

# MÉTODOS DE INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO: MISOPROSTOL, OCITOCINA E SONDA FOLEY, REVISÃO DE LITERATURA

Lia Marina Silva Almeida<sup>1</sup>

Rita Fernanda Freitas Alexandre<sup>2</sup>

Larissa Keylla Almeida de Jesus<sup>3</sup>

Enfermagem



ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

## RESUMO

A indução do parto consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas coordenadas e efetivas antes de seu início espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto em mulheres que ultrapassaram a 22<sup>a</sup> semana de gravidez que pode ser necessária para garantir a segurança da mãe e do concepto. A antecipação do parto pode ser necessária em diversas situações obstétricas, como gestação prolongada, diabetes, ruptura prematura das membranas e pré-eclâmpsia. Estima-se que mais de 15% de todas as gestantes apresentem alguma indicação de indução do parto. Vários métodos de indução do parto são propostos, tanto naturais como artificiais. Dentre estes métodos, o uso do misoprostol, ocitocina e sonda de Foley merecem especial destaque. O estudo em questão caracteriza-se por uma revisão integrativa da literatura, com abordagem exploratória, documental, descritiva, qualitativa realizada no período de abril a novembro de 2015. A coleta de dados foi realizada por meio de busca de estudos bibliográficos disponíveis em base de dados como LILACS, SCIELO. No presente estudo, foram levantados 35 artigos na base de dados e após uma leitura detalhada foram definidas as categorias. Para aprofundamento e discussão do tema foram selecionados 24 artigos aos quais correspondiam ao assunto escolhido. Esta pesquisa, portanto, objetivou descrever, através de um estudo bibliográfico qual o método descrito como mais utilizado para indução do trabalho de parto no período de 2005 a 2015. O misoprostol é o método mais utilizado para indução do trabalho de parto, seguido da ocitocina.

## **PALAVRAS- CHAVE**

Parto. Parto induzido. Misoprostol. Ocitocina.

## **ABSTRACT**

The induction of labor is to artificially stimulate coordinated and effective uterine contractions before its spontaneous onset, leading to the onset of labor in women who exceeded the 22th week of pregnancy that may be necessary to ensure the safety of the mother and fetus. The anticipation of delivery may be required in various obstetric conditions, such as prolonged pregnancy, diabetes, premature rupture of membranes and pre-eclampsia. It is estimated that over 15% of all pregnant women exhibit any indication of induction of labor. Various labor induction methods are proposed, both natural and artificial. Among these methods, the use of misoprostol, oxytocin and Foley catheter deserve special mention. The study in question is characterized by an integrative literature review, with exploratory approach, documental, descriptive, qualitative held from April to November 2015. Data collection was conducted through search bibliographical studies available from basic data as LILACS, SCIELO. In the present study, we were raised 35 articles in the database and after a detailed reading categories were defined. For deepening and discussion of the topic were selected 24 articles to which corresponded to the chosen subject. This study therefore aimed to describe, through a bibliographical study which method described as the most used for induction of labor in the period 2005 to 2015. That misoprostol is the most widely used method for induction of labor, followed by oxytocin.

## **KEYWORDS**

Labor. Induced Labor. Misoprostol. Oxytocin

## **1 INTRODUÇÃO**

O parto induzido de maneira artificial estimula as contrações uterinas coordenadas e efetivas antes de seu início espontâneo, levando ao trabalho de parto em mulheres a partir da 22<sup>a</sup> semana de gravidez. Desta maneira, é frequente a sua realização em diversas situações obstétricas, como gestações prolongadas, diabetes, ruptura das membranas, isoimunização Rh, síndromes hipertensivas, restrição do crescimento e óbito fetal. 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. Além disso, torna-se uma estratégia importante para a redução das taxas de cesáreas (GOMES et al., 2010; SOUZA et al.,2010).

Representa uma intervenção o que é comumente realizada, tanto por indicações clínicas quanto obstétricas. São utilizados métodos que desencadeiam contrações uterinas efetivas antes que se iniciem espontaneamente, a fim de promover a dilatação cervical e a descida da apresentação, culminando no parto vaginal. Pode ser necessária para garantir a segurança da mãe e o concepto (SOUZA et al., 2010).

