dois conceitos, já

que a amostra formou-se a partir de prontuários de primigestas com indicação de indução do trabalho de parto e mesmo assim a ocitocina foi usada isoladamente para induzir.

Em um estudo desenvolvido por Macedo, Ávila, Gonçalves⁽¹²⁾ comparou-se o uso de misoprostol 40 mg e de placebo para amadurecimento cervical e indução do parto em cérvix imatura. Observaram 87,5% de eficácia no grupo misoprostol; a via de parto nesse grupo foi de 75% parto vaginal e 25% parto cesárea, no grupo placebo 32% parto vaginal e 68% parto cesárea.

Das 119 parturientes, do presente estudo, com indicação para indução do trabalho de parto, a resolução do parto se deu pela via vaginal em 63%, sendo que 54,6% da amostra tiveram parto normal e 8,40% foi indicado o fórceps de alívio (Gráfico 3).

Gráfico 3: Tipo de parto em percentual. Ribeirão Preto, SP, 2007



O tempo mínimo de início da fase ativa do trabalho de parto foi de duas horas e o tempo máximo 20 horas, a sua média foi de seis horas e 44 minutos. A média do tempo

despendido entre o início da indução até o início do trabalho de parto/fase ativa conforme a via de parto está esboçada na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição da duração do tempo de trabalho de parto segundo o tipo de parto. Ribeirão Preto, SP, 2007

	Média (hora)	
	Parto Vaginal	Parto cesáreo
Início da indução até o parto	11h 52min	16h 7min
Início da indução até trabalho de parto	7h 34min	5h 19min
Trabalho de parto	4h 8min	3h 37min

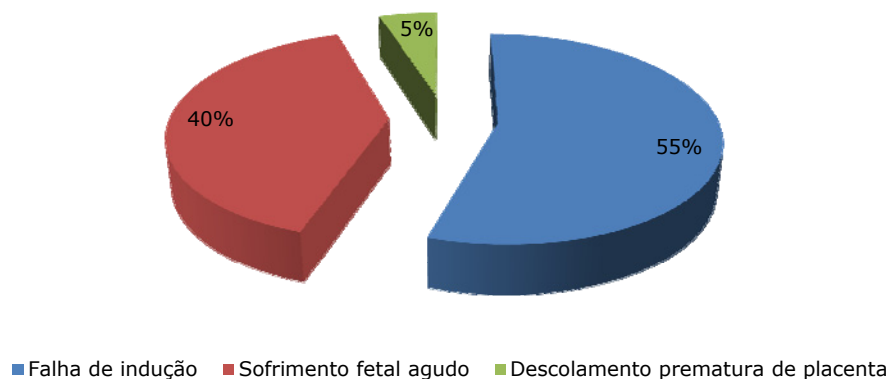
Esses cálculos foram baseados no conceito da FEBRASGO-Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia⁽⁴⁾ que acredita que, na prática, o início do estágio ativo inicia-se com quatro centímetros de dilatação do colo uterino. Como o protocolo da instituição estudada estabelece a realização do toque vaginal a cada quatro horas durante o uso de misoprostol e a cada duas horas durante a fase ativa do trabalho de parto, os cálculos foram realizados levando em conta o primeiro registro de dilatação igual ou superior a quatro centímetros. Esse mesmo autor admite duração média dessa fase em torno de seis horas para primigestas.

Foi possível observar que em relação à evolução do parto vaginal, a duração do início do procedimento até a indicação do parto cesáreo ultrapassou o tempo médio em quatro horas e 14 minutos (16 horas e 7 minutos). Se transferidos esses dados para um controle gráfico, ou seja, o partograma, é possível reconhecer facilmente a sua evolução anormal. FEBRASGO⁽⁴⁾ explica que a identificação

das distócias é feita pela observação da curva de dilatação cervical e de descida da apresentação expressas no partograma. Adverte ainda, que antes de identificar a distócia é necessário conhecer sua etiologia para esquematizar a orientação terapêutica adequada, dentre outras a indicação da cesárea.

