



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

DESFECHOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS DE PARTURIENTES SUBMETIDAS À INDUÇÃO OU CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO COM OCITOCINA

Marília Alves Furtado¹, Adriana Moreno de Lima¹, Lígia Maria Alves Rocha¹, Marcella Rocha Tavares de Souza², Ana Kelve de Castro Damasceno³, Tatiane da Silva Coelho⁴, Guilherme Frederico Abdul Nour⁴ and Maria Salete Barbosa Monteiro⁵

¹Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Residentes em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil

²Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil

³Universidade Federal do Ceará, Professor Associado do Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil

⁴Universidade Federal do Ceará, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Enfermeiros Obstétricos, Mestres em Enfermagem pela UFC, Fortaleza, CE, Brasil

⁵Faculdade Estácio do Ceará, Departamento de Enfermagem, Enfermeira, Fortaleza, CE, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 18th October, 2019

Received in revised form

11th November, 2019

Accepted 26th December, 2019

Published online 31st January, 2020

Key Words:

Ocitocina. Trabalho de parto. Obstetria.

*Corresponding author:

Marília Alves Furtado

ABSTRACT

Objetivo: Analisar os desfechos maternos e neonatais de parturientes com gestação a termo que foram submetidas à indução ou condução do parto com ocitocina. **Método:** Estudo documental realizado em uma maternidade terciária, de fevereiro a abril de 2018 com 113 parturientes submetidas à ocitocina. **Resultados:** A maior causa de indicação médica para o uso da ocitocina foi a condução do parto devido à distócia motora (69,9%). A ocorrência de taquissístolia uterina foi o principal efeito adverso materno da droga (8,3%), seguido de náuseas e vômitos (7,07%). A maioria (64,6%) das pacientes evoluíram para o parto vaginal. 15,9% dos neonatos necessitaram do uso de O₂, 14,2% foi internado em UTI neonatal e 40,5% apresentou mecônio ao nascimento. O número de gestações esteve relacionado com a internação em UTI neonatal (p=0,018), a duração do TP influenciou o desfecho do parto (p=0,014) e o tempo de indução influenciou a ocorrência de taquissístolia (p=0,037). **Conclusão:** A ocitocina teve sucesso em alcançar o parto vaginal, o principal desfecho materno foi a ocorrência de taquissístolia uterina e o principal desfecho neonatal foi a presença de mecônio ao nascimento, seguido de uso de O₂.

Copyright © 2020, Romano Deluque Júnior et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Marília Alves Furtado, Adriana Moreno de Lima, Lígia Maria Alves Rocha, Marcella Rocha Tavares de Souza et al. 2020. "Desfechos obstétricos e neonatais de parturientes submetidas à indução ou condução do trabalho de parto com ocitocina", *International Journal of Development Research*, 10, (01), 33473-33477.

INTRODUCTION

A indução do trabalho de parto consiste na utilização de métodos mecânicos ou farmacológicos para artificialmente iniciar as contrações uterinas em mulheres com indicação para parto vaginal e que possuam alguma indicação clínica ou obstétrica para interromper a gestação. Além da indução propriamente dita, há ainda a condução do parto, que se refere à estimulação das contrações uterinas espontâneas para a aceleração do trabalho de parto (TP), ou quando essas contrações são consideradas ineficazes para causar a dilatação do colo uterino e para a descida fetal (BUDDEN; CHEN; HENRY, 2014). O método farmacológico mais utilizado para indução ou condução do parto no mundo é a ocitocina, sendo

utilizada em cerca de 50% de todos os partos nos Estados Unidos (KRENING; KIMBERLY; GARKO, 2012). Trata-se de um hormônio produzido no hipotálamo e secretado pela neuro-hipófise, da classe dos ocitócitos, responsável pelas contrações do fundo uterino à cervix, durante o TP (BUDDEN; CHEN; HENRY, 2014). O objetivo da ocitocina para a indução ou condução do parto é o de produzir contrações uterinas rítmicas e normais em intensidade e duração, possibilitando assim o sucesso do parto vaginal, e evitando a necessidade de parto cesáreo (ARGUETA et al., 2012). No entanto, a ocitocina não é uma substância livre de riscos maternos e fetais. Designada em 2007 como uma medicação de alta alerta pelo Institute for Safe Medical Practice nos EUA, a ocitocina necessita de especial atenção