Um dos períodos mais esperado da vida de uma mulher, é a gravidez. Além de ser considerado um momento singular, em virtude de poder apresentar, durante o seu andamento, algumas condições clínicas que possam desfavorecer o prognóstico tanto da mãe quanto do feto. É justamente nos casos onde as circunstâncias não podem esperar o curso fisiológico materno, que a indução do parto tem um papel de extrema importância, em virtude de reproduzir de maneira mais real, o parto normal e espontâneo (OKIDO et al., 2014; Souza et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2013).

Na tentativa de conservar o parto via vaginal, vários são os métodos utilizados para obter atividade uterina de trabalho de parto. Os métodos mecânicos incluem a rotura artificial de membranas (amniotomia), estimulação mamária, os dilatadores cervicais osmóticos, deslocamento digital de membranas no segmento inferior, os cateteres extraovulares (técnica de Krause/ sonda Foley) (GOMES et al., 2010).

Todavia, na prática obstétrica brasileira, as opções se restringem na utilização de dois métodos farmacológicos, como a ocitocina e as prostaglandinas. Os métodos mecânicos foram abandonados de maneira gradativa, mas em algumas situações, sua utilização é recomendada, tais como: indisponibilidade de PG (prostaglandinas) ou a presença de cicatriz uterina (OLIVEIRA et al., 2010; TEIXEIRA et al., 2010).

Há uma preocupação constante em investigar quais são os métodos mais utilizados e seguros para auxiliar na indução do parto, visto que a atenção está voltada na redução da morbidade e ansiedade maternas, no número de cesarianas, bem como no custo dos cuidados médicos (TEIXEIRA, 2010).

Nesse trabalho, serão abordados dois métodos farmacológicos, considerados os mais utilizados na prática de indução do trabalho de parto, que são a ocitocina e o misoprostol. Além de versar a respeito de um método mecânico, sendo este, a sonda de Foley, conhecida também como técnica de Krause. E, objetiva-se descrever, por meio de um estudo bibliográfico qual o método descrito como mais utilizado para indução do trabalho de parto no período de 2005 a 2015.

## **2 METODOLOGIA**

O estudo em questão caracteriza-se por uma revisão integrativa da literatura, com abordagem exploratória, documental, descritiva, qualitativa realizada no período

de abril a novembro de 2015. A coleta de dados foi realizada por meio de busca de estudos bibliográficos disponíveis em base de dados como LILACS, SCIELO, por meio de uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos publicados sobre a temática indução do trabalho de parto dos últimos dez anos.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados uma tabela contendo nomes dos autores, ano de publicação, título, objetivo, revista publicada, box de dados e a conclusão. Os artigos foram analisados mediante leitura dos resumos, no intuito de confirmar a temática abordada, de acordo com as seguintes categorias: parto, parto induzido, ocitocina, misoprostol, trabalho de parto. Foram utilizados estudos publicados entre o período de 2005 a 2015. A coleta de dados foi iniciada em abril de 2015 até o término dessa pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica não foi necessário submeter a pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa. Contudo, as pesquisadoras se comprometem com os direitos autorais dos artigos utilizados. Após o rastreamento dos dados, os artigos foram identificados conforme os enfoques priorizados, agrupados e apresentados em tabelas.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Historicamente, tanto o trabalho de parto (TP) quanto o parto ocorriam no ambiente domiciliar, com a ajuda de outra mulher, geralmente uma parteira, amparada por crenças e habilidades empíricas. A hospitalização do parto ocorrido no século XX foi de extrema importância para a apropriação do saber nessa área e para o desenvolvimento do saber na medicina, culminando com a medicalização do corpo feminino e a submissão da mulher durante o parto (MAFETONI; SHIMO, 2014).

O TP é um acontecimento natural, que ocorre em gestantes com idade gestacional entre 37 e 42 semanas. Seu início ocorre espontaneamente, o risco é baixo e o recém-nascido apresenta-se, em sua grande maioria em posição cefálica (PEIXOTO, 2013).

O trabalho de parto iniciado espontaneamente deve ser considerado como síndrome composta pelos seguintes elementos: apagamento do colo, dilatação cervical, formação da bolsa das águas, emissão de mucosidades e contrações uterinas. Qualquer método que pretenda induzir o parto deveria levar em consideração esses parâmetros. (CUNHA, 2010, p. 10).

