



Métodos de indução e condução do parto em um centro de parto normal peri-hospitalar: estudo transversal

Methods of induction and augmentation of labor in a freestanding birth center: a cross-sectional study

Métodos de inducción y manejo del parto en un centro de parto normal perihospitalario: estudio transversal

Como citar este artigo:

Lopes GA, Teixeira TT, Leister N, Riesco ML. Methods of induction and augmentation of labor in a freestanding birth center: a cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20230158. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0158en>

-  Gisele Almeida Lopes¹
-  Thais Trevisan Teixeira²
-  Nathalie Leister³
-  Maria Luiza Riesco⁴

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Centro de Parto Humanizado Casa Angela, São Paulo, SP, Brasil.

³ City, University of London, School of Health & Psychological Sciences, Centre for Maternal & Child Health Research, London, United Kingdom.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To describe and analyze the use of methods of induction and augmentation of labor in a freestanding birth center (FBC). **Method:** Cross-sectional study carried out at a FBC located in São Paulo (SP), with all women booked from 2011 to 2021 (n = 3,397). **Results:** The majority of women (61.3%) did not receive any method. The methods were used alone or in combination (traditional Chinese medicine, massage, castor oil, stimulating tea, amniotomy, and oxytocin). Traditional Chinese medicine (acupuncture, acupressure, and moxa) was the most used method (14.7%) and oxytocin was the least frequent (5.1%). The longer the water breaking time, the greater the number of methods used (p<0.001). Amniotomy was associated with maternal transfers (p < 0.001). **Conclusion:** Induction and augmentation of labor were strictly adopted. The use of natural or non-pharmacological methods prevailed. Robust clinical studies are needed to prove the effectiveness of non-pharmacological methods of stimulation of childbirth, in addition to strategies for their implementation in other childbirth care services, to really prove the effectiveness of non-pharmacological methods in the parturition process, that is, in labor and birth.

DESCRIPTORS

Birthing Centers; Complementary Therapies; Parturition.

Autor correspondente:

Gisele Almeida Lopes
Rua Carlos Lisdegno Carlucci, 420,
apt 32, bloco 8. Jd Peri-peri
05536-000 – São Paulo, SP, Brasil
gisele.almeida.lopes@usp.br

Recebido: 23/05/2023
Aprovado: 08/11/2023

INTRODUÇÃO

É direito da gestante conhecer e optar pelo local para o acompanhamento de sua gestação, parto e pós-parto, de acordo com o risco gestacional. Os centros de parto normal peri-hospitalares (CPNp), também chamados de casas de parto, são locais de assistência segura para gestantes de baixo risco⁽¹⁾.

Os CPNp têm como principal foco o cuidado integral à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o período gestacional até o puerpério e período neonatal. Um dos critérios para o atendimento nesses locais é que a gestante apresente baixo risco gestacional. Dado que a classificação desse risco é multifatorial e que podem existir mudanças no grau de risco ao longo da gestação, há divergências nos critérios para o acompanhamento de gestantes, a depender do protocolo assistencial de cada CPNp. As equipes que compõem esses serviços são lideradas por obstetras e enfermeiras obstétricas capacitadas a atender ao parto e às urgências e emergências, bem como proceder à transferência, caso a mulher ou o recém-nascido necessitem de atendimento hospitalar⁽²⁾.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil recomenda apoiarmos a decisão das mulheres pelo atendimento em centro de parto normal, bem como apoiarmos o uso de abordagens não farmacológicas durante o trabalho de parto e reduzir procedimentos invasivos rotineiros, como amniotomia e uso precoce de ocitocina⁽³⁾. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta o uso de técnicas de relaxamento, respiração, música, *mindfulness*, massagem e liberdade de posição dentre outras técnicas não invasivas para alívio da dor, de acordo com o desejo da gestante⁽⁴⁾.

Desde 2006, o governo brasileiro tem estimulado a adoção das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), que foi atualizada em 2018, com a incorporação de novas condutas⁽⁵⁾. As PICS são práticas não farmacológicas com ampla possibilidade de ação no cuidado à saúde. No parto, são utilizadas para relaxamento, alívio da dor, diminuição da ansiedade e, também, para estimular o início e a condução do trabalho de parto.

O procedimento utilizado para estimular o início do trabalho de parto, se o início espontâneo não acontece, denomina-se indução, indicada quando existem condições maternas ou fetais que a justifiquem. Diferentemente da indução, a condução do trabalho de parto consiste no uso de práticas que acelerem o curso lento ou ineficaz de um trabalho de parto já iniciado espontaneamente^(6,7).

Usualmente, o diagnóstico do trabalho de parto é realizado com base nas queixas da gestante e com exame obstétrico completo, incluindo toque vaginal para avaliar a consistência, espessura e dilatação do colo uterino e a avaliação da dinâmica uterina (DU). Esta avaliação é indispensável e é medida pela frequência, duração e intensidade das contrações no intervalo de 10 minutos. Durante o exame, o profissional apoia a mão espalmada sobre o abdome materno pelo período de 10 minutos e avalia a DU, percebida principalmente no fundo uterino⁽⁸⁾.