durante a administração e possui um risco aumentado de causar danos à mãe e ao feto quando usada de forma negligente (KRENING; KIMBERLY; GARKO, 2012). Apesar de todos os fatores a serem levados em consideração para o seu uso, poucos estudos tratam dos principais desfechos do parto com ocitocina. Além disso, ainda não há um consenso sobre qual a dose inicial e final ideal da ocitocina. Assim, esse estudo mostra-se relevante à medida que trará à luz os principais desfechos do parto de mulheres em uso da ocitocina, e quais as dosagens utilizadas associadas a tais desfechos, permitindo assim o reconhecimento de complicações advindas do seu uso, bem como ajudará no julgamento clínico sobre qual dosagem ideal para o uso da ocitocina para a indução ou condução do trabalho de parto. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi o de analisar os desfechos maternos e neonatais de parturientes com gestação a termo que foram submetidas à indução ou condução do parto com ocitocina.

MATERIAIS E MÉTODOS

Um estudo documental retrospectivo foi realizado durante os meses de fevereiro a abril de 2018 em uma maternidade terciária no Nordeste do Brasil, mais especificamente na cidade de Fortaleza, Ceará. Essa instituição é vinculada ao SUS, de nível terciário, onde são desenvolvidas atividades de média e alta complexidade, na atenção hospitalar e ambulatorial à mulher e ao recém-nascido (HOLANDA *et al.*, 2018). Todas as 390 mulheres submetidas à indução e ou condução do trabalho de parto com ocitocina durante o ano de 2017 na referida instituição constituíram a população estudada. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: Mulheres com gestação a termo, a partir 37 semanas a 41 semanas e seis dias (REZENDE; MONTENEGRO, 2017), com feto viável, que foram submetidas a indução ou condução do TP com ocitocina e que possuíam o “Plano Terapêutico de Uso da Ocitocina” preenchido. Foram excluídas as mulheres submetidas à indução com ocitocina associada ao Misoprostol e aquelas cujos prontuários não foram localizados no SAME da maternidade. *Após o emprego dos critérios de inclusão e exclusão, os prontuários de 113 mulheres foram analisados.*

A ficha intitulada “Plano Terapêutico de Uso da Ocitocina” é um instrumento que permite acompanhar e documentar as dosagens nas quais a paciente teve a droga infundida, a dinâmica uterina associada, a frequência cardíaca fetal e os respectivos horários de administração da droga, bem como permite documentar o motivo médico de indicação de uso da droga e o respectivo índice de Bishop. A coleta de dados foi realizada através de um instrumento estruturado contruído para essa pesquisa que contemplava as informações sobre o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres, sobre a indicação da ocitocina e condução da terapia, sobre as condições neonatais e as condições maternas. A dinâmica uterina foi considerada eficiente com a presença de no mínimo três contrações uterinas em 10 minutos, com duração mínima de 20 segundos. Para a ocorrência de taquissístolia uterina foram considerados como critério a presença de no mínimo seis contrações em 10 minutos, ou contrações durando 120 segundos ou mais. Os dados foram analisados de forma descritiva e, posteriormente a verificação do padrão de distribuição dos dados, foram aplicados os testes T de Student e U de Mann-Whitney. Ao analisar três ou mais grupos da mesma variável foram utilizados os testes Anova e Anova On Ranks. Para as variáveis categóricas e ordinais foram aplicados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher.