A indução do parto é um dos procedimentos mais utilizados durante o trabalho de parto. O objetivo dessa indução é estimular contrações uterinas efetivas antes do deflagrar espontâneo, a fim de promover a dilatação cervical e a descida da apresen-

tação fetal em mulheres com mais de 22 semanas de idade gestacional, culminando para o parto normal (SOUZA et al., 2013).

Segundo Oliveira (2011), fisiologicamente, o trabalho de parto é complexo, de modo que quando se tem uma cérvix desfavorável, há um risco aumentado na falha da indução. Além de poder resultar em trabalhos de partos exaustivos e de longa duração, aumentando a possibilidade de partos de fórceps, cesáreas e tempo prolongado de hospitalização.

Para a avaliação do colo uterino, existem inúmeras técnicas, porém a mais utilizada é o escore de Bishop, que avalia o grau de descida da apresentação fetal em relação à bacia materna e as alterações clínicas do colo. Esse método baseia-se em escore numérico e avalia qualitativamente algumas características como: orientação, amolecimento, esvaecimento e dilatação, bem como altura da apresentação fetal (GOMES, 2010).

O escore de Bishop foi criado em 1964, com cinco variáveis: altura da apresentação do polo fetal; grau de apagamento; dilatação; posição e consistência do colo uterino. Tem sido muito empregado, desde a sua criação, como principal fator preditivo do tempo de duração do trabalho de parto e do tipo de parto, sempre que há uma necessidade clínica ou obstétrica de se realizar uma indução. Em 1996, passou a ser chamado de escore de Bishop modificado, em virtude da substituição da avaliação do grau de apagamento cervical por comprimento do colo uterino, em centímetros (ARAGÃO et al., 2011).

Tabela 1 - Índice de Bishop modificado (1964).

Pontuação	0	1	2	3
Altura da Apresentação	-3	-2	-1/0	+1/+2
Dilatação do colo (cm)	0	1-2	3-4	>4
Comprimento do colo (cm)	>2	2	1	< 1
Consistência do colo	Firme	Intermediária	Amolecida	-
Posição do colo	Posterior	Intermediária	Central	-

Fonte: Souza e outros autores (2013).

Contrações uterinas e um colo de amadurecimento cervical adequado são dois fatores importantes no trabalho de parto que contribuem para o resultado de uma boa gravidez. Os benefícios da indução devem ser ponderados contra os potenciais riscos maternos e fetais associados a este procedimento. Quando os benefícios do nascimento prematuro são maiores do que os riscos de continuar a gravidez, o trabalho de indução de parto pode ser justificado como uma intervenção terapêutica (AALAMI-HARANDI; KARAMALI; MOEINI, 2013).

Estima-se que 15% de todas as gestantes apresentam alguma indicação de indução do parto. Na presença do feto vivo a termo, o trabalho de parto induzido é indicado em inúmeras situações clínicas, tais como: gestações prolongadas, ruptura prematura das membranas, pré-eclâmpsia, diabetes, oligo-hidrânio e restrições do crescimento fetal (SOUZA et al., 2010).

As contraindicações existentes podem ser absolutas ou relativas. Dentre as absolutas incluem-se: placenta prévia centro-total, vasa prévia, apresentação córmica, prolapso do cordão umbilical, anormalidade na pelve materna, tumores prévios (tumor de colo ou vagina e mioma uterino em segmento inferior), desproporção céfalo-pélvica, herpes genital ativo, cesárea clássica anterior e outras cicatrizes uterinas prévias. Dentre algumas contra-indicações relativas, algumas merecem destaque: frequência cardíaca fetal não – tranquilizadora, macrosomia fetal, gestação gemelar, apresentação pélvica, doença cardíaca materna, polidrânio, grande multiparidade e oligo- hidrânio (CUNHA, 2010; SOUZA et al., 2010).

A escolha do método ideal vai depender das condições do processo de maturação cervical, a fim de evitar procedimentos de longa duração, exaustivos e com risco na falha de indução, assim como alterações na contração uterina, o que eleva a incidência de cesáreas e aumento da morbidade e mortalidade materna em associação com fenômenos hemorrágicos, infecciosos e tromboembólicos (SOUZA, 2013).