Ainda na Tabela 2, é importante ressaltar que a média do tempo de início da indução até o trabalho de parto e o trabalho de parto no parto cesáreo são menores em relação ao parto normal, já que se trata de uma interrupção do processo natural da indução. Além disso, 20 das 44 primigestas com indicação de cesárea (45,45%) não se chegou a abrir o partograma, revelando que provavelmente não se conseguiu atingir a fase ativa do trabalho de parto. O principal motivo para a indicação do procedimento cirúrgico antes do início do trabalho de parto foi falha de indução (11) e está representado no Gráfico 4 com as demais indicações.

Gráfico 4: Indicação de cesárea antes do início do trabalho de parto. Ribeirão Preto, SP, 2007



Na literatura são enumerados vários motivos para a indicação da cesariana, dentre eles: apresentação pélvica, morte fetal, varizes vulvares, parturiente com mais de uma cesárea anterior, desproporção céfalo-pélvica, comprometimento anatômico do canal de parto, patologia anexial (placenta prévia central, prolapso de cordão, descolamento prematuro de placenta com feto vivo, etc.) e sofrimento fetal agudo intraparto ou crônico, sendo as quatro últimas consideradas pela FEBRASGO⁽⁴⁾ indicações absolutas.

A Tabela 3 mostra quais foram os motivos que levaram à sua indicação independentemente da fase da indução. Os resultados ilustram grande número de distócias maternas (falha de indução, parada secundária da dilatação, descolamento prematuro de placenta e despreparo materno) culminando em parto cesáreo, apesar de o

sofrimento fetal agudo ter sido o fator mais frequente (38,5%) de indicação, seguido de falha de indução (29,5%) e parada secundária da dilatação (22,9%). Além disso, observa-se que o despreparo da gestante foi motivo de indicação de cesárea para uma delas.

Tabela 3: Distribuição de frequência das indicações para parto cesáreo prescritas pelos profissionais de uma Maternidade do Interior de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, 2007

Indicações para parto cesáreo	Frequência	Percentual
Sofrimento fetal agudo	17	38,5%
Falha de indução	13	29,5%
Parada secundária da dilatação	10	22,9%
Parada secundária da descida	2	4,5%
Descolamento prematura de placenta	1	2,3%
Despreparo materno	1	2,3%
Total	44	100%

No estudo de Rodríguez, Martínez, Morejón⁽¹³⁾ sobre indução do trabalho de parto com ocitocina, misoprostol ou ambos verificou-se que o sofrimento fetal agudo também teve participação importante na indicação do parto cesáreo com 35,1%, acompanhado por desproporção céfalo-pélvica (23,4%), falha de indução (16,2%) e más condições obstétricas (12,3%).

É sabido que a gravidez prolongada e o oligoâmnio, fatores importantes no presente estudo para indicação da indução do trabalho de parto, associam-se entre si e estão relacionados ao aparecimento do sofrimento fetal⁽¹⁴⁾, podendo ter contribuído para o surgimento desse dado.

Entretanto, não se pode ignorar o risco maior de taquissistolia e hiperatividade uterina (associação com padrões anômalos de frequência cardíaca fetal) com o uso do misoprostol⁽¹⁵⁾, que neste estudo foi utilizado na quase totalidade das induções.

A adaptação do recém-nascido a vida extra-uterina foi avaliada através da escala de Apgar no 1º e no 5º minuto. Dos 119 nascidos vivos, 81 (68%) apresentaram Apgar entre oito e dez no 1º minuto e quase 100% (118) apresentou esses índices no 5º minuto, demonstrando ótimas condições de vitalidade, segundo a Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição de recém-nascidos assistidos em uma Maternidade do Interior de São Paulo, segundo a nota do Índice de Apgar. Ribeirão Preto, SP, 2007

