



LITERATURE INTEGRATIVE REVIEW ARTICLE

THE EFFECTIVENESS OF MISOPROSTOL AND OXYTOCIN IN DIFFERENT PERIODS OF DELIVERY

A EFETIVIDADE DO MISOPROSTOL E DA OCITOCINA NOS DIFERENTES PERÍODOS DO PARTO

LA EFICACIA DEL MISOPROSTOL Y LA OXITOCINA EN DIFERENTES ETAPA DEL PARTO

Rosane Meire Silva¹, Karina Federighi Baisi Chagas², Evanira Luisa Janjacom Chiquetti³

ABSTRACT

Objetives: to compare the effectiveness of misoprostol and oxytocin in different stages of labor, describing their advantages, disadvantages and complications, as well as outlining the importance of conducting an effective control of fetal well in induced labor, seeking measures to humanize nursing care during childbirth. **Method:** We performed a bibliographic search comparing the two drugs studied, by using as a searching source papers from SCIELO. **Results:** among the results observed, the misoprostol would be indicated in the period of cervical dilatation with a Bishop Rate under 04, and oxytocin with Bishop above 05. During the expelling period the best choice was oxytocin. **Conclusion:** we concluded that regardless of the need to induce or not the delivery effort, the humane assistance must be out there, through know-how, practices and attitudes that foster the healthy delivery and birth. **Descriptors:** obstetric labor; oxytocin, misoprostol; humanization; humanizing delivery.

RESUMO

Objetivos: comparar a efetividade da ocitocina e do misoprostol nos diferentes períodos do parto, descrevendo suas vantagens, desvantagens e complicações, bem como delinear a importância de realizar o controle efetivo da vitalidade fetal no trabalho de parto induzido, buscando medidas para humanizar a assistência de enfermagem durante a parturição. **Método:** realizou-se uma pesquisa bibliográfica comparativa entre os dois fármacos estudados, tendo como fonte de busca artigos da SCIELO e livros textos. **Resultados:** entre os resultados observados, o misoprostol seria indicado no período de dilatação cervical com Índice de Bishop menor que 04, e a ocitocina com Bishop maior que 05. No período expulsivo a melhor escolha foi a ocitocina. **Conclusão:** concluímos que independente da necessidade de induzir ou não o trabalho de parto, a atenção humanizada deve existir, através de conhecimentos, práticas e atitudes que promovem o parto e o nascimento saudável. **Descritores:** trabalho de parto; ocitocina; misoprostol; parto humanizado.

RESUMEN

Objetivos: comparar la eficacia del misoprostol y la oxitocina en diferentes etapas del trabajo, describiendo sus ventajas, desventajas y complicaciones, así como destacar la importancia de llevar a cabo un efectivo control del bienestar fetal en el parto inducido, la búsqueda de medidas para humanizar la atención de enfermería durante el parto. **Método:** se realizó una búsqueda bibliográfica comparar los dos fármacos estudiados. La fuente para encontrar los artículos que se Scielo. **Resultados:** entre los resultados, el misoprostol fue mostrado durante la dilatación del cuello uterino con menos de 04 índice de Bishop, y el obispo oxitocina con más de 05. En la segunda etapa fue la oxitocina mejor opción. **Conclusión:** llegamos a la conclusión de que, independientemente de la necesidad o no para inducir el parto, la atención debe ser humanizado, a través de conocimientos, prácticas y actitudes que promueven el parto y nacimiento saludable. **Descriptores:** trabajo de parto; oxitocina; misoprostol; parto humanizado.

¹Enfermeira, Especialista em Obstetrícia, Docente do Curso de Enfermagem do Centro de Educação e Letras, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE. Foz do Iguaçu (PR), Brasil. E-mail: zanem2010@hotmail.com; ² Enfermeira, Especialista em Obstetrícia. Santa Casa de Misericórdia de Assis-SP. Assis (SP), Brasil. E-mail: zanem2010@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestre. Centro Universitário Filadélfia/UNIFIL. Londrina (PR), Brasil. E-mail: evanira.chiquetti@unifil.br