Para iniciar a indução do trabalho de parto, se faz necessário uma seleção criteriosa a cerca do melhor método, que deve levar em consideração alguns parâmetros como: efetividade, segurança, custo, facilidade de administração e conforto para a usuária. Estes parâmetros devem ser avaliados de maneira que possam proporcionar uma conduta obstétrica adequada, beneficiando o binômio materno-fetal (GOMES et al., 2010).

Várias são as opções utilizadas para obter atividade uterina de trabalho de parto, na tentativa de conservar o parto normal. Contudo, na prática obstétrica do país, as opções se resumem na utilização das prostaglandinas (misoprostol), ocitocina e técnica de Krause/ sonda de Foley.

O misoprostol é uma prostaglandina do tipo E1, que é análoga, considerada segura e eficaz para maturação e dilatação do colo do útero. Estimula o miométrio, pois atua sobre a matriz extracelular do colo uterino e modifica a estrutura do colágeno, aumentando assim a concentração de ácido hialurônico e água. Além de promover relaxamento da musculatura lisa, facilitando assim a dilatação e permitindo o acréscimo do cálcio intracelular, promovendo a contração uterina (GOMES et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2010; GATTÁS et al., 2012).

Pode ser utilizado por meio de várias vias de administração, sendo o uso vaginal o mais comum, em decorrência da melhor biodisponibilidade das doses utilizadas

em relação a outras formas de apresentação. Porém há estudos que relatam outras vias de administração, dentre elas: oral, sublingual e retal. Nas gestações a termo preconiza-se doses de 25mg a 50mg, entre três a seis horas, conforme o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e Ministério da Saúde do Brasil (GOMES et al., 2010).

No Brasil, o misoprostol é aprovado para uso vaginal e a preparação é indicada nos casos quando é necessário induzir o parto perto da gravidez a termo, feto morto retido ou no caso de abortos legais. Apesar do regulamento oficial pelo governo, o fornecimento irregular ainda é uma barreira no Brasil. Além disso, o uso de misoprostol na presença de uma cicatriz anterior uterina e/ou cesariana anterior, aumenta o risco de ruptura uterina (NASCIMENTO et al., 2013).

O misoprostol possui algumas vantagens que se faz necessário citar: baixo custo, fácil estocagem e simplicidade do uso. Porém seu uso ainda é contraindicado em pacientes portadoras de cicatriz uterina, mesmo que seja utilizado em baixas dosagens, além de apresentar efeitos adversos como a hiperestimulação uterina, traduzida por hipertonia e taquissístolia, podendo evoluir para uma ruptura uterina (OLIVEIRA, 2010).

Outro método farmacológico bastante utilizado na indução do parto é a ocitocina, que possui uma ação rápida, frequência menor de hiperestimulação uterina e eliminação rápida após a sua suspensão. Porém deve-se atentar para o uso abusivo de tal método, em decorrência de conter uma estrutura similar a vasopressina, que aumenta o risco de hipervolemia, edema agudo de pulmão, convulsão, coma e pode levar a óbito (SOUZA et al., 2013; GOMES, 2010).

Geralmente, a administração da ocitocina é por via endovenosa, por uma bomba infusora, permitindo assim um controle preciso, diluída em solução isotônica e concentração pré-determinada. Usualmente utiliza-se uma dose de 10 UI/ml. Por outro lado, o uso por via endovenosa, provoca uma limitação dos movimentos nas gestantes e aumenta o risco de intoxicação hídrica, em virtude da ocitocina ser antidiurética, resultando em retenção hídrica e hiponatremia (TEIXEIRA, 2010; GOMES, 2010).

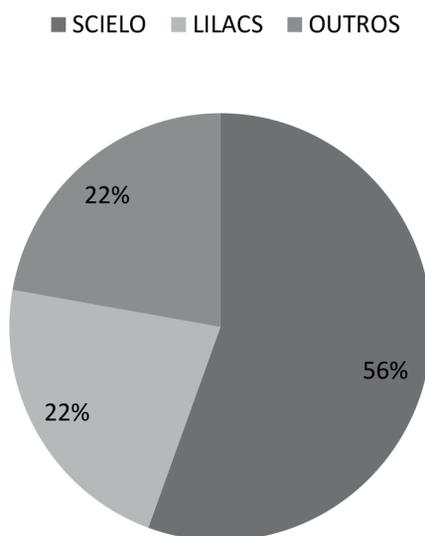
Os métodos mecânicos foram os primeiros desenvolvidos para o amadurecimento do colo uterino e indução do parto. Eles nunca foram abandonados completamente, mas vêm sendo substituídos pelos métodos farmacológicos. A primeira utilização de cateteres introduzidos no espaço extra-amniótico para indução do trabalho de parto ocorreu em 1853, por Krause. Nesta época, o cateter era rígido, sendo posteriormente utilizado um cateter mais flexível, denominado, sonda de Foley (SOUZA et al., 2010).