A presença de duas ou mais contrações em 10 minutos com duração média de 50 a 60 segundos e enrijecimento uterino concomitante a cólicas dolorosas são consideradas contrações uterinas efetivas. Durante a gestação, a mulher pode ter contrações de diferentes frequências, duração e intensidade. No termo

gestacional, com os pródromos ou período premonitório do parto, as contrações se intensificam sem produzirem aumento significativo na dilatação cervical. Fisiologicamente, esse quadro evoluirá para o trabalho de parto^(6,7).

O primeiro período do parto, ou fase de dilatação, tem início com as contrações rítmicas que modificam e dilatam progressivamente o colo uterino, chegando à dilatação total. Esse período divide-se nas fases latente e ativa do trabalho de parto. A fase latente corresponde a contrações uterinas menos frequentes, com dilatação e modificação lentas da cérvix, podendo durar em torno de 20 horas. A fase ativa se caracteriza por dilatação cervical mais veloz, com duração média variável^(6,7).

O segundo período do parto, ou o período conhecido como expulsivo, inicia a partir da dilatação total da cérvix e acaba no momento do nascimento do bebê. As contrações costumam ser mais intensas e frequentes, podendo chegar a 5 contrações de 60 segundos de duração, a cada 10 minutos. No terceiro período, ocorre a dequitação placentária completa; por fim, o quarto período do parto, ou período de Greenberg, é o momento em que ocorre, de maneira efetiva, a contração uterina, junto à trombotamponagem e miotamponagem, durando entre uma e duas horas após o parto^(6,7,9).

Além das condições clínicas que podem indicar a necessidade de induzir o parto, diversos fatores podem influenciar na sua progressão fisiológica. As causas podem estar relacionadas à diminuição da DU, mal posicionamento fetal, dor intensa, entre outras. Métodos farmacológicos e não farmacológicos podem contribuir para corrigir esses quadros clínicos. Em relação às PICS, utilizadas para facilitar o início do trabalho de parto, os estudos apresentam grandes lacunas e uma vasta heterogeneidade, dificultando a avaliação adequada de sua efetividade⁽²⁾.

São documentados métodos como o consumo do óleo de prímula, tâmaras, acupuntura, chás, massagens e acupuntura. Entretanto, faltam estudos bem desenhados que confirmem uma forte evidência científica sobre a eficácia desses métodos. O consumo do óleo de prímula, por exemplo, tem divergência em relação à eficácia na maturidade cervical, em duas revisões sistemáticas distintas^(10,11). Alguns estudos demonstraram que o consumo de tâmaras, dentro de uma dosagem e um período específico, contribuiu para redução da fase ativa do trabalho de parto e de amadurecimento cervical⁽¹²⁾.

Assim como a utilização das tâmaras, a acupuntura, no ponto SP6, também foi relacionada ao menor período de fase ativa⁽¹³⁾. De maneira geral, as PICS são métodos menos invasivos e, geralmente, de menor custo, que podem contribuir quando há necessidade da indução ou condução do trabalho de parto. O uso oral do óleo de rícino, por exemplo, demonstrou ser eficaz na indução do parto em cenários específicos, sendo um método de baixo custo e de fácil utilização, então ele pode ser considerado para os casos em que haja necessidade de promover o início do trabalho de parto^(14,15). Outro método é o descolamento de membranas que, quando utilizado, reduz a necessidade de indução medicamentosa quando comparada à conduta expectante⁽¹⁶⁾. Outros métodos utilizados empiricamente, como chás, massagens específicas e outros, precisam de estudos que analisem seu uso, riscos e benefícios.

Em São Paulo, os CPNp contam com o Manual Técnico das Casas de Parto do Município de São Paulo⁽¹⁷⁾, que recomenda

a utilização de PICS. Em conjunto com os diferentes métodos não farmacológicos, seu uso no trabalho de parto tem diversas indicações, como aliviar a dor, promover o conforto e o relaxamento, ajudar na descida, rotação e oxigenação fetal. Conseqüentemente, mesmo sem indicação específica para indução ou condução do parto, alguns métodos favorecem esse desfecho, como efeito secundário.

Visando avaliar a utilização de métodos para indução e condução do parto, o objetivo deste estudo foi descrever e analisar o uso de métodos de indução e condução do parto em um CPNp.

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal.

LOCAL

Estudo realizado em um CPNp localizado na zona sul da cidade de São Paulo, Brasil. A casa de parto presta atendimento no pré-natal, parto e pós-parto e, desde 2016, mantém convênio com a Prefeitura do Município de São Paulo, recebendo recursos financeiros do SUS.

O atendimento é realizado exclusivamente a mulheres com gestação de baixo risco que atendam aos critérios de inclusão para atendimento durante o pré-natal e parto, descritos no Manual Técnico das Casas de Parto do Município de São Paulo⁽¹⁷⁾.