O nível de significância escolhido foi o de 95%, com erro de 5%, sendo considerado significativo o valor de $p < 0,05$. A pesquisa foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e pela Plataforma Brasil, e aprovado segundo parecer 2510985. Os dados foram coletados respeitando-se os princípios éticos da pesquisa com seres humanos de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

A idade média das pacientes foi de 23,7 anos, a maioria era procedente da capital (77,8%) e solteira (60%). A idade gestacional (IG) média se situou em torno de 39 semanas e quatro dias e mais da metade (61,9%) das pacientes era primípara. Quase metade das mulheres (49,5%) apresentou algum tipo de intercorrência durante a gestação, sendo predominante as infecções do trato urinário (ITU), totalizando 43 relatos. Outras intercorrências foram: hemorragia, febre chikungunya, crise asmática, síncope, trabalho de parto prematuro (TPP), uso de maconha na gestação, e trombocitopenia imune primária (PTI). A maior parte ($n=79$; 69,9%) das indicações para o uso da ocitocina foi a distócia motora. 65,5% das mulheres tinham dinâmica uterina ineficiente antes do início da infusão e 63,88% destas se tornaram eficientes com a ocitocina. O tempo médio do TP, correspondeu a 9,05 horas, com um máximo de duração de 28 horas e 40 minutos e mínimo de 30 minutos. A duração média da indução/condução foi de 3,06 horas, com duração máxima de 18 horas e mínima de 5 minutos. A média da dilatação das pacientes no início da indução foi de 7 centímetros, sendo que 5 (6,3%) mulheres iniciaram a droga antes dos 5cm. Por fim, 76,12% da amostra atingiu a dilatação de 10cm ao término da indução (Tabela 1).

A bolsa amniótica de 35 pacientes estava íntegra no início da indução/condução do TP e, destas, 29 (82,8%) foram submetidas à amniotomia. Esse dado não estava disponível nos prontuários das sete pacientes restantes. Dentre as pacientes que tiveram suas bolsas rompidas, nove apresentavam dilatação cervical menor que 7cm e três prontuários não continham esse dado. 97,35% das pacientes teve a infusão de ocitocina iniciada em 6mL/h e vazão final predominante foi também de 6ml/h, correspondendo a 39,82% das pacientes. O número médio de vezes que a vazão da droga foi aumentada correspondeu a $1,18 \pm 0,126$ vezes, com mínimo de zero e máximo de 5 vezes. A ocorrência de taquissístolia uterina foi o principal efeito adverso materno da droga (8,3%), seguido de náuseas e vômitos (7,07%) e dor intensa (4,42%). Ressalta-se que uma paciente teve a indicação de suspensão da droga devido à ocorrência de vômitos associados à hipertonia uterina. Destaca-se que 15% das pacientes utilizaram analgesia farmacológica no trabalho de parto e em 73,3% destas, a analgesia foi realizada antes da indicação de uso da ocitocina. Quanto ao desfecho do parto, 64,6% das pacientes evoluíram para o parto vaginal, e 28,3% das pacientes submetidas à operação cesariana. Proporcionalmente, as mulheres que sofreram amniotomia tiveram mais partos cesáreos (31,25%) do que vaginais (26,02%), porém, quanto ao teste não houve significância estatística ($p=0,712$). Dentre os partos vaginais, houve a ocorrência de 35,61% de laceração de grau 2, seguida de 27,39% de laceração de grau 1, quatro pacientes foram submetidas à episiotomia e em sete prontuários não foram achados esses dados. Dentre os partos cirúrgicos, 53,1% ocorreu por parada da progressão, seguido de desproporção

céfalo-pélvica e sofrimento fetal agudo. A Cardiotocografia Fetal (CTG) não foi realizada em 27,43% das mulheres antes da infusão da droga. Nas pacientes nas quais o exame foi feito, tanto antes da indução/condução, quanto após o procedimento, a categoria predominante foi a reativa (categoria 1).