Esse método consiste na inserção de sonda de Foley nº 12, ultrapassando o orifício interno do colo, enchimento do balão e tração por fixação da sonda à perna da gestante. Seu mecanismo de ação não se limita somente à dilatação mecânica, como também estimula a produção local de prostaglandinas, devido à separação do corion da decidua, sem causar os efeitos colaterais, permitindo assim, seu uso em pacientes portadoras de cicatrizes uterinas pregressas (OLIVEIRA et al., 2010; SOUZA et al., 2010).

O uso da sonda Foley, por sua vez, possui inúmeras vantagens: aplicação relativamente fácil, simplicidade de estocagem, baixo custo, fácil remoção e, por não atuar no miométrio, constitui opção para gestantes com cicatriz uterina segmentar. Desta forma, métodos alternativos para essas circunstâncias, necessitam de avaliação em termos de efetividade clínica. Neste cenário, vale destacar a possibilidade do uso de um método mecânico, a sonda Foley / técnica de Krause.

No presente estudo inicialmente foram levantados 35 artigos na base de dados, após uma leitura detalhada foram definidas as categorias. Para aprofundamento e discussão do tema foram selecionados 24 artigos, os quais correspondiam ao assunto escolhido. Em seguida os artigos foram eleitos por similaridade no conteúdo para uma consequente interpretação e discussão.

Gráfico 1 – Distribuição do banco de dados utilizado na pesquisa



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.

No quadro a seguir estão dispostos o referencial teórico dos artigos escolhidos que estão agrupados de acordo com o ano, contém ainda autores, título, fonte e base de dados.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados e analisados sobre a temática métodos de indução do trabalho de parto no período de 2005 a 2015

Nº	Autores	Ano	Título	Fonte	Base de dados
1	MORAES FILHO, Olímpio Barbosa, et al.	2005	Misoprostol sublingual versus vaginal para indução do parto a termo.	Rev. Bras. Giecol. Obstet	SCIELO
2	MORAES FILHO, Olímpio Barbosa, et al.	2005	Métodos para indução do parto	Rev. Bras. Giecol. Obstet	SCIELO
3	FEITOSA, Francisco Edson de Lucena, et al.	2006	Nova formulação de misoprostol sublingual na indução do trabalho de parto	RevAssoc-MedBras	SCIELO
4	CUNHA, Alfredo de Almeida.	2010	Indução do trabalho de parto com feto vivo.	FEMINA	LILACS
5	GOMES, Karen, et al.	2010	Indução do trabalho de parto em primíparas.	Rev. Eletr. Enf	LILACS
6	OLIVEIRA, Maria Virgínia de Oliveira e	2010	Sonda de Foley cervical versus misoprostol vaginal para o preparo cervical e indução do parto:um ensaio clínico randomizado	Rev. Bras. Giecol. Obstet	SCIELO
7	SOUZA, Alex Sandro Rolland, et al.	2010	Análise crítica dos métodos não farmacológicos de indução do trabalho de parto	FEMINA	LILACS
8	SOUZA, Alex Sandro Rolland, et al.	2010	Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades	FEMINA	LILACS
9	SOUZA, Alex Sandro Rolland, et al.	2010	Solução oral escalonada de misoprostol para indução do parto: estudo piloto	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	SCIELO
10	SOUZA, Alex Sandro Rolland, et al.	2010	Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor?	FEMINA	LILACS
11	TEIXEIRA, Liliana Raquel Machado	2010	Indução do trabalho de parto: métodos farmacológicos	Dissertação de Mestrado em Medicina	UNIVERSIDADE DO PORTO
12	ARAGÃO, José RichelmyBrazil Frota, et al	2011	Ultrassonografia do colo uterino versus índice de Bishop como preditor de parto vaginal	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	SCIELO