A assistência no pré-natal e parto é realizada por obstetras e enfermeiras obstétricas com auxílio das técnicas de enfermagem. Durante o trabalho de parto e após o parto, a mulher e o bebê podem ser transferidos em caso de alterações clínicas ou obstétricas que indiquem necessidade de assistência em ambiente hospitalar; ou, ainda, se houver o desejo expresso pela gestante. A transferência ocorre por meio de uma ambulância própria da instituição, que segue para o hospital de referência ou outro hospital de escolha da mulher.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis estudadas foram os métodos de indução e condução do parto descritos no referido Manual Técnico⁽¹⁷⁾ e adotados no local do estudo. Tais métodos são utilizados para indução do trabalho de parto durante as consultas de pré-natal, a partir de 40 semanas de gestação, ou em casos de admissão no CPNp por rotura prematura de membranas ovulares (RPMO), ou, ainda, quando há indicação de condução do trabalho de parto. Os métodos são apresentados a seguir.

O chá estimulante é utilizado com o objetivo de estimular a DU. Pode ser utilizado em mulheres com 40 semanas ou mais de gestação, mulheres em trabalho de parto com dinâmica uterina ineficaz, RPMO, em fase latente ou com pródromos dolorosos. Os ingredientes do chá são canela, cravo, gengibre, verbena, cacau em pó e pimenta preta.

O óleo de rícino também é utilizado com o objetivo de estimular a DU a partir de 40 semanas e em casos de RPMO. Pode ser preparado de duas formas: em um shake do óleo batido com frutas ou na adição do óleo ao ovo frito. Em ambas as receitas, utiliza-se uma medida de 1 a 2 colheres de sopa do óleo. Os efeitos colaterais que podem ocorrer são diarreia e vômito.

A massagem no abdômen com óleo estimulante de cravo, canela e gengibre é um método utilizado para estimular as contrações. Para preparo do óleo estimulante, utiliza-se uma gota de cada óleo essencial de cravo, canela e gengibre para 10 ml de óleo base, como semente de uva, por exemplo. Após colocar uma pequena quantidade do óleo preparado nas mãos e espalhar, inicia-se a massagem no abdômen com as duas mãos. Baseia-se na massagem rítmica da medicina antroposófica, que consiste em realizar um deslizamento leve, com movimentos circulares. Do lado do dorso fetal, faz-se o desenho de uma meia Lua e do outro lado, um desenho circular, como o Sol. A massagem é realizada por aproximadamente 5 minutos. Pode ser utilizada em mulheres a partir de 40 semanas, em pródromos, fase latente dolorosa ou com RPMO⁽¹⁷⁾.

O Manual Técnico⁽¹⁷⁾, utilizado como protocolo de atendimento no local do estudo, também descreve a aplicação de acupuntura e acupressão. Neste estudo, os dois referidos métodos e a moxa são denominados métodos da medicina tradicional chinesa (MTC). O protocolo de aplicação da acupuntura foi criado por profissionais pós-graduadas em acupuntura. Por ser de fácil aplicabilidade e com efeitos colaterais mínimos, é utilizado por toda equipe assistencial após treinamento. O objetivo da aplicação da MTC é estimular pontos específicos do corpo da mulher para desencadeamento das contrações ou condução do parto.

No CPN estudado, além desses métodos naturais descritos, a administração de ocitocina e amniotomia (rotura artificial de membranas ovulares) é indicada para condução do trabalho de parto ou para a parada de progressão do trabalho de parto. Segundo o Manual Técnico⁽¹⁷⁾, a amniotomia deve ser evitada e utilizada com cautela, apenas quando for claramente benéfica em casos de distocias funcionais e de amnioscopia duvidosa, sendo contraindicada em caso de apresentação fetal alta, devido ao risco de prolapso de cordão. A ocitocina, por sua vez, também é utilizada de forma cautelosa, em casos de parada de progressão do trabalho de parto na fase ativa ou no período expulso do parto.

POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Para este estudo, foram incluídas todas as mulheres admitidas para o parto no local do estudo, no período de 01/01/2012 a 31/12/2021.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu entre julho de 2017 a janeiro de 2023, por meio da análise dos prontuários das mulheres e dos livros de admissão, parto e transferência do CPNp, utilizando, como instrumento, um formulário produzido pelas pesquisadoras, com informações relacionadas às características maternas, de assistência ao trabalho de parto e ao parto, bem como dados sobre o pós-parto durante a internação.

ANÁLISE DOS DADOS

Os métodos naturais ou não farmacológicos de indução e condução do parto (chá estimulante, óleo de rícino, massagem e MTC) foram analisados exclusivamente de forma descritiva. Para a amniotomia e a ocitocina, analisou-se também a associação com o tempo de bolsa rota, a hemorragia pós-parto (HPP) e a transferência materna (intra ou pós-parto).

Os dados foram analisados utilizando frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Para análise bivariada da associação entre as variáveis de exposição e os desfechos, foram utilizados o teste qui-quadrado e o coeficiente de correlação de tau de Kendall. O erro tipo I adotado foi de 5%.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP) (Parecer nº 2.026.648; 2017) e autorizado pela Comissão Científica da Instituição. Houve dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido pelo CEP, uma vez que a coleta de dados foi realizada através dos prontuários e livros de parto da instituição.

RESULTADOS

O total de mulheres admitidas entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2021 foi de 3.424. Foram excluídas aquelas cujos prontuários não foram localizados ($n = 5$) e as que tiveram o parto durante o trajeto para o CPNp ($n = 22$), totalizando, para este estudo, 3.397 mulheres.

