

## C A P Í T U L O 7



### *A indução*



**I**nduzir o parto significa intervir de alguma forma para que o início do trabalho de parto se desencadeie. É o oposto ao início do trabalho de parto espontâneo, que caracteriza o início fisiológico do processo de parto.

Desde os chás, óleos e outros meios usados pelas parteiras até às técnicas desenvolvidas por Hipócrates, como a estimulação dos mamilos (uma das mais simples), há registos de indução do parto anteriores à Grécia Antiga. É nos dias de hoje uma intervenção encarada por muitos com grande “normalidade”, e com frequência se refere o “parto normal” incluindo logo à partida este tipo de começo. Trata-se, portanto, de um dos desvios entre o “normal” e o “natural”.

A indução é uma intervenção comum na obstetrícia actual, mas deveria ser uma intervenção de recurso, quando os riscos de manter a gravidez ultrapassam os riscos de uma indução. Excluindo as razões patológicas que podem originar uma maior necessidade de provocar o parto, entre as grávidas de baixo risco de termo, ou seja, no final da gestação, as razões mais apontadas para as induções são as gravidezes pós-termo e a rotura da bolsa amniótica sem trabalho de parto.

Contudo, meros motivos de agenda passaram a ser perfeitamente “aceitáveis” para justificar esta interferência na fisiologia do parto, seja por parte das mulheres, seja dos profissionais. Acontece, e não é assim tão raro, que

os partos tenham agora também um dia certo de “atendimento”. A Maria, uma mulher bem jovem, procurou-me porque não lhe fizera sentido, ao conversar sobre o parto, que o profissional determinasse que o seu bebé só poderia nascer a uma quinta-feira.

A Sofia veio até mim porque gostava de ter um parto com o mínimo de intervenções possíveis. Gostava de ter um parto respeitando o seu ritmo e o do seu bebé. A opção foi um hospital privado. Ao contrário do previsto, a sua médica não esteve disponível para acompanhar o parto. Eram três da madrugada quando chegámos. O serviço parecia encerrado. Luzes desligadas. Uma das médicas que estavam de serviço foi acordada e, para seu descontentamento, a mãe queria um parto natural. A Sofia estar a gerir a dor e recusar a epidural não foi bem aceite, pois exigiria uma vigilância diferente da habitual. A médica pediu ao colega que estava de serviço com ela para ser ele a prestar cuidados à Sofia, porque estava a ser tudo muito “estranho”. Aproximou-se um homem muito educado e delicado. Num tom de voz muito meigo, procurou perceber o motivo de a Sofia não querer a epidural. Ouviu e observou. Permaneceu junto de mim e da Sofia. Passado um pouco, disse-nos: “Mas eu também posso ajudar a Sofia?” A Sofia estava já numa fase muito avançada. Eu respondi que claro que sim, que naquela fase quatro mãos às vezes não são suficientes. Sorri, e pisquei o olho à Sofia, como que a dizer-lhe que estávamos bem entregues. O médico ficou sempre connosco, como se estivesse a ver algo de novo para si, mas de que estava a desfrutar. A Sofia foi transferida para a sala de partos (arquitecturas que em hospitais tão recentes não entendendo). Mas manteve-se muito firme. Chegou o momento de a sua menina nascer. Sentia-se muito motivada, e tudo contribuía para assim acontecer. Voltou a frisar ao médico que gostava que fosse tudo com o mínimo de intervenção. E foi. Não acelerar o expulsivo com uma episiotomia, como por norma fazia, foi um esforço notório que o médico ultrapassou. As enfermeiras foram um bom apoio e, em equipa, a Sofia e a sua menina tiveram um parto e um nascimento sem pressas. No fim, a satisfação do médico e de todos era evidente. A expressão de Sofia era iluminada como o nascer do dia. O médico perguntou-me: “Foi um parto perfeito, não foi Sandra?” Respondi-lhe que apenas tinha faltado terem permitido a presença do pai. Mas, para algumas, as “regras” são uma barreira que se gosta de manter inamovível.

Quando fui ver a Sofia no puerpério, fiquei a saber que ela se tinha tornado quase um “estudo de caso” naquele hospital, e que volta e meia iam espreitar para ver quem era a senhora que não tinha levado epidural, nem episiotomia. Por esta ocasião, o hospital celebrava o seu terceiro

aniversário, e no entanto, pelo que nos foi dito, aquele era o seu primeiro parto natural. Isto não me surpreendeu de todo, pois não era a primeira vez que os profissionais me diziam estarem a presenciar uma forma de acolher o parto inédita para eles. Era eu doula há cinco anos.