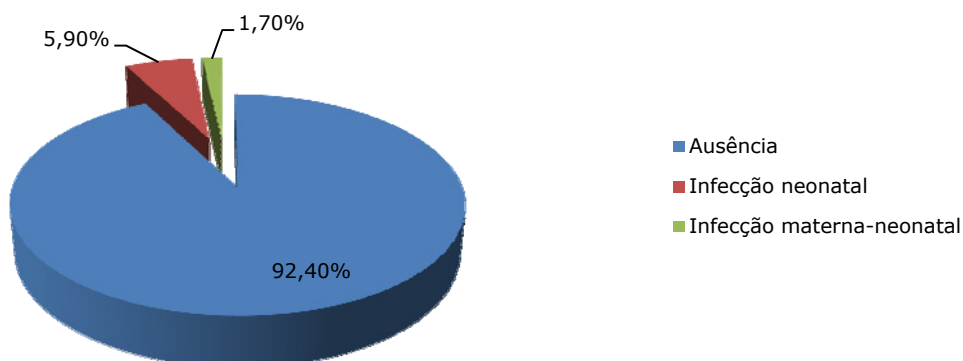
Índice de Apgar	1º minuto	5º minuto
Entre 1 e 3	11	-
Entre 4 e 6	16	-
Apgar 7	11	1
Entre 8 e 10	81	118
Total	119	119

A presença de mecônio no líquido amniótico, que juntamente com as alterações atípicas dos batimentos cardíacos fetais é método clínico importante no diagnóstico de sofrimento fetal, aconteceu em 20% dos nascimentos, sendo 14 casos de mecônio (+), quatro casos de mecônio (++), três casos de mecônio (+++) e quatro casos de mecônio (++++), o que pode ter cooperado para a ocorrência de Apgar abaixo de seis no primeiro minuto. Em um estudo realizado em Cuba, os autores⁽¹⁴⁾ encontraram incidência semelhante de líquido amniótico meconial (20,6%) e o destaca como importante contribuinte, porém não único, para a ocorrência da síndrome da aspiração de mecônio.

Outros autores⁽¹⁶⁾ interessados nesse tema realizaram um estudo retrospectivo com 26 recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva com esse diagnóstico. Nessa casuística, observou-se que a incidência

de mecônio leve e espesso foi de 42,9% e de 57,1% respectivamente, quando houve detecção de sofrimento fetal intraparto. Por outro lado, na ausência desta intercorrência o percentual foi de 75% e 25%. O mecônio espesso foi detectado em nove partos, sendo que em oito o sofrimento fetal estava associado. O índice de Apgar de primeiro minuto menor que sete (78,6%) também esteve correlacionado com a presença de mecônio espesso. E esse, por conseguinte, confirmou a sua estreita relação com a incidência da síndrome.

Contraopondo a esses resultados, a principal complicação materna e neonatal observada no presente estudo foi a infecção e os dados sobre sua ocorrência estão representados no Gráfico 5. Constatou-se que apenas 7,6% das mães e recém-nascidos tiveram infecção, sendo que em 1,7% a infecção abrangeu o binômio.

Gráfico 5: Infecção materno-neonatal em percentual. Ribeirão Preto, SP, 2007

Estudos admitem que a rotura prematura das membranas trás consigo consequências potencialmente negativas, tanto para as mães quanto para seus conceptos, cumprindo papel importante na ocorrência de diferentes morbidades, dentre elas, quadros infecciosos maternos e neonatais⁽⁸⁾. Em um estudo que objetivava determinar a influência da corioamniorrexe prematura sobre alguns parâmetros perinatais, a endometrite foi a complicação materna mais frequente com 36,2% do total de complicações entre as pacientes com bolsa rota contra 9,5% entre as pacientes sem esse evento. Dentre as complicações neonatais, foi detectado um total de 217 complicações entre as primeiras e 137 entre as segundas. A sepse neonatal obteve *Odds Ratio* (OR)=1,66 (IC=95%), obtendo diferença estatisticamente significativa, juntamente com a síndrome da dificuldade respiratória e a hipóxia neonatal⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O misoprostol, que foi a droga mais utilizada para a indução do trabalho de parto neste estudo, tem sido considerado uma droga eficaz, embora não esteja ainda bem estabelecida a sua dose e o controle dos seus efeitos colaterais. O uso desse fármaco, associado ou não a ocitocina, garantiu maior taxa de parto vaginal, proporcionando boa vitalidade para o neonato e baixa ocorrência de infecção materno-fetal.