Tabela 1. Dados relativos à indução e/ou condução do parto das parturientes submetidas à administração de ocitocina no trabalho de parto

Variáveis relacionadas à indução/condução do parto	População n=113	Total em %
Indicação médica da indução/condução		
Distócia Motora	79	69,9
Indução do trabalho de parto	8	7,1
Período expulsivo prolongado	3	2,65
Outros*	7	6,20
Missing	16	14,15
Dinâmica uterina		
Eficiente antes	38	34,5
Ineficiente antes	72	65,5
Se tornou eficiente após a droga	46	63,88
Missing	3	2,65
Duração do trabalho de parto (horas)		
Até 8 horas	54	47,78
Entre 8 e 12 horas	36	31,85
Acima de 12 horas	19	16,82
Missing	4	3,55
Tempo de indução/condução (horas)		
Até 10 horas	109	96,47
Acima de 10 horas	1	0,88
Missing	3	2,65
Dilatação do colo uterino		
Antes da droga		
Até 5 cm	26	23,00
≥6cm	84	74,35
Missing	3	2,65
Após a droga		
Atingiu 10 cm	86	76,12
Não atingiu 10 cm	26	23,00
Missing	1	0,88

*Parada da progressão; parada da dilatação; Rotura Prematura de Membranas a Termo (RPMT); risco de rotura uterina.

A média do APGAR dos RNs no 1º minuto de vida foi de $8,01 \pm 0,131$, com um índice mínimo de dois e máximo de nove. Já a média do índice de APGAR no 5º minuto foi de $8,88 \pm 0,0679$, com um mínimo quatro e máximo 10. Foi necessário o suplemento com oxigênio em 15,9% dos neonatos logo após o nascimento. Em 40,5% dos RNs foi observado mecônio ao nascimento e 10 (8,84%) neonatos foram encaminhados para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou semi-intensiva. A análise da influência das variáveis independentes sobre as variáveis dependentes mostrou que a “idade”, a “duração da gestação” e a “dinâmica uterina considerada eficiente” não tiveram influência sobre as variáveis independentes (valor de $p \geq 0,05$). A menor paridade foi um fator que aumentou o número de internações dos neonatos em unidade de terapia intensiva ($p=0,018$), com a nuliparidade apresentando uma forte tendência para tal desfecho ($p=0,053$). A vazão final de infusão da droga também foi um fator de risco ($p=0,047$; Mann-Whitney Rank Sum Test), observando-se que dos RNs internados em tais unidades, 62,5% teve a vazão final de infusão de ocitocina nas parturientes no valor de 6mL/h (Tabela 2). A vazão final da droga, com predominância novamente para os valores de infusão de 6mL/h, não teve influência estatisticamente significativa para a ocorrência de taquissistolia, apesar de mostrar uma forte tendência, com valor de $p=0,06$ (Mann-Whitney Rank Sum Test), nem para a ocorrência de lacerações perineais graves (grau 3 e grau 4) com valor de $p=0,727$. Ter apresentado dinâmica uterina eficiente antes da infusão da

droga não teve influência sobre a ocorrência de taquissistolia uterina ($p=0,110$; teste exato de Fisher).

Tabela 2. Associação das variáveis independentes segundo a ocorrência de internação dos neonatos em UTI/semi-intensiva, das mulheres submetidas à administração de ocitocina no TP

Variáveis independentes	Internação em UTI/semi-intensiva neonatal n=16	Valor de p
Número de gestações		
Primíparas	14	0,018
Múltiparas	2	
Vazão final		
Primípara	14	0,053
6mL/h	10	
12mL/h	4	0,047
Acima de 12 mL/h	2	

Tabela 3. Associação das variáveis independentes sobre as dependentes de pacientes submetidas à indução/condução do TP

Variáveis independentes	Variáveis dependentes	Valor de p
Duração do trabalho de parto		
Até 8 horas	Tipo de parto: cesáreo	0,014
Entre 8 e 12 horas	10	
Acima de 12 horas	12	
Vazão final da droga		
6mL/h	Taquissistolia uterina	0,06
12 mL/h	9	
Acima de 12mL/h	6	
	1	
	2	

Tabela 4. Associação do tempo de infusão de ocitocina sobre a ocorrência das variáveis dependentes