Nº	Autores	Ano	Título	Fonte	Base de dados
13	GIGLIO, Margaret Rocha Peixoto, et al	2011	Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	SCIELO
14	OLIVEIRA, Tenilson Amaral, et al.	2011	Eficácia de dinoprostone e misoprostol para indução do trabalho de parto em nulíparas	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	SCIELO
15	SAMPAIO, Anderson Gonçalves ;SOUZA, Alex Sandro Rolland , NETO, Carlos Noronha	2011	Fatores associados à indução do parto em gestantes com óbito após a 20ª semana.	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.	SCIELO
16	GATTÁS, Danielle Sofia de Moraes Barros, et al.	2012	Baixa dose de misoprostol sublingual (12,5µg) para indução do parto	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	SCIELO
17	AALAMI - HARANDI, Rezvan; KARAMALI, Maryam; MOENI, Aida	2013	Induction of labor with titrated oral misoprostol solution versus oxytocin in term pregnancy: randomized controlled trial.	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	SCIELO
18	NASCIMENTO, Maria Isabel do, et al.	2013	Misoprostol use under routine conditions for termination of pregnancies with intrauterine fetal death	Rev. Assoc. Med. Bras.	SCIELO
19	PEIXOTO, Kle-diane D'Ávila	2013	A implementação de indução do trabalho de parto em um hospital universitário.	TCC	UFRGS
20	SOUZA, Alex Sandro Rolland, et al.	2013	Métodos de indução do trabalho de parto	FEMINA	LILACS

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.

Para Morais Filho e colaboradores (2005) o misoprostol é considerado tão ou mais eficiente que as outras prostaglandinas e mais eficaz que a ocitocina para a indução do parto com colo imaturo. Sendo as doenças hipertensivas as responsáveis pela maioria das indicações para indução do parto. A ruptura prematura das membranas foi a segunda indicação mais frequente em ambos os grupos.

Baseado em outro estudo de Morais Filho e colaboradores, em 2005, ele relatou que para se obter sucesso na indução do parto com a utilização da sonda de Foley,

geralmente é necessária a associação com ocitocina. Ou seja, a sonda promove o amadurecimento cervical, ao passo que a ocitocina é responsável pelo incremento da contração uterina. Desta maneira, sonda Foley e ocitocina podem ser tão efetivas quanto o misoprostol para indução do parto.

Relatou ainda, que quando o colo uterino é imaturo, a indução do parto apenas com a utilização da ocitocina está associada a percentual elevado de partos prolongados, de doses elevadas com o risco de intoxicação hídrica, de falhas e, conseqüentemente, aumento da incidência de cesáreas. Nesta situação, praticamente já é consenso que outros agentes, como o misoprostol, têm melhor efetividade.

Destacou-se nesse trabalho de Morais Filho e colaboradores (2005), que estudos comparativos mostraram que o misoprostol é tão eficiente ou mais que as outras prostaglandinas e mais eficaz que a ocitocina na indução do parto com colo imaturo. Comparativamente à ocitocina, o misoprostol por via vaginal está associado a um maior sucesso da indução do trabalho de parto, embora também haja um aumento da hipercontratibilidade uterina, mas sem repercussões sobre a frequência cardíaca fetal.

Baseado no estudo de Feitosa e outros autores (2006), eles afirmam que o misoprostol é mais efetivo que os métodos convencionais para amadurecimento do colo e indução do parto, associando-se a maior frequência de partos vaginais dentro de 24 horas e menor necessidade de utilização de ocitocina. Complementa ainda, relatando que estes resultados não são surpreendentes quando se considera que o misoprostol representa, na atualidade, alternativa extremamente eficaz para indução do trabalho de parto em gestantes com colo desfavorável.

Segundo estudos de Souza e outros autores (2010), a sonda de Foley constitui um procedimento efetivo que pode ser usado na presença de contra-indicações para os métodos farmacológicos, especialmente em gestantes com cesárea anterior, porém persistem preocupações quanto ao risco de infecção materna e fetal.

Souza e outros autores (2010), a seleção do melhor método para indução do parto deve considerar parâmetros como efetividade, segurança, custo, facilidade de administração e conforto para a usuária. A ocitocina é um método de indução efetivo que pode ser usado em pacientes com ruptura das membranas amnióticas. O misoprostol é efetivo para indução do parto independentemente da integridade das membranas, além de ser o preferido devido a questões práticas, como baixo custo e a facilidade de administração e estocagem.