INTRODUÇÃO

O modelo de assistência ao parto no Brasil segue uma terapêutica americana, intervencionista, em que o corpo é visto como uma máquina que requer alguém para consertá-la quando esta sofre algum dano. Nessa perspectiva, o parto é visto como algo patológico e, dentre as intervenções que o medicalizam, o uso de drogas que aceleram o trabalho de parto é bastante frequente.¹

Nesse contexto temos o parto induzido, que é iniciado artificialmente de modo que qualquer recurso que determine o seu desencadear é denominado *indutor do parto*. A ocitocina e as prostaglandinas são os agentes mais utilizados para indução do parto.²

O Ministério da Saúde (MS) divulgou recomendações essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal.³ Na totalidade são dez princípios, mas neste trabalho torna-se pertinente destacar que o parto não deve ser medicalizado e deve ser baseado no uso de tecnologias apropriadas, o que se define como conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologias, equipamentos e outras ferramentas aplicadas para resolver um problema específico no decorrer do trabalho de parto, como exemplo a distócia de progressão.

Com base nessas recomendações, o PHPN (Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento) foi instituído em 2000 no Brasil, e deve assegurar o acesso e qualidade no pré-natal, na assistência ao parto, no pós-parto e no período neonatal.⁴ Esse programa está fundamentado no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que não beneficiam a mulher nem o recém-nascido.⁵

Os fatores que podem contribuir positivamente para a autonomia da mulher nos momentos que envolvem o parto incluem: a) participar ativamente no parto, inclusive nas tomadas de decisão que cercam este momento; b) perceber que seus sentimentos são aceitos e respeitados por seus cuidadores; c) sentir que está realmente preparada para o parto e ter oportunidade de expressar-se sobre a maternidade, o nascimento e o próprio parto.⁶

As altas taxas de cesarianas indicam a maior evidência de medicalização da vida da mulher e, diminuí-las não significa que estará humanizando o parto, visto que este procedimento pode estar sendo substituído

por um parto normal intervencionista (excesso de toques vaginais, rotura artificial das membranas, uso rotineiro de ocitócitos, episiotomia, entre outros).⁷

Em um panorama de humanização do nascimento, dos direitos reprodutivos, do desejo das mulheres e da prática de uma obstetrícia baseada em evidências, faz-se necessário esclarecer que a indução do parto é um procedimento aceitável e recomendável sob o olhar médico e humano, sempre que exista uma indicação para isso, com vistas a evitar um mau maior.⁸

Partindo da premissa de que a indução do parto é aceitável desde que exista indicação, buscou-se neste trabalho comparar a efetividade da ocitocina e do misoprostol nos diferentes períodos do parto, descrevendo suas vantagens, desvantagens e complicações, bem como delinear a importância de realizar o controle efetivo da vitalidade fetal no trabalho de parto induzido, buscando medidas para humanizar a assistência de enfermagem durante a parturição.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, para a qual foram utilizadas pesquisas e citações de outros autores como referência para sua fundamentação teórico-metodológica, definida como a busca de informações e conhecimentos, explicando-os e contribuindo para a formação do conhecimento sobre determinado tema.⁹

O método utilizado foi o comparativo, o qual também nos permitiu analisar na pesquisa a efetividade desses dois fármacos (ocitocina e misoprostol) nos diferentes períodos do parto. Segundo alguns autores, tal método averigua elementos estruturais, construindo saberes, facilitando a compreensão da resposta do corpo humano às variáveis estudadas.¹⁰

Os locais de busca para a pesquisa foram os livros textos nas áreas de obstetrícia, farmacologia e fisiologia, disponíveis no acervo de Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL), artigos impressos e online nas seguintes bases de dados: Bireme, Scielo e Google Acadêmico, incluindo todos os materiais encontrados nos períodos de 1986 a 2007. Todas as referências utilizadas para pesquisa foram de materiais nacionais, utilizando-se dos seguintes descritores para a busca de dados: indução do parto, ocitocina, misoprostol, humanização e assistência ao parto.

Para a construção das considerações finais, articularam-se argumentos de vários autores, estruturando um conjunto de fatos e levando os pesquisadores para uma análise crítica de todas as idéias e parâmetros apresentados pelos diversos autores estudados.¹¹

Esta pesquisa poderá se constituir como um passo importante para a continuidade de outras pesquisas na área, principalmente no que diz respeito às pesquisas de campo, nas quais a atuação dos enfermeiros obstétricos vem ganhando espaço e abrindo possibilidades para a demonstração de seu conhecimento científico.