A idade das gestantes variou de 14 a 45 anos e a maioria (86,4%) estava na faixa de 20 a 35 anos. Mais da metade se autodeclarou branca (57,1%), seguidas pelas pardas ou pretas (39%). Grande parte delas tinha ensino médio completo ou superior completo (45% e 47,2% respectivamente); além disso, a maioria era nulípara (72,4%) (Tabela 1).

Em relação aos métodos de indução e condução do trabalho de parto, 61,3% ($n = 2.081$) das mulheres não fizeram uso de nenhum dos métodos, seja farmacológico, seja não farmacológico, dentre os analisados neste estudo. O método mais utilizado foi a MTC, utilizada por 14,7% das mulheres, seguido da amniotomia (12,5%). O método menos utilizado foi a ocitocina (5,1%). Parte

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas e paridade – São Paulo, SP, Brasil, 2012–2021.

Variável	n	%
Idade	3397	
< 20	192	5,7%
≥ 20 ≤ 35	2936	86,4%
> 35	269	7,9%
Cor da pele	2788	
Branca	1591	57,1%
Parda	780	28,0%
Preta	307	11,0%
Amarela	85	3,0%
Indígena	25	0,9%
Escolaridade	2854	
Ensino superior completo	1346	47,2%
Ensino médio completo	1285	45,0%
Ensino fundamental completo	162	5,7%
Ensino fundamental incompleto	61	2,1%
Paridade	3397	
Sem parto anterior	2460	72,4%
Com parto anterior	937	27,6%

Tabela 2 – Distribuição das mulheres segundo os métodos de indução e condução utilizados – São Paulo, SP, Brasil, 2012–2021.

Variável	n	%
Ocitocina	3397	
Sim	174	5.1%
Não	3223	94.9%
Amniotomia	3397	
Sim	425	12.5%
Não	2972	87.5%
Medicina tradicional chinesa	3397	
Sim	501	14.7%
Não	2896	85.3%
Massagem	3397	
Sim	401	11.8%
Não	2996	88.2%
Óleo de rícino	3397	
Sim	373	11.0%
Não	3024	89.0%
Chá estimulante	3397	
Sim	328	9.7%
Não	3069	90.3%
Uso de métodos naturais	3397	
Nenhum método	2449	72.1%
1 método	547	16.1%
2 métodos	207	6.1%
3 métodos	134	3.9%
4 métodos	60	1.8%

das mulheres (11,8%) fez uso de mais de um método natural para indução ou condução do trabalho de parto (Tabela 2).

Em relação à integridade da bolsa, a figura 1 mostra que quanto maior o tempo de bolsa rota, maior o número de métodos naturais utilizados durante o trabalho de parto ($p < 0,001$).

Em mais da metade das mulheres (54%), a ocitocina foi utilizada em combinação com outro método de indução ou condução do trabalho de parto. A ocitocina foi combinada, principalmente, com métodos naturais (Tabela 3).

Do total de mulheres do estudo, a HPP aconteceu em 7,3% ($n = 248$) (dado não mostrado na tabela) e as transferências maternas intraparto e após o parto ocorreram em 19,2% ($n = 652$) e 2,6% ($n = 87$) delas, respectivamente (dado não mostrado na tabela). A Tabela 4 mostra esses desfechos entre as mulheres que foram submetidas à amniotomia ou receberam ocitocina. A amniotomia esteve associada às transferências ($p < 0,001$); já em relação ao uso de ocitocina, não houve diferença significativa entre os desfechos HPP e transferência materna.

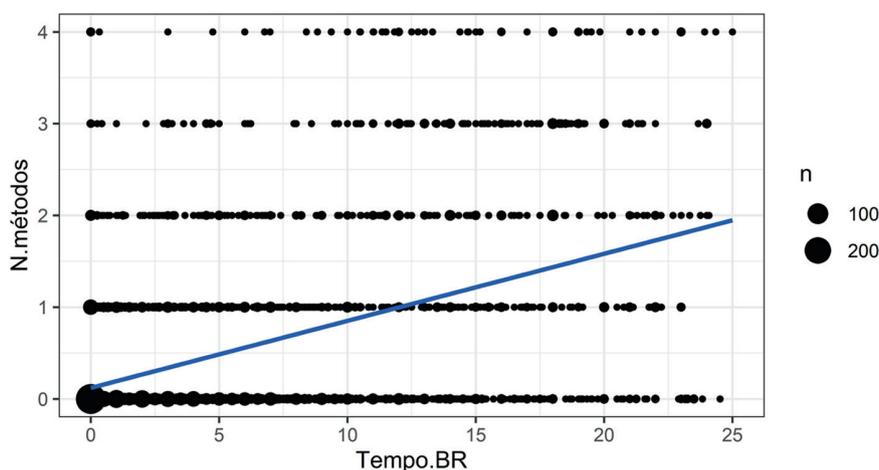
Tabela 3 – Distribuição das mulheres segundo uso de ocitocina combinada ou não a outros métodos de indução e condução – São Paulo, SP, Brasil, 2012–2021.