Tempo de indução	Variáveis dependentes	Valor de p
Taquissistolia uterina		
Até 10 horas	8	0,037
Acima de 10 horas	0	
Reações adversas maternas		
Até 10 horas	7	0,04
Acima de 10 horas		
Missing	1	

Houve uma forte influência para a ocorrência do parto cesáreo quanto maior fosse a duração do TP ($p=0,014$ Mann-Whitney Rank Sum Test), enquanto o tempo de indução mostrou-se como fator de risco importante para a ocorrência da taquissistolia uterina e para a ocorrência de efeitos adversos maternos durante a infusão da droga ($p = 0,037$ e $0,04$, respectivamente; Mann-Whitney Rank Sum Test), sendo o risco maior com duração da indução/condução do parto de até 10 horas (Tabela 3). O tempo de indução não teve influência para a ocorrência do índice de APGAR ≤ 6 no 1º ou 5º minuto ($p=0,210$ e $0,095$, respectivamente; Mann-Whitney Rank Sum Test), nem sobre a internação dos RNs em UTI neonatal ($p=0,245$; Mann-Whitney Rank Sum Test) ou sobre desfecho do parto ($p=0,175$; ANOVA on Ranks) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A maior exposição das nulíparas à ocitocina já é algo conhecido. Segundo um estudo conduzido nos EUA 50% das primíparas foram submetidas à infusão de ocitocina no TP contra 12% das múltiparas, tal fato pode ser explicado pela maior duração da fase ativa nessas pacientes, levando a um maior número de intervenções (WHO, 2018). A pequena ocorrência de indicação de uso da ocitocina para a indução do parto no presente estudo (7,1%) pode ser justificada devido aos critérios de inclusão, o qual admitia somente mulheres com

gestação a termo e consideradas de baixo risco. Assim, mulheres com gestação pré-termo e pós-termo ou com presença de fatores de risco (diabetes mellitus, doenças cardíacas, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intrauterino, etc.), as quais compõem a maior parcela das pacientes com indicação para a indução do parto (WHO, 2018), foram excluídas da amostra. A causa mais comum para a indicação da condução do parto com ocitocina é a falha na progressão do parto, a qual engloba a parada da progressão e a parada na dilatação (WHO, 2018). Dado que corrobora com nossos achados, onde a indicação mais prevalente de uso da ocitocina foi para a condução do parto (78,7%). Em relação ao tempo de TP, a prática de considerar como normal a dilatação cervical a uma velocidade de 1cm por hora já não é mais recomendada (MOZURKEWICH *et al.*, 2009), portanto, a decisão de intervir quando a fase de dilatação parece prolongada não deve ser baseada somente no tempo (WHO, 2018). A duração normal da fase ativa do TP pode variar de 8 horas a 18 horas nas primíparas e de 5 a 12 horas nas múltiparas (BRASIL, 2017). Assim o tempo médio de duração do parto visto no presente estudo situou-se dentro dos valores referidos (9,05h). Um ensaio clínico que avaliou os efeitos da descontinuação da ocitocina em uma amostra de 140 pacientes, obteve uma média de 6,48±3,3 horas de infusão no grupo de descontinuação da droga (estudo) versus 6,21±3,61 horas no grupo de continuação da droga (controle) (ÖZTÜRK *et al.*, 2015). Tais valores mostram-se superiores à média encontrada na presente amostra (3,06 horas). Os autores encontraram uma diferença significativa entre a duração da fase ativa entre os grupos, 2,06±1,35 horas no grupo controle e 2,65±1,75 horas no grupo de estudo, entretanto, as diferenças nos efeitos adversos da droga (hiperestimulação e alteração de BCF) não foram significativas, concluindo portanto que continuar a droga após atingida a fase ativa do TP é útil e segura para a progressão do mesmo (ÖZTÜRK *et al.*, 2015).