De acordo com Oliveira e colaboradores (2010), o misoprostol desencadeou mais vezes o parto de forma espontânea e menor uso de ocitocina. A sonda de Foley causou mais desconforto à paciente e não houve diferenças em relação ao tempo necessário para evolução do índice de Bishop, para o desencadeamento do parto e

nas taxas de cesáreas. O uso da sonda de Foley apresentou efetividade semelhante ao misoprostol para o preparo cervical, porém foi menos efetivo para o desencadeamento espontâneo do parto.

Oliveira e colaboradores (2011), afirmam que o misoprostol é eficaz para indução do trabalho de parto vaginal, embora seja necessário a associação com a ocitocina, apresentando perfil de segurança semelhante, sendo que a maior eficiência do misoprostol é no amadurecimento cervical.

De acordo com o estudo de Sampaio e outros autores (2011), o método de indução mais utilizado foi o medicamentoso com o misoprostol, seguido de ocitocina. Em contrapartida, nenhuma gestante foi submetida ao emprego da sonda de Foley, usualmente utilizada em pacientes com história anterior de cesárea.

Gattás e outros autores (2012), os desfechos maternos e fetais foram favoráveis depois da indução do parto com misoprostol sublingual na dose de 12,5mg a cada seis horas. Baseado nos estudos de Gomes e colaboradores (2013), o misoprostol, foi a droga mais utilizada para a indução do trabalho de parto. 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.

Segundo Souza e outros autores (2013), a ocitocina é o método mais utilizado para indução do parto por sua ação rápida, menor frequência de hiperestimulação uterina e a rápida eliminação após a suspensão, porém está indicado no índice em condições cervicais favoráveis, enquanto que o misoprostol está indicado no índice de Bishop desfavorável.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A decisão mais importante ao se considerar a indução do trabalho de parto é se a indução é ou não justificada, e não como dever ser realizada. Qualquer que seja o método escolhido para implementar a decisão de induzir o trabalho de parto, sempre se deve monitorizar cuidadosamente a contratilidade uterina e o bem-estar materno-fetal.

A Sonda de Foley é utilizada nos casos de contraindicação ao misoprostol, para indução do trabalho de parto e/ou na maturação cervical, embora seja uma alternativa mais lenta, também é eficaz. A associação com a ocitocina diminui o risco de cesárea em relação ao parto induzido apenas com ocitocina, parecendo ser tão efetiva quanto o misoprostol. A ocitocina, utilizada para estimular as contrações uterinas, ocorre melhor resposta nas últimas semanas de gestação, pois é dependente dos níveis de estrogênio circulante. Não é usualmente indicada quando o colo ainda

é imaturo. Omisoprostol é mais efetivo para amadurecimento do colo e indução do parto e representa uma alternativa extremamente eficaz para indução do trabalho de parto em gestantes com colo desfavorável.

De acordo com o que foi estudado, omisoprostol foi o método mais utilizado em todos os estudos pesquisados e recebeu maior atenção como agente modificador do colo e indutor do trabalho de parto, pois tem como principais vantagens o menor risco de efeitos colaterais, custo reduzido e facilidade de conservação e estocagem.

## REFERÊNCIAS

AALAMI - HARANDI, Rezvan; KARAMALI, Maryam; MOENI, Aida. Induction of labor with titrated oral misoprostol solution versus oxytocin in term pregnancy: randomized controlled trial. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.35, n.2, p.60-65, 2013. Acesso em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23412004>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

ARAGÃO, José Richelmy Brazil Frota, et al. Ultrassonografia do colo uterino versus índice de Bishop como preditor de parto vaginal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.33, n.11, p.361-366, nov. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001100007>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

CUNHA, Alfredo de Almeida. Indução do trabalho de parto com feto vivo. **FEMINA.** Rio de Janeiro, v.38, n.9, p.469-480, set. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a469-480.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

FEITOSA, Francisco Edson de Lucena *et al.* Nova formulação de misoprostol sublingual na indução do trabalho de parto. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v.52, n.4, p.251-255, jul-ago 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000400026>>. Acesso em: 2 nov. 2015.