Variáveis	174	%
Ocitocina	80	46.1%
Ocitocina + PICS (chá estimulante, massagem, rícino, MTC)	62	35.6%
Ocitocina+amniotomia	22	12.6%
Ocitocina + amniotomia + PICS (chá estimulante, massagem, rícino, MTC)	10	5.7%

Tabela 4 – Association between the use of amniotomy or oxytocin and postpartum hemorrhage and maternal transfer – São Paulo, SP, Brazil, 2012–2021.

Variável	Anniotomia		Valor-p*	Ocitocina		Valor-p*
	Sim	Não		Sim	Não	
Hemorragia pós-parto						
Sim	34 (8,0%)	215 (7,2%)	0,571	9 (5,2%)	240 (7,5%)	0,262
Não	391 (92,0%)	2757 (92,3%)		165 (94,8%)	2983 (92,5%)	
Transferência						
Não	297 (69,9%)	2362 (79,5%)	<0,001	127 (73,0%)	2532 (78,5%)	0.216
Intraparto	116 (27,3%)	535 (18,0%)		41 (23,6%)	610 (19,0%)	
Pós-parto	12 (2,8%)	75 (2,5%)		6 (3,4%)	81 (2,5%)	

*Teste qui-quadrado.

**Figura 1** – Distribuição das mulheres segundo tempo de bolsa rota e uso de métodos não farmacológicos de indução e condução do parto, São Paulo, SP, Brasil, 2012–2021. N.métodos: número de métodos; n: número de mulheres (em proporção); Tempo.BR: tempo de bolsa rota; coeficiente de correlação tau de Kendall ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Práticas comuns nos CPNp como admissão em fase ativa do trabalho de parto, liberdade de movimentos, exercícios e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor podem favorecer para que haja redução da necessidade de intervenções no parto e uso de métodos de condução e indução do trabalho de parto⁽¹⁸⁾. Verificou-se, neste estudo, que 61,3% das mulheres não utilizaram nenhum método farmacológico ou não farmacológico de indução ou condução do TP, indicando que mesmo os métodos naturais são utilizados de forma criteriosa no CPNp e que, em grande parte das vezes, o parto acontece de forma natural e fisiológica, o que pode estar relacionado às boas práticas de assistência ao parto, que é uma característica do local⁽¹⁹⁾.

A literatura mostra que pode haver alguma melhora da maturidade cervical e estímulo de contrações uterinas quando métodos como acupuntura, acupressão e moxa são utilizados^(20,21). Neste estudo, o método não farmacológico de indução e condução do parto mais utilizado foram os da MTC, sendo estes os métodos que causam pouco ou nenhum efeito adverso, fator que pode indicar a motivação pelos quais tais práticas foram utilizadas mais vezes e escolhidas como primeira opção entre

os métodos naturais de estímulo. As técnicas de acupressão e moxa são de fácil aplicação e até profissionais sem formação complementar podem aplicá-las após capacitação, além disso, na equipe, há um grande número de profissionais com formação complementar em acupuntura, outro possível motivo pelo qual a MTC é utilizada com maior frequência pela equipe de obstetras e enfermeiras obstétricas do local.

Neste estudo, 11% das mulheres fizeram uso de óleo de rícino para indução do trabalho de parto. O óleo de rícino é considerado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Anvisa um laxante, sugerido pela literatura como favorecedor do amadurecimento cervical das contrações uterinas pelo efeito ativador do metabólito ácido ricinoleico, nos receptores EP3 de prostaglandina, nos músculos lisos do útero e do intestino⁽²²⁾. Apesar do uso de óleo de rícino poder causar alguns efeitos adversos como náusea, vômito e diarreia, não são demonstrados efeitos adversos graves, além disso, ele é descrito na literatura como um método efetivo, de baixo custo e não prejudicial para indução do trabalho de parto^(14,15).

O uso de práticas integrativas e complementares baseadas em evidências científicas faz parte da rotina do local do estudo e é uma característica da assistência prestada no local, assim como a assistência empírica e holística baseada na medicina

antroposófica. Nesse sentido, apesar de o estudo mostrar que a equipe assistencial oferece chá estimulante para as mulheres, de haver a descrição de seu uso em protocolo de outro CPN⁽²³⁾ e de haver o relato da experiência de enfermeiras obstétricas que fizeram uso da técnica e não observaram nenhum efeito adverso⁽²⁴⁾, não há evidências na literatura que corroborem com o uso deste método para estímulo do trabalho de parto.

Igualmente, não há evidências científicas do uso da massagem estimulante para indução ou condução do trabalho de parto. No entanto, a técnica seguida é baseada na massagem rítmica, fundamentada nos princípios da medicina antroposófica e estudada na literatura em outras áreas do cuidado em saúde. No atendimento ao parto, o objetivo dessa massagem é a de alinhar os sistemas neurossensorial, rítmico e metabólico-motor e o corpo físico, vital e anímico do ser humano para estimular a liberação de endorfinas e ocitocinas endógenas que estimulam naturalmente o trabalho de parto⁽²⁵⁾. Um exemplo disso é o estudo randomizado controlado que mostrou o estímulo específico no sistema nervoso autônomo, em pessoas que receberam a massagem rítmica⁽²⁶⁾.