Cinco mulheres iniciaram a droga antes dos 5cm (6,3%), porém, a recomendação é que a condução do TP só deve ser iniciada quando atingida a fase ativa, reduzindo o número de intervenções desnecessárias para acelerar o parto e as intervenções a elas associadas, como a CTG e o uso de analgesia do parto, reduzindo-se também os custos hospitalares, sem aumentar a morbidade materna e perinatal. Tal recomendação visa diminuir a iatrogenia causada a mulheres e seus fetos, melhorando também a experiência materna do parto (WHO, 2018). As diretrizes brasileiras de assistência ao parto normal recomendam que ao se suspeitar de falha no progresso no primeiro estágio do TP, os profissionais devem primeiramente considerar a realização da amniotomia, caso as membranas estejam íntegras e só após a tentativa de corrigir a falha por meio da amniotomia é que a infusão de ocitocina deve ser considerada (BRASIL, 2017). Em nosso estudo, 35 (31%) pacientes apresentavam bolsa íntegra no início da indução/condução do TP. Ao comparar a realização de ocitocina isolada, amniotomia isolada e ocitocina com amniotomia, autores encontraram uma redução média de 120 minutos no grupo com os dois métodos em relação à amniotomia isolada e uma redução de 180 minutos quando comparado ao grupo em uso isolado de ocitocina, concluindo que a combinação de amniotomia e ocitocina é mais eficaz do que o uso dos métodos isoladamente (NACHUM *et al.*, 2010). Quanto à vazão da droga, o grupo de colaboradores da Cochrane *review* conduziu uma revisão sistemática a fim de comparar o uso de altas doses versus de baixas doses de ocitocina durante a indução do TP. Conforme mencionado no

estudo, baixas doses de ocitocina são aquelas que consistem de 3-12ml/h na vazão inicial da droga com incrementos de 6-12ml/h a cada 15 ou 60 minutos (BUDDEN; CHEN; HENRY, 2014). Percebe-se assim que a presente amostra foi submetida a um regime de baixa infusão de ocitocina (vazão inicial de 6-12ml/h e vazão final predominante de 6ml/h e máxima de 96ml/h). Não foram encontradas no presente estudo evidências de que as baixas doses de ocitocina influenciaram a ocorrência do parto cesáreo ($p=0,630$, teste de Anova).

Assim como outro estudo, em que os autores não encontraram diferenças significativas no tempo de indução até a ocorrência do parto, apesar de haver um aumento na ocorrência de hiperestimulação uterina nos grupos de altas doses, mas não significante, além disso, não encontraram diferenças significantes nas morbidades maternas e neonatais, nem nos índices de cesarianas e concluíram, portanto, que não há evidências que suportem que o regime de altas doses de ocitocina para a indução do parto seja mais eficaz para alcançar-se o parto vaginal e que há evidências do risco associado às altas doses com a ocorrência de hiperestimulação uterina (BUDDEN; CHEN; HENRY, 2014). Ao analisarmos os dados das CTG fetais, vimos que 27,43% das pacientes não foram submetidas à realização do exame antes da indução ou condução do parto com ocitocina, apesar de haver recomendação de que a monitorização do bem-estar fetal através da CTG seja feita em todas as situações em que há o risco elevado de hipóxia e acidose fetal, dentre elas, o uso de indução ou condução do parto, devido a possibilidade de atividade uterina excessivamente elevada (CAMPOS; SPONG; CHANDRAHARAN, 2015). Uma coorte cujo objetivo foi avaliar os fatores de risco para admissão em UTI neonatal devido à síndrome do estresse respiratório mostrou que ser primípara é um fator que aumenta em 80% a chance desse desfecho, através da análise de regressão logística, com valor de $p=0,001$ (ESPINOZA *et al.*, 2016).