A Sofia ficou de tal ordem satisfeita com a atitude do médico, que quis fazer com ele a vigilância de pós-parto, para lhe agradecer mais uma vez, e convidou-me a estar presente. Conversámos um pouco os três. Quando entrámos, ele recebeu-nos com um enorme sorriso. A educação e o respeito deste médico pela vontade da Sofia tinham sido especiais. Da minha parte, queria perceber até que ponto o que tinha acontecido com a Sofia poderia repetir-se com outras mulheres. Perguntou-me então: “Sandra, estes partos começam muito de noite, não é?” “Sim”, respondo eu. “Pois, isso para mim é muito complicado, com as consultas é uma gestão difícil. Só mesmo quando acontece sem esperarmos, caso contrário, o melhor mesmo para a minha vida é os partos serem no dia que tenho planeado.” Disse isto com uma tal delicadeza e genuinidade, que saí com uma sensação de perda tremenda. Jamais me esquecerei deste médico, e espero um dia voltar a cruzar-me com ele, de preferência noutra parto que comece espontaneamente.

### 7.1. *A duração de uma gravidez*



Uma gravidez é convencionalmente considerada de termo entre as 37 e as 42 semanas. Pensa-se que uma gestação humana dura cerca de 280 dias, a contar do primeiro dia da última menstruação, partindo do redutor pressuposto de ciclos menstruais de 28 dias, com ovulações ao 14.º. Ora, como já se percebeu que há grande variação não só na duração dos ciclos, como na ocorrência da ovulação e na própria implantação, determinou-se este intervalo entre as 37 e as 42 semanas. No entanto, apesar de este intervalo ser um dado adquirido, a duração da gestação humana continua a ser alvo de interesse na investigação, e assim deve ser, dadas as dúvidas quanto às metodologias de datação e às intervenções que daí advêm<sup>98</sup>. Recentemente, um estudo pequeno, mas com contornos interessantes, veio alertar para a possibilidade de a variação da gestação humana ser bem diferente do que se pensa. O estudo baseou-se em análises à urina, para identificar os níveis hormonais desde a concepção até ao parto; excluíram-se as

gravidezes medicamente assistidas, e só foram incluídos partos com inícios espontâneos e não prematuros; verificou-se que a variação na gestação ia dos 247 aos 284 dias, ou seja, um intervalo de 37 dias<sup>99</sup>.

Quando uma gravidez termina entre as 37 e as 40 semanas, é considerada de termo, entre as 40 e as 42 semanas é considerada de pós-data prevista, e a partir das 42 semanas, de pós-termo.

Em 2013, surgiu nos EUA uma nova classificação da duração da gravidez, exactamente devido aos riscos associados aos partos marcados, nomeadamente as induções e as cesarianas, sugerindo que uma gravidez só fosse considerada de termo a partir das 39 semanas<sup>100</sup>:

Dos fundamentos existentes, o método que apresenta mais garantias na datação da gravidez é a ecografia do primeiro trimestre, e contribui para reduzir as induções por gravidezes pós-termo<sup>101</sup>. É por isso muito importante usar sabiamente este meio de diagnóstico, recorrendo a quem nele se especializou, o que nem sempre acontece. Mesmo assim, há que gerir bem as expectativas, pois só cerca de 4% das mulheres têm os bebés na data prevista de parto, e 70% nos dez dias seguintes<sup>102</sup>. Há também que ter em linha de conta a duração das gravidezes anteriores, visto que a duração das gestações se relaciona com factores hereditários, assim permitindo uma individualização do tempo previsto de que a gravidez pode precisar<sup>103</sup>.