Como sugere o protocolo assistencial, após 18 ou 24 horas de bolsa rota, a depender do resultado da pesquisa de *Streptococcus agalactiae* do grupo B (EGB), a parturiente deverá ser transferida para o hospital⁽¹⁷⁾. Sendo assim, as práticas não farmacológicas para estimular a atividade uterina são iniciadas mais rapidamente em mulheres com RPMO fora de trabalho de parto ativo. Como mostrado no estudo, quanto maior o tempo de bolsa rota, mais métodos são utilizados na tentativa de fazer com que o parto aconteça dentro do tempo limite de transferência para o hospital, evitando a necessidade de indução farmacológica no atendimento hospitalar.

O uso da ocitocina no CPNp é recomendado apenas em casos de parada de progressão, ou seja, deve ser utilizada apenas como forma de condução, quando a mulher já está em fase ativa do trabalho de parto⁽¹⁷⁾. O uso dessa intervenção de maneira precoce e sem indicação não é recomendada pela OMS ou pelo MS, pois não há evidências claras na literatura de que os benefícios superem os potenciais riscos de taquissístolia, anormalidades da frequência cardíaca fetal, rotura uterina, intoxicação hídrica e efeitos cardiovasculares adversos^(3,4).

Neste estudo, a ocitocina foi utilizada de forma criteriosa, em apenas 5,1% das mulheres. A porcentagem do uso de ocitocina foi muito menor do que em outros estudos realizados em CPNp do Brasil, onde o uso variou de 27,5% a 34,8% dos partos⁽²⁷⁻³⁰⁾. Além disso, em 55,2% das mulheres que usaram a ocitocina, a prática foi combinada à amniotomia ou métodos naturais, demonstrando que na maior parte das vezes, a ocitocina não é o principal método de escolha para condução do trabalho de parto no CPNp.

A amniotomia para prevenir a demora no trabalho de parto não é recomendado. Ela deve ser considerada quando há suspeita de falha na progressão do trabalho de parto. Além disso, é importante que a mulher seja informada sobre o motivo da realização do procedimento e do possível aumento da intensidade das contrações⁽³⁾. Neste estudo, a amniotomia foi realizada em 12,5% das mulheres, também de forma criteriosa. Sua realização foi menos frequente quando comparada a estudos realizados em outros CPNp do Brasil, onde a taxa variou de 30,6% a 67,6%^(27,29).

Ainda que o parto em CPNp esteja associado a menores taxas de intervenções desnecessárias, vale considerar que a

variação nas taxas de uso de ocitocina⁽²⁷⁻³⁰⁾ e aminotomia^(27,29), mostrada na literatura, certamente reflete as diferenças nos protocolos assistenciais seguidos. A pouca utilização dessas práticas no CPNp estudado certamente reflete a adoção de PICS e das recomendações do Manual Técnico das Casas de Parto do Município de São Paulo⁽¹⁷⁾.

No uso de ocitocina e amniotomia comparado com os desfechos HPP e transferências maternas, a amniotomia esteve associada às transferências maternas intraparto. Não houve diferença significativa entre a associação do uso de ocitocina e os desfechos estudados. Um dos fatores que pode estar relacionado à amniotomia e à maior chance de transferência intraparto é a presença de mecônio constatada após o procedimento, pois, segundo o protocolo da instituição, quando há presença de mecônio, a mulher deve ser transferida para o hospital⁽¹⁷⁾.

Considerando os efeitos adversos causados pelos métodos farmacológicos de estímulo do trabalho de parto, incluindo o padrão anormal de contrações uterinas e complicações neonatais e os efeitos favoráveis dos métodos não farmacológicos, tem-se que estes métodos podem ser considerados eficazes e de baixo custo para indução e condução do trabalho de parto em comparação com aqueles⁽¹¹⁾. Porém, diferente da realidade de outros serviços de saúde, no CPNp estudado, os métodos naturais são difundidos e utilizados pela equipe com respaldo no protocolo institucional que descreve suas formas de utilização, sendo um possível facilitador para que a equipe faça amplo uso desses métodos. Assim, há necessidade de criação e implementação de protocolos para ampliar o uso de métodos naturais nas instituições de saúde, além de maior investigação na literatura sobre a eficácia desses métodos para estímulo do parto.

Ao contribuir para a caracterização da assistência prestada no CPNp, espera-se oferecer subsídios para implementação de protocolos de indução e condução não farmacológica do parto, ampliando o uso das PICS e a autonomia das obstetras e enfermeiras obstétricas para indicar e promover sua utilização.

As limitações da pesquisa estão relacionadas à fonte de dados do estudo, que é um banco de dados alimentado com informações dos prontuários de mulheres e bebês atendidos no CPNp. Nesse sentido, quando mais de um método foi adotado, não foi possível precisar com fidedignidade qual foi a sequência de seu uso em cada parturiente. Embora o preenchimento dos prontuários seja bem qualificado pela instituição, os resultados estão sujeitos a viés de informação por dados incorretos ou faltantes.

CONCLUSÃO

Os métodos de indução e condução do trabalho de parto foram utilizados com parcimônia no CPNp, e a grande maioria dos partos ocorreu de forma fisiológica.