GATTÁS, Danielle Sofia de Moraes Barro, *et al.* Baixa dose de misoprostol sublingual (12,5µg) para indução do parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.34, n.4, p.164-169, abr. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000400005>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

GOMES, Karen *et al.* Indução do trabalho de parto em primíparas com gestação de baixo risco. **Rev. Eletr. Enf.** São Paulo, v.12, n.2, p.360-366, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a21.htm>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

MAFETONI, Reginaldo Roque; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Efeitos da acupressão na evolução do parto e taxa de cesárea: ensaio clínico randomizado. **Rev. Saúde**

**Pública.** São Paulo, v.49, n.9, p.1-9, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt\\_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005407.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005407.pdf)>. 12 mar. 2015.

MORAES FILHO, Olímpio Barbosa de *et al.* Misoprostol sublingual versus vaginal para indução do parto a termo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.24-31, jan. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000100006>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

MORAES FILHO, Olímpio Barbosa de; CECATTI, José Guilherme; FEITOSA, Francisco Edson de Lucena. Métodos para indução do parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.27, n.8, p.493-500, ago. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000800010>>. Acesso em: 2 nov. 2015.

NASCIMENTO, Maria Isabel do *et al.* Misoprostol use under routine conditions for termination of pregnancies with intrauterine fetal death Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, v.59, n.4, jul-ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.02.005>>. Acesso em: 23 maio 2015.

OLIVEIRA, Maria Virgínia de Oliveira e *et al.* Sonda de Foley cervical *versus* misoprostol vaginal para o preparo cervical e indução do parto:um ensaio clínico randomizado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** São Paulo, v.32, n.7, p.346-351, jul. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-7203201000070000>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

OLIVEIRA, Tenilson Amaral *et al.* Eficácia de dinoprostone e misoprostol para indução do trabalho de parto em nulíparas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** São Paulo, v.33, n.3, p.118-122, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032011000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032011000300003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 9 mar. 2015.

OKIDO, Marcos Masaru *et al.* Rotura e deiscência de cicatriz uterina: estudo de casos em uma maternidade de baixo risco do sudeste brasileiro. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, v.36, n. 9, set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320140005053>>. Acesso em: 25 maio 2015.

PEIXOTO, Klediane D'Ávila. **A implementação de indução do trabalho de parto em um hospital universitário.** 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC em Enfermagem) – Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/78446>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

SAMPAIO, Ânderson Gonçalves; SOUZA, Alex Sandro Rolland; NETO, Carlos Noronha. Fatores associados à indução do parto em gestantes com óbito fetal após a 20ª semana. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v.11, n.2, p.125-131, abr-jun, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000200003>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* Análise crítica dos métodos não farmacológicos de indução do trabalho de parto. **FEMINA**. Recife, v.38, n.4, p.195-201, abr. 2010a. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a004.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. **FEMINA**. Recife, v.38, n.4, p.185-194, abr. 2010b. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* Solução oral escalonada de misoprostol para indução do parto: estudo piloto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Recife, v.32, n.5, p.208-213, abr. 2010c. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032010000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000500002)>. Acesso em: 9 mar. 2015.

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor? **FEMINA**. Recife, v.38, n.5, p.277-287, maio 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a010.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* Métodos de indução do trabalho de parto. **FEMINA**. São Paulo, v.41, n.1, p.47-54, jan-fev. 2013a. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3781.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* O uso do misoprostol para indução do trabalho de parto. **FEMINA**. Rio de Janeiro, v.41, n.1, p.433-436, jan-fev. 2013b. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a003.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

TEIXEIRA, Liliana Raquel Machado. **Indução do trabalho de parto**: métodos farmacológicos. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal, abril, 2010. Disponível em: <<http://repositorio-Farmacolgicos.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

---

**Data do recebimento:** 4 de Agosto de 2016

**Data da avaliação:** 3 de Outubro de 2016

**Data de aceite:** 24 de janeiro de 2017

---

---

1. Acadêmica de Enfermagem - UNIT - Universidade Tiradentes

2. Acadêmica de Enfermagem - UNIT - Universidade Tiradentes

3. Mestre em Saúde e Ambiente. Prof<sup>a</sup> da disciplina Semiologia e Semiotécnica do Curso de Graduação em Enfermagem UNIT