<i>Descrição</i>	<i>Idade gestacional</i>
Pré-termo	< 37 semanas
Termo precoce	37 semanas e 0 dias — 38 semanas e 6 dias
Termo	39 semanas e 0 dias — 40 semanas e 6 dias
Termo tardio	41 semanas 0 dias — 41 semanas e 6 dias
Pós-termo	> 42 semanas

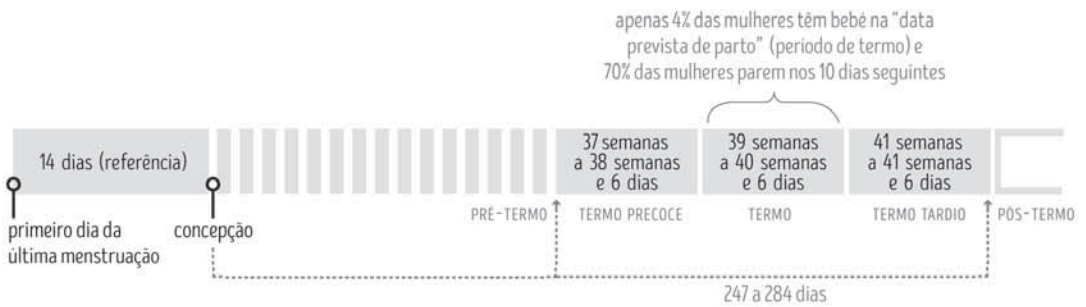


Figura II-23 O tempo da gestação

São muitas as mulheres que manifestam sentir-se pressionadas socialmente no fim da gravidez. Dizem que também nesta fase parece que já não se consegue esperar e desfrutar do encanto que esses momentos deveriam ter. A maioria das mulheres que acompanho, à semelhança do que me aconteceu na primeira gravidez, dizem-me que acham que os bebés vão nascer antes das ditas 40 semanas, daí que a ansiedade venho de dentro, pelo menos em parte. Também a grande maioria se engana, e por isso o meu apoio passa por ajudar as mulheres a “desconstruir” essa natural inquietude. Aqui lhe deixo duas dicas. A primeira é que não divulgue no seu círculo social a data prevista de parto que lhe foi dada pela ecografia. Partilhe antes um período provável de parto a partir das 41 semanas, e não a refira como uma data fixa, mas sim a partir dessa data. Na minha Rita, disse a todos os que me rodeavam a data prevista pela ecografia. Chegaram as 38 semanas, e a ansiedade da espera tocou a todos, mas principalmente para o lado da família do pai, pois era a primeira neta e sobrinha. Confesso que não me chateei com isso. Senti-me acolhida por eles, encarei como um sinal legítimo de preocupação, e os telefonemas foram-me ocupando até às 40 semanas. Sou uma mulher afortunada, pois nos dois filhos a “espera” não ultrapassou as 40 semanas ecográficas, e eu estava bem ciente das minhas semanas de gestação. Mas eram outros tempos. Tempos em que as induções não eram “moda”, nem comuns, e estavam bem mais limitadas a verdadeiras razões clínicas. Portanto, a ninguém ocorria perguntar-me quando ia eu “induzir” ou se “não ia induzir”.

Passados oito anos, na gravidez do Tiago, tive uma atitude diferente, porque tinham entretanto surgido outras modernices. A data prevista de

parto pela ecografia era 31 de Maio. Disse a todos que o nascimento seria a partir de meados de Junho. O Tiago nasceu a 30 de Maio, e foram várias as pessoas que pensaram que ele tinha vindo em modo expresso — uma verdadeira surpresa para muitos, que não esperavam que ele chegasse tão cedo.

A segunda dica é muito pessoal: férias em família! Que quando foi da Rita, apercebi-me de que o Miguel estava muito cansado no período de pós-parto: trabalhou até à quinta-feira anterior ao sábado em que ela nasceu, e ainda foi um sortudo, pois usufruiu do feriado de 1 de Dezembro, mas com pouco descanso, porque eu não lho permiti. Quando foi do Tiago, decidimos que desfrutaríamos todos em família o final da gravidez. Foi o melhor que fizemos. Acordávamos mais tarde, passeávamos umas vezes a “quatro”, outras a “três”, só eu, o Miguel e o Tiago. Dedicámos tempo à mais velha, o que foi também muito importante. Desta forma consegui atenuar a ansiedade da espera e o difícil contexto que me abraçou nesta gravidez. Parecia que, com o Miguel por perto, me sentia também mais protegida da pressão que as pessoas pudessem exercer. Havia planos diários. Saberem que tínhamos tirado um tempo para nós ajudou igualmente a que as pessoas que nos rodeavam respeitassem o nosso espaço e tempo, pelo que foram dias muito tranquilos e bons.