Outro estudo semelhante, porém retrospectivo, que analisou os desfechos de partos complicados por líquido amniótico meconial, encontrou a nuliparidade como um fator de risco para a admissão em UTI neonatal para partos nestas condições, através da análise de regressão logística (HIERSCH *et al.*, 2013). Assim como visto nos estudos mencionados acima, na presente amostra, a menor paridade, associada ao uso de ocitocina, foi um fator que aumentou o número de internações dos neonatos em UTI ($p=0,018$), com a nuliparidade apresentando uma forte tendência para tal desfecho ($p=0,053$), podendo-se explicar o valor de p um pouco acima do preconizado de 5% devido ao tamanho da amostra. Portanto, o estudo mostrou que a ocitocina foi eficaz em mais da metade das pacientes para atingir o parto vaginal, com uma pequena taxa de cesariana na população e o principal efeito adverso da droga foi a taquissístolia uterina. Quanto à ocorrência de lacerações perineais, predominaram as de segundo grau. Houve um maior risco do uso da ocitocina em nulíparas. Os neonatos sofreram as maiores complicações relacionadas à droga, como sofrimento fetal agudo. Além disso, foram demonstrados elevados índices de mecônio ao nascimento, moderadas taxas de uso de O_2 e internação em UTI ou em unidade de cuidados semi-intensivos. Verificou-se, ainda, que a vazão final da droga pode estar associada a um maior risco de internamento dos neonatos em UTI, sendo esse um dado novo e que precisa de maiores estudos. Ainda sobre a vazão da droga, esta mostrou-se associada à ocorrência de taquissístolia uterina, o qual também se mostrou como um dado novo na

literatura e de suma importância para a prática, necessitando de maiores esclarecimentos para sua confirmação. Partindo dos achados, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de evidências científicas que suportem o uso da ocitocina de forma segura e eficiente. Observou-se que a maioria da literatura produzida na área é advinda de países estrangeiros, mostrando uma maior necessidade de pesquisas brasileiras nesta temática, visto que se trata de uma prática comum nos centros obstétricos do Brasil e que precisa de um maior entendimento por parte dos profissionais para que tal prática seja implantada de forma eficaz e segura para as mulheres, reduzindo-se assim os riscos maternos e fetais.

REFERÊNCIAS

- ARGUETA, E.R., *et al.* 2012. El uso de la oxitocina em la conducción del trabajo de parto, bloque materno infantil, hospital escuela. *Rev. Fac. Cienc. Méd*, pp. 33-9.
- BRASIL. 2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (versão resumida). Brasília, DF. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- BUDDEN, A., CHEN, L.J.Y., HENRY, A. 2014. High-dose versus low dose oxytocin infusions regimens for induction of labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v 10.
- CAMPOS, D.A., SPONG, C.Y., CHANDRAHARAN, E. 2015. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131, pp. 13–24.
- ESPINOZA, J., *et al.* 2016. Nulliparity increases by 80% the risk for respiratory distress syndrome (RDS) in term neonates. *AJOG*, 214, pp. S386–S387.
- HIERSCH, L., *et al.* 2013. New onset of meconium during labor versus primary meconium-stained amniotic fluid – is there a difference in pregnancy outcome? *J Matern Fetal Neonatal Med, Early Online*, pp. 1–7.
- HOLANDA, S.M., *et al.* 2018. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto contexto - enferm.*, v. 27, n. 2, e3800016.
- KRENING, C.F., KIMBERLY, R.A., GARKO, C. 2012. Oxytocin administration: The transition to a safer model of care. *J. Perinat Neonat Nurs.* v.26, n. 1, pp. 15-24.
- MOZURKEWICH, E. *et al.* 2009. Indications for induction of labour: a best evidence review. *BJOG*, 116, pp. 626–636.
- NACHUM, Z., *et al.* 2010. Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial. *Nachum et al. Reproductive Biology and Endocrinology*, 8, pp. 136.
- ÖZTÜRK, F.H., *et al.* 2015. Effect of oxytocin discontinuation during the active phase of labor. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 28, n. 2, pp. 196–198.
- REZENDE, J., MONTENEGRO, C.A.B. 2017. *Obstetrícia fundamental*. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan.
- WHO (World Health Organization). 2018. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=C69DFA0CE6E469FF6531D5819C8BAF2C?sequence=1>