RESULTADOS

Esta pesquisa envolveu a revisão bibliográfica de 47 referências do trabalho original (monografia de conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica), entre os anos de 1986 e 2007. Vale ressaltar que todas as referências foram nacionais, encontradas em livros textos das áreas de Obstetrícia, Farmacologia e Fisiologia, disponíveis no acervo de Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL), e, também, artigos impressos e *online* nas seguintes bases de dados: Bireme, Scielo e Google Acadêmico.

Os livros textos pesquisados neste estudo foram: 9 na área da Obstetrícia, 6 na área de Fisiologia humana, 1 na área de Farmacologia, 1 dissertação de mestrado e 3 protocolos do Ministério da Saúde, todos os quais foram acessados na biblioteca da Universidade Estadual do Oeste do Paraná de Foz do Iguaçu-PR e Centro Universitário Filadélfia de Londrina-PR.

Entre os artigos científicos estudados todos foram específicos da área de Obstetrícia, totalizando 20.

Percebemos neste estudo que a efetividade do misoprostol e da ocitocina nos diferentes períodos do parto é um tema bastante estudado no Brasil, no entanto, estes estudos são realizados principalmente por profissionais médicos. Já no que concerne à questão da humanização da assistência ao parto, a participação dos enfermeiros é bastante efetiva.

DISCUSSÃO

A Obstetrícia é uma área que constantemente encontra-se em evolução. Tal evolução possibilita o estudo e o conhecimento baseado em evidências, ou seja, auxiliam o aperfeiçoamento do aprendizado, analisando casos relacionados ao desenvolvimento do ciclo gravídico-puerperal.

Sabe-se que este período é marcado por constantes mudanças, sejam fisiológicas, psicológicas ou sociais.¹²

O estudo aprofundado sobre as práticas terapêuticas utilizadas no pré-parto, incluindo o uso adequado de fármacos, possibilita o atendimento humanizado à parturiente neste momento significativo a sua vida e de sua família.

Através do levantamento bibliográfico realizado durante a pesquisa, pudemos observar que a melhor forma para atender a mulher em trabalho de parto seria a prática de intervenções não farmacológicas. No entanto, em algumas circunstâncias, o emprego de fármacos como a ocitocina e o misoprostol tornam-se imprescindíveis para a manutenção da vitalidade materno-fetal.

Entre as principais práticas não farmacológicas e humanizadoras para o atendimento ao parto, destacamos: o acompanhamento à gestante no pré-parto, parto e puerpério, por um familiar ou por uma pessoa treinada como as doulas, por exemplo; a utilização de bolas, banhos relaxantes, bancadas, exercícios pélvicos e respiratórios; a tomada de decisão em realizar ou não a tricotomia e o enema; a liberação da dieta, desde que não haja nenhuma complicação. Tais procedimentos tornam esse momento inesquecível para a mulher, repleto de alegrias e satisfação pelo ato de poder parir.¹³

Entre as inúmeras formas para induzir o trabalho de parto citadas pelos autores pesquisados neste trabalho, destacam-se o uso de fármacos como a ocitocina, a dinoprostona e o misoprostol; a ruptura das membranas ou amniotomia; tratamentos homeopáticos; acupuntura; estimulação mamária; relações sexuais; descolamento digital das membranas amnióticas e os métodos mecânicos como exemplo a sonda de Foley.^{14, 8}

Sobre a utilização dos fármacos em destaque na pesquisa, a ocitocina e o misoprostol, percebemos que cada um poderá ser utilizado em determinado período do parto, pois percebemos que cada qual se torna efetivo em determinados momentos do trabalho de parto, parto e puerpério.