## 7.2. *O início do trabalho de parto*



**A** pesar dos excelentes avanços na investigação, o que desencadeia o início do trabalho de parto continua a ter mistérios por desvendar. Os estudos apontam para um complexo envolvimento do sistema imunitário, endócrino e nervoso, tanto da mãe como do bebé. Há várias alterações hormonais que já estão sinalizadas como podendo ser o rastilho, mas ainda não existe uma resposta clara e objectiva<sup>104</sup>. O que já vamos sabendo é que, ao fazer com que um bebé nasça antes das supostas 38 ou 39 semanas, há fortes probabilidades de ficarmos perante um bebé que tem na realidade menos semanas e sinais de imaturidade. Sabemos que cada semana conta, cada semana é importante para a maturação, quer dizer, para a sua capacidade de se adaptar à vida fora do útero. Nascer implica conseguir respirar

sozinho e ter o sistema nervoso pronto a desencadear os reflexos primários de sobrevivência, nomeadamente a coordenação no mamar entre a sucção e a deglutição<sup>105</sup>.

No percurso de doula, 85% dos bebés que acompanho decidiram quando nascer. Nos 10% de induções, predomina a justificação de que as gravidezes estavam além das 41 semanas. Os restantes 5% foram cesarianas electivas, praticamente todas com indicações clínicas.

Fazer um bebé nascer em determinada altura numa grávida saudável deve ser muito bem ponderado, e os riscos que envolvem a indução deverão compensar os riscos de manter a gravidez, como comecei por dizer. Apesar de uma gravidez ser considerada de termo até às 42 semanas, a indução é sugerida por rotina pela maioria das orientações clínicas assim que as 41 semanas se aproximam, isto é, quando a gravidez é considerada “pós-data”. Isto porque, segundo os estudos, há um ligeiro aumento na mortalidade *in utero* a partir destas semanas de gestação.

Sobre este assunto, não me vou ficar pela conclusão da revisão da Cochrane, porque considero pertinente e necessário acrescentar mais informação.

*“Uma gravidez normal dura cerca de 40 semanas a partir do início da última menstruação da mulher, mas considera-se normal uma gestação entre as 37 e as 42 semanas. Os nascimentos antes das 37 semanas são considerados prematuros, porque esses bebés têm, frequentemente, dificuldades respiratórias e outros problemas, como alguns dos seus órgãos ainda não estarem totalmente amadurecidos. Os nascimentos após as 42 semanas parecem ter um risco ligeiramente aumentado para o bebé e estão associados a um maior número de mortes. Nenhum diagnóstico pode dizer se seria melhor para o bebé ficar no útero ou induzir o trabalho de parto para o bebé nascer, pelo que os prazos sugeridos são arbitrários. Esta revisão pretende determinar se a indução do trabalho de parto num tempo pré-especificado poderia reduzir os riscos para o bebé. A revisão encontrou 22 estudos envolvendo mais de nove mil mulheres que tiveram indução do parto em momentos diversos, desde as 37 semanas de gestação até a mais de 42 semanas; alguns eram estudos bastante antigos, de qualidade variável. A revisão agrupou os estudos*

*em políticas de indução de (1) 37 a 39 semanas, (2) 39 a 40 semanas, (3) <41 semanas (4), de 41 semanas, e (5)> 41 semanas, por comparação com uma política de esperar até uma data posterior. Houve menos mortes de bebés quando se implementou a política de indução do trabalho. Essas mortes foram raras em qualquer das semanas. O grupo de indução teve significativamente menos bebés com síndrome de aspiração de mecónio e menos cesarianas, por comparação com o grupo de conduta expectante. As experiências e opiniões sobre as escolhas das mulheres não foram devidamente avaliadas.*

*A política de indução do parto, por comparação com a conduta expectante, está associada a menos mortes perinatais e menos cesarianas. Alguma morbidade infantil, como a síndrome de aspiração de mecónio, também foi reduzida através da política de indução do parto pós-termo, embora não houvesse diferenças significativas na taxa admissão de NICU (unidade de cuidados intensivos de neonatologia). **No entanto, o risco absoluto de morte perinatal é reduzido. As mulheres devem ser devidamente aconselhadas, a fim de fazerem uma escolha informada entre a indução marcada para uma gravidez pós-termo ou monitorizar a gravidez sem indução (ou adiar a indução).***<sup>106</sup>

Nos estudos, apresentam-se dois tipos de riscos: os riscos relativos e os riscos absolutos. O risco relativo tem por base a comparação do resultado pesquisado entre o grupo com a intervenção e o grupo de controlo. O risco absoluto é a taxa de incidência do resultado que se procura obter com a pesquisa. O risco relativo é o mais atractivo na comunicação de resultados, porque apresenta maior visibilidade.