Entretanto, a taxa de cesárea de 37% deste estudo está acima daquela recomendada pela Organização Mundial de Saúde que não deve ultrapassar 15% do total de parto e condiz com a realidade brasileira.

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 índices e para escapar de sua lista extensa de desvantagens, além de proporcionar rápida recuperação, não haver dor no pós-parto e por favorecer a lactação.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Ministério da Saúde. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. Lopes V, Luz MRL, Alves AC, Souza GN, Souza E, Camano L. Alteração da matriz extracelular da cérvix uterina durante a gestação. *Femina*. 2008;36(1):21-4.
4. Camano L. Manual de orientações FEBRASGO: Assistência ao parto e tocurgia. São Paulo: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2002. 324 p.
5. Duarte G, Vieira CS, Mazzaro LZ, Nogueira AA, Mauad Filho F, Cunha SP. Misoprostol para indução do trabalho de parto com feto vivo. *Femina*. 2003;31(2):153-7.
6. Santos Filho AG, Andrade VM, Miranda VR. O uso de misoprostol para indução do parto de feto vivo. *Femina*. 2009;37(8):433-6.
7. Golino OS, Chein MBC, Brito LMO. Ruptura prematura de membranas: fisiopatologia, diagnóstico e conduta. *Femina*. 2006;34(10):711-7.
8. Silva SALC, Moraes Filho OB, Ferreira Neto PP, Silva AFS, Cavalcante RTCAA. Tratamento da ruptura prematura das membranas – Técnicas experimentais. *Femina*. 2008;36(7):419-23.
9. Aquino MMA, Mariani Neto C, Cecatti JG, Parpinelli MA. Misoprostol ou ocitocina para indução do parto? *Femina*. 2002;30(9):649-54.
10. Cecatti JG, Aquino MM, Parpinelli MA. A indução do trabalho de parto na pós maturidade. *Femina*. 2001;29(9):589-93.
11. Perrotti MRM, Cecatti JG, Bricola Filho M, Andrade KC, Santos FFA. Diagnóstico do Oligoâmnio pela Ultrasonografia: Uso de diferentes medidas do maior bolsão comparadas ao ILA. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000;22(1):7-12.
12. Macedo RM, Ávila I, Gonçalves MM. Misoprostol no amadurecimento cervical e indução do parto. *Femina*. 1998;26(5):379-81.
13. Rodríguez OF, Martínez IH, Morejón MP. Inducción del parto con oxitocina, prostaglandinas o ambas. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2001;27(2):135-40.
14. Caraballo MG, Nogueira KP, Ginestá IA, Prego LAR, Filiú HH. Factores de riesgo del síndrome de aspiración meconial. *Medisan*. [Internet]. 2006;10(3). Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san03306.pdf.
15. Feitosa FEL, Sampaio ZS, Albuquerque CU, Melo SMC, Alencar Júnior CA, Amorim MMR et al. Uso do misoprostol para indução do parto. *Femina*. 2004;32(9):771-9.
16. Madi JM, Morais EN, Locatelli E, Madi SRC, Rombaldi RL. Síndrome de aspiração do mecônio: análise de resultados obstétricos e perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(2):123-8.
17. Elías AG, Andino NA, Bell NMS, Pérez JMG, Fernandez LF, Pérez MCD. [Influencia de la rotura prematura de membranas em algunos resultados perinatales. Hospital general docente Dr. Agostinho Neto]. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2007;33(2). Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v33n2/gin03207.pdf>.

Artigo recebido em 03.04.2009.

Aprovado para publicação em 17.03.2010.

Artigo publicado em 30.06.2010.