O método mais utilizado foi a MTC, o menos utilizado foi a ocitocina e prevaleceram os métodos não farmacológicos na assistência ao parto no CPNp estudado; além disso, quando a ocitocina foi utilizada, na maioria das vezes, ela foi combinada com outro método.

A utilização do maior número de métodos esteve associada ao maior tempo de bolsa rota, evidenciando a prática de estímulo de contrações nos casos de RPMO, em consonância com protocolo institucional.

Em relação aos desfechos maternos estudados, a ocitocina e amniotomia não estiveram associadas a HPP, porém a amniotomia esteve associada à transferência materna.

Os métodos estudados são descritos e respaldados pelo protocolo institucional, o que proporciona ampla adoção pela

equipe de obstetras e enfermeiras obstetras. Não obstante, são necessários estudos clínicos robustos para comprovar a eficácia dos métodos naturais de estímulo do parto, além de estratégias para sua implementação e utilização em outros serviços de assistência ao parto.

RESUMO

Objetivo: Descrever e analisar o uso de métodos de indução e condução do parto em centro de parto normal peri-hospitalar (CPNp). **Método:** Estudo transversal realizado em um CPNp localizado em São Paulo (SP), com a totalidade das mulheres atendidas de 2011 a 2021 (n = 3.397). **Resultados:** A maioria das mulheres (61,3%) não recebeu qualquer método. Os métodos foram utilizados isoladamente ou de forma combinada (medicina tradicional chinesa, massagem, óleo de rícino, chá estimulante, amniotomia e ocitocina). A medicina tradicional chinesa (acupuntura, acupressão e moxa) foi o método mais usado (14,7%) e a ocitocina foi o menos frequente (5,1%). Quanto maior o tempo de bolsa rota, maior o número de métodos utilizados (p < 0,001). A amniotomia esteve associada às transferências maternas (p < 0,001). **Conclusão:** A indução e condução do parto foram adotadas de forma restrita. Prevaleceu o uso dos métodos naturais ou não-farmacológicos. São necessários estudos clínicos robustos para comprovar a eficácia dos métodos não farmacológicos de estímulo do parto, além de estratégias para sua implementação em outros serviços de assistência ao parto, para realmente comprovar a eficácia de métodos não farmacológicos no processo de parturição, isto é: no trabalho de parto e nascimento.

DESCRITORES

Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto; Terapias complementares; Parto.

RESUMEN

Objetivo: Describir y analizar el uso de métodos de inducción y manejo del parto en un centro de parto normal perihospitalario (CPNp). **Método:** Estudio transversal realizado en un CPNp ubicado en São Paulo (SP), con todas las mujeres atendidas entre 2011 y 2021 (n = 3.397). **Resultados:** La mayoría de las mujeres (61,3%) no recibió ningún método. Los métodos se utilizaron solos o en combinación (medicina tradicional china, masajes, aceite de ricino, té estimulante, amniotomía y oxitocina). La medicina tradicional china (acupuntura, acupresión y moxa) fue el método más utilizado (14,7%) y la oxitocina el menos frecuente (5,1%). Cuanto mayor es el tiempo de rotura de la bolsa, mayor es el número de métodos utilizados (p < 0,001). La amniotomía se asoció con transferencias maternas (p < 0,001). **Conclusión:** La inducción y manejo del parto se adoptaron de forma restringida. Predominó el uso de métodos naturales o no farmacológicos. Se necesitan estudios clínicos sólidos para demostrar la eficacia de los métodos no farmacológicos de estimulación del parto, además de estrategias para su implementación en otros servicios de atención al parto, para comprobar realmente la efectividad de los métodos no farmacológicos en el proceso del parto, es decir: en el trabajo de parto y el nacimiento.

DESCRIPTORES

Centros de Asistencia al Embarazo y al Parto; Terapias Complementarias; Parto.

REFERÊNCIAS

- Alliman J, Bauer K, Williams T. Freestanding birth centers: an evidence-based option for birth. *J Perinat Educ.* 2022;31(1):8–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/JPE-2021-0024>. PubMed PMID: 35165499.
- Leister N, Teixeira TT, Mascarenhas VH, Gouveia LM, Caroci-Becker A, Riesco ML. Complementary and integrative health practices in a Brazilian freestanding birth center: a cross-sectional study. *Holist Nurs Pract.* 2022. Ahead of print. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/HNP.0000000000000535>. PubMed PMID: 35947420.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: versão preliminar [online]. Brasília, 2022 [citado em 2023 maio 23]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretriz_assistencia_parto_normal.pdf
- World Health Organization. WHO intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado em 2023 maio 23]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702 de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 2023 maio 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html
- Zugaib M, Francisco RP. Zugaib obstetrícia. 3. ed. Barueri: Manole; 2020.
- Montenegro CA, Rezende JF. Rezende obstetrícia fundamental. 14. ed. Barueri: Guanabara; 2018.
- Cohen WR. Clinical assessment of uterine contractions. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;139(2):137–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12270>. PubMed PMID: 28727889.
- Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):466. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>. PubMed PMID: 31801479.
- Moradi M, Niazi A, Heydarian HM, Lopez V. The effect of evening primrose oil on labor induction and cervical ripening: a systematic review and meta-analysis. 2021. *Phytother Res.* 2021;35(10):5374–83. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ptr.7147>. PubMed PMID: 33913585.
- Hemmatzadeh S, Mohammad AC, Veisy A, Mirghafourvand M. Evening primrose oil for cervical ripening in term pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *J Complement Integr Med.* 2021;20(2):328–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1515/jcim-2020-0314>. PubMed PMID: 34261202.
- Bagherzadeh Karimi A, Elmi A, Mirghafourvand M, Baghervand Nabid R. Effects of date fruit (*Phoenix dactylifera* L.) on labor and delivery outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):210. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-02915-x>. PubMed PMID: 32290818.