Vamos imaginar uma investigação que tem por objectivo, por exemplo, aferir quantas pessoas com uma determinada doença iriam beneficiar de um fármaco em estudo. No estudo participaram cem pessoas em cada grupo.



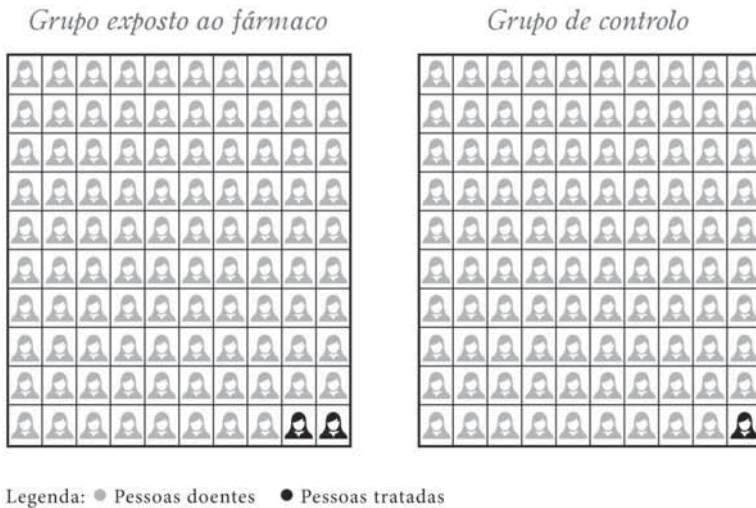


Figura II-24 Risco relativo *versus* risco absoluto

O risco relativo deste estudo é de 50%, ou seja, o fármaco curou duas vezes mais as pessoas tratadas. No entanto, o risco absoluto é de 1%. Que número acha que lhe iria chegar? Os 50%, claro, apesar de na prática, por cada cem pessoas, o fármaco só curar mais uma do que no grupo que não tomou o fármaco. Daí que vários artigos critiquem o facto de os estudos não apresentarem os números do risco absoluto, e preferirem o risco relativo<sup>107</sup>. Lamentavelmente, é o que acontece nesta revisão da Cochrane, que se limita a referir que o risco é “reduzido”, dando azo a interpretações subjectivas (é um aspecto que a própria Cochrane tem procurado melhorar).

Outro dado estatístico importante, e cada vez mais observado pela comunidade de investigadores, é o chamado NNT, ou seja, o número necessário a tratar. Segundo concluiu a revisão da Biblioteca Cochrane, as induções de parto tiveram o elevado número de 410, para prevenir 1 morte perinatal.

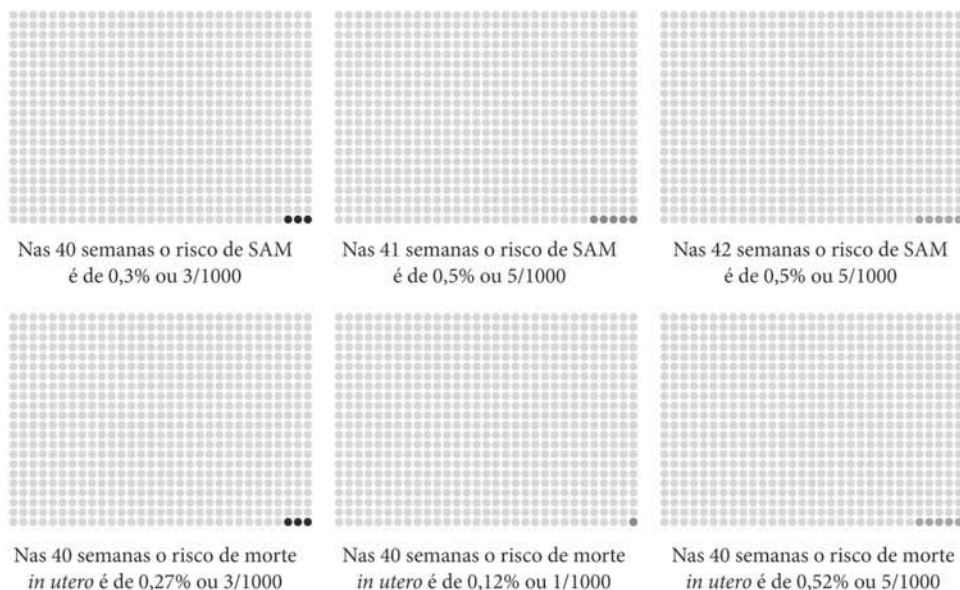


Figura II-25 Risco de síndrome de aspiração de mecónio e de morte *in utero*  
 Fonte: Folheto “Visual tools to support informed choices”, de Amanda Montañez.