Para tal conduta, a utilização do Índice de Bishop torna-se imprescindível para definição de qual fármaco utilizar para a indução do parto. Muitos autores, citam que para escores no Índice de Bishop abaixo de 04 seria necessário o uso do misoprostol. Este fármaco além de ter ação ocitócita, auxilia nas contrações uterinas e atua na maturação cervical, visto que as prostaglandinas agem diretamente nas fibras colágenas do colo

uterino, separando, dissolvendo e amolecendo as fibras, promovendo dessa forma o apagamento e dilatação cervical.¹⁵

O Índice de Bishop diz respeito à somatória de algumas alterações que ocorre no colo do útero e apresentação fetal durante o trabalho de parto. Dessa forma, faz-se necessária a

PONTUAÇÃO	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Apagamento (%)	0-30	40-50	60-70	80
Altura da Apresentação	-3	-2	-1/0	+1/+2
Consistência do colo	endurecido	médio	amolecido	
Posição do colo	posterior	médio	anterior	

Figura 1: Índice de Bishop.¹⁵

O misoprostol é um medicamento que permanece com controle rigoroso no Brasil, permitindo seu uso apenas em instituições hospitalares autorizadas pelo Ministério da Saúde, as quais deverão prestar conta constantemente sobre seu uso, indicações e resultados. Importante ressaltar que o Brasil foi o primeiro país do mundo a disponibilizar comercialmente o misoprostol.¹⁴

A dosagem do misoprostol recomendada por determinados autores e pelo Ministério da Saúde é 25 microgramas via vaginal de 04 em 04 horas, não ultrapassando dosagens cumulativas máximas de 600 microgramas.^{8 18}

Em situações em que o Índice de Bishop ultrapassa o escore 06, a utilização de ocitocina torna-se bastante eficaz¹⁶ desde que existam contrações ineficazes e irregulares, pois a melhor forma de conduzir o parto seria apenas observá-lo, e deixar que se torne o mais natural possível.

A área de atuação da ocitocina é entre as células musculares lisas do miométrio, agindo através de correntes iônicas transmembranas, as quais produzirão contrações uterinas persistentes, sejam elas durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato.¹⁷ Outros autores também relatam que sua ação no miométrio se deve principalmente a ação de estrógeno, pois estes aumentam os receptores para a ocitocina quando a gestação aproxima-se do termo.¹⁴

A dosagem recomendada pelo Ministério da Saúde, e segundo alguns autores envolvidos na pesquisa, seria uma solução de 5UI de ocitocina diluídas em 500 ml de soro glicosado a 5%, obedecendo a uma infusão de 04 gotas/minuto, dobrando seu valor até obter uma contração uterina adequada, porém havendo o controle de infusão em bomba infusora e monitorização fetal através da cardiotocografia.^{8 18 15}

A maior diferença entre um fármaco e outro seria seu tempo de vida, pois a

visualização desse índice, demonstrado através do quadro a seguir. Vale ressaltar que o Índice de Bishop é utilizado por muitos profissionais para definir as alterações cervicais, bem como a melhor conduta a ser empregada.

ocitocina na presença de complicações como a hipertonia uterina, taquissístolia e SFA (Sofrimento Fetal Agudo), poderá ser suspensa imediatamente (cerca de 5 minutos em seguida sua ação estará encerrada¹⁵), no entanto, em tais situações recomenda-se também a lateralização da parturiente em decúbito lateral esquerdo (DLE), monitorização através da cardiotocografia e início imediato da hidratação endovenosa.

Com o misoprostol não acontece o mesmo, pois seu tempo de vida é prolongado, dificultando a reversibilidade do quadro na presença de complicações relacionadas à indução do trabalho de parto.¹⁵

No que tange à evolução do parto, no segundo período clínico do parto, o qual corresponde à expulsão fetal, o fármaco de escolha observado no estudo foi a ocitocina, pois este estimula e coordena a contratilidade uterina, proporcionando contrações capazes de expulsar o feto.¹⁸

Para o terceiro e quarto período, conhecido como secundamento e período de Greemberg, respectivamente, percebemos a efetividade da ocitocina, em doses de 10UI via intramuscular, ou 20 a 60 UI em 1.000 ml de solução fisiológica via endovenosa (EV), porém o uso de misoprostol também poderá contribuir para prevenir complicações, em doses de 200 a 400 microgramas via retal ou vaginal.¹⁹

O Ministério da Saúde recomenda principalmente o uso de ocitócitos via intramuscular neste dois períodos, nos alertando sobre os derivados do ergot, o qual é considerado prejudicial e ineficaz, levando a sérias complicações.⁸