13. Mafetoni RR, Shimo AK. Efeitos da acupressão na evolução do parto e taxa de cesárea: ensaio clínico randomizado. *Rev Saude Publica*. 2015;49:9. PubMed PMID: 25741644.
14. Gilad R, Hochner H, Savitsky B, Porat S, Hochner-Celnikier D. Castor oil for induction of labor in post-date pregnancies: a randomized controlled trial. *Women Birth*. 2018;31(1):e26–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.010>. PubMed PMID: 28750937.
15. Bayoumi YA, Alalfy M, Sharkawy M, Ali AS, Gouda HM, Hatem DL. Castor oil for labor initiation in women with a previous cesarean section: a double-blind randomized study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022;35(25):8945–51. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2021.2008350>. PubMed PMID: 34886746.
16. Finucane EM, Murphy DJ, Biesty LM, Gyte GM, Cotter AM, Ryan EM, et al. Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;2(2):CD000451. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000451.pub3>. PubMed PMID: 32103497.
17. São Paulo. Manual técnico das casas de parto do município de São Paulo: série enfermagem. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 2019 [citado em 2023 maio 23]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/manual_tecnico_das_casas_de_parto_23_4_2019.pdf
18. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4(4):CD011516. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011516.pub2>. PubMed PMID: 28426160.
19. Lopes GA, Leister N, Riesco ML. Desfechos e cuidados perineais em centro de parto normal. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180168. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0168>.
20. Schlaeger JM, Gabzdyl EM, Bussell JL, Takakura N, Yajima H, Takayama M, et al. Acupuncture and acupressure in labor. *J Midwifery Womens Health*. 2017;62(1):12–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12545>. PubMed PMID: 28002621.
21. Smith CA, Armour M, Dahlen HG. Acupuncture or acupressure for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;10(10):CD002962. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002962.pub4>. PubMed PMID: 29036756.
22. DeMaria AL, Sundstrom B, Moxley GE, Banks K, Bishop A, Rathbun L. Castor oil as a natural alternative to labor induction: a retrospective descriptive study. *Women Birth*. 2018;31(2):e99–104. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.08.001>. PubMed PMID: 28838804.
23. Rodrigues ES, Ferreira IP, Andrade MA. Protocolo de plantas medicinais e fitoterápicos na assistência obstétrica. Belém: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; 2019 [citado em 2023 maio 23]. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/431610/2/PROTOCOLO%20DE%20PLANTAS%20MEDICINAIS%20E%20FITOTER%3%81PICOS%20NA%20ASSIST%3%8ANCIA%20OBST%3%89TRICA.pdf>
24. Rodrigues ES. O uso de plantas medicinais e fitoterápicos em centro de parto normal: construção do protocolo assistencial [dissertação]. Belém: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; 2019 [citado em 2023 maio 23]. Disponível em: <https://mestrado.santacasa.pa.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/O-USO-DE-PLANTAS-MEDICINAIS-E-FITOTERAPICOS-EM-CENTRO-DE-PARTO-NORMAL-CONSTRUCAO-DO-PROTOCOLO-ASSISTENCIAL.pdf>
25. Lanz R. Noções básicas de antroposofia. São Paulo: Antroposófica; 1997.
26. Seifert G, Kanitz JL, Rihs C, Krause I, Witt K, Voss A. Rhythmical massage improves autonomic nervous system function: a single-blind randomized controlled trial. *J Integr Med*. 2018;16(3):172–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joim.2018.03.002>. PubMed PMID: 29598986.
27. Riesco ML, Oliveira SM, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FM, Diniz CS, et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(spe 2):1291–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600026>.
28. Santos NCP, Vogt SE, Duarte ED, Pimenta AM, Madeira LM, Abreu MNS. Fatores associados ao baixo Apgar em recém-nascidos em centro de parto. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(suppl 3):297–304. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0924>. PubMed PMID: 31851267.
29. Silva FM, Paixão TC, Oliveira SM, Leite JS, Riesco ML, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1031–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000500004>. PubMed PMID: 24346440.
30. Medina ET, Mouta RJO, Carmo CN, Theme-Filha MM, Leal MC, Gama SGN. Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2023;39(4):e00160822. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xpt160822>. PubMed PMID: 37075342.

EDITOR ASSOCIADO

Rebeca Nunes Guedes de Oliveira

Apoio financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 – Brasil (CAPES) – Finance Code



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.