Todos que atuam na área da obstetrícia, sejam enfermeiros ou médicos, precisam entender que o parto não é apenas a maneira pela qual homens e mulheres se tornam pais, mas sim um acontecimento com significado psicológico incontestável com grande

potencialidade para acarretar benefícios ou danos à mãe e ao bebê.⁶

Independente da necessidade de induzir ou não o trabalho de parto, o conceito de atenção humanizada deve existir, pois se trata de um conceito amplo, envolvendo um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam promover o parto e o nascimento saudáveis, prevenindo a morbimortalidade materna e perinatal.⁸

CONCLUSÃO

A Obstetrícia permanece em constante evolução, buscando a reflexão e compreensão dos aspectos subjetivos para o atendimento a mulher no momento do nascimento. Sob este enfoque, buscamos construir a assistência humanizada, ou seja, praticando medidas não intervencionistas ou medicalizadas no momento do trabalho de parto, parto e puerpério, deixando que este evolua naturalmente.

No entanto, existem momentos em que estas práticas se tornam fundamentais para a manutenção da vitalidade materna-fetal, quando a utilização de fármacos como o misoprostol e a ocitocina deverão ser empregados para uma resolução positiva do parto. Mas, independente da escolha do fármaco, nossa obrigação e responsabilidade diz respeito à utilização terapêutica e não abusiva, tornando-se incontestavelmente fundamentais para a promoção do parto e nascimento saudável, reduzindo altos índices de morbimortalidade em nosso país.

Concluímos, desta forma, que para que exista a humanização no atendimento ao ciclo gravídico-puerperal, precisamos desenvolver medidas autênticas e essenciais para assistir o ser humano, destacando entre elas a valorização da solidariedade, o respeito e a sensibilidade.

REFERÊNCIAS

1. Davim RMB, Bezerra LGdeM. Assistência à Parturiente por Enfermeiras Obstétricas no Projeto Midwifery: um relato de experiência. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002;(10):727-32.
2. Araújo DA, Oliveira LCN, Oliveira ICN, Porto DDP, Oliveira SV, Junqueira FHO, Andrade ATL. Indução do Parto com Misoprostol: Comparação entre duas doses. Rev Bras Ginecol Obstet. 1999; (21):527-30.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2006.
4. Portal da Saúde. Ministério da Saúde adota ações de incentivo ao parto normal. [acesso em 2006 ago 4]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
5. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TdiG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública. 2004; (20):1281-289.
6. Lopes RdeCS, Donelli TS, Lima CM, Paccinini CA. O Antes e o Depois: expectativas e experiências de mães sobre o Parto. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2005; (18):247-54.
7. Castro JC, Clapis MJ. Parto Humanizado na Percepção das Enfermeiras Obstétricas Envolvidas com a Assistência ao Parto. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005; (13):960-67.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2003. 199p.
9. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
10. Marconi MdeA, Lakatos EM. Metodologia científica. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2000.
11. Marcantônio AT, Santos MM, Lehfeld NAdS. Elaboração e divulgação do trabalho científico. São Paulo: Atlas; 1993.
12. Carvalho ACR, Tenório IM, Araújo EC. Idéias, crenças e valores que as mulheres grávidas têm a respeito da própria sexualidade. Revista de Enfermagem da UFPE on line [periódico na internet]. 2007 out/dez[acesso em 2011 jan 12];1(2):104-10. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/373-8794-1-/pdf_177
13. Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem Obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.
14. Filho OBdeM, Cecatti JG, Feitosa FdeL. Métodos para indução do parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; (27):493-500.
15. Freitas, F.; Costa, S. H. M.; Ramos, J. G. L. & Magalhães, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
16. Macedo RM, Ávila I, Gonçalves MM. Misoprostol no amadurecimento cervical e indução do parto. Femina. 1998; 26 :379-80.
17. Katzung BG. Farmacologia Básica e Clínica. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

18. Aquino MMA, Neto CM, Cecatti JG, Parpinello MÂ. Misoprostol ou Ocitocina para indução do parto? *Femina*. 2002; 30:649-53.

19. Rezende J. *Obstetrícia*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/02/18

Last received: 2011/07/22

Accepted: 2011/07/23

Publishing: 2011/08/01

Address for correspondence

Rosane Meire Munhak da Silva

Rua Lisboa, 545, Beverly Falls Park

CEP: 85869-270 – Foz do Iguaçu (PR), Brazil