Universidade de Toronto<sup>108</sup>

	<i>40 semanas</i>	<i>41 semanas</i>	<i>42 semanas</i>
Síndrome de aspiração de mecónio	0,3% ou 3/1000	0,5% ou 5/1000	0,5% ou 5/1000
Morte <i>in utero</i>	0,27% ou 3/1000	0,12% ou 1/1000*	0,52% ou 5/1000

Ao longo destes anos, tenho passado muitas as horas a pesquisar e a ler sobre este assunto. Cada ponta de novelo que me surge consome-me outras tantas horas em busca da outra ponta, que algumas vezes não encontro. Quero com isto dizer, que por muito que procure, continua a ser difícil dar fundamento científico a esta vaga de induções, que, segundo muitos artigos, duplicaram em dez anos. Estima-se que, globalmente, cerca de 10% dos partos sejam induzidos. A nível mundial, as taxas variam entre 1,4% e 33,3%<sup>109</sup>. Na Europa, segundo o relatório perinatal de 2010, temos um intervalo entre os 6,8% e os 33%<sup>110</sup>. Portugal não apresentou dados para este indicador.

Se é verdade que felizmente nos meus acompanhamentos predominam os trabalhos de parto espontâneos, também é verdade que, das mães que me procuram e já tiveram filhos (portanto, incluindo partos que eu não acompanhei), 40% passaram por induções. Deste grupo de mulheres com o meu acompanhamento, 77% tiveram trabalhos de parto espontâneos. Nas que viram os seus partos induzidos, predominaram as induções com situações patológicas evidentes.



### 7.3. *Rotura das membranas a termo sem trabalho de parto*



Quando há rotura das membranas — ou da bolsa, como vulgarmente dizemos — sem contracções, muitas mulheres pensam que lhes resta apenas uma opção: a indução.

Relembro que continuamos exclusivamente no campo da informação para situações de gravidezes de termo de baixo risco.

Há quem pense que a rotura das membranas (diferente do descolamento das membranas) indica o início do trabalho de parto. Mas não. O trabalho de parto só se inicia na presença de contracções com crescente intensidade de dor. A bolsa do líquido amniótico pode romper-se sem que existam essas contracções. Perante este cenário, são possíveis duas atitudes: a interventiva ou a expectante, tal como quando se chega às 41 semanas de gravidez. A interventiva implica induzir o trabalho de parto com métodos farmacológicos; a expectante implica esperar.

A Biblioteca Cochrane colocou recentemente a pergunta: “Quando há rotura da bolsa às 37 semanas ou depois, é melhor para o bebé nascer imediatamente ou esperar pelo início do trabalho de parto espontâneo?” Na conclusão, podemos ler o seguinte:



Figura II-26 Rotura franca ou total das membranas



Figura II-27 Legenda : Rotura alta das membranas

*“Existem fundamentos de fraca qualidade que sugerem que provocar o parto (com métodos de indução como a ocitocina ou as prostaglandinas) reduz o risco materno de morbidade por infecção, comparativamente com a atitude expectante numa rotura de bolsa às 37 semanas ou mais de gestação, sem aparente aumento de risco de cesariana. As provas são maioritariamente desvalorizadas, porque a maioria dos dados dos estudos envolvidos têm algumas limitações graves na sua estrutura, e muitos dos resultados estimados são imprecisos. [...] Quaisquer estudos futuros deverão ser estruturados adequadamente e com força suficiente para avaliar os efeitos a curto e a médio prazo dos resultados. Será benéfico criar uma uniformização dos resultados e das suas definições, incluindo a avaliação de infecção materna e neonatal.”<sup>111</sup>*

A incidência de rotura das membranas numa gravidez de termo é de 8%. O início do trabalho de parto ocorre nas 24 horas seguintes em 70% das mulheres, e nas 48 horas seguintes em 90%. Só 2-5% ultrapassam as 72 horas<sup>112</sup>.

Costumo dizer aos casais que, havendo rotura das membranas, aí sim, o relógio está a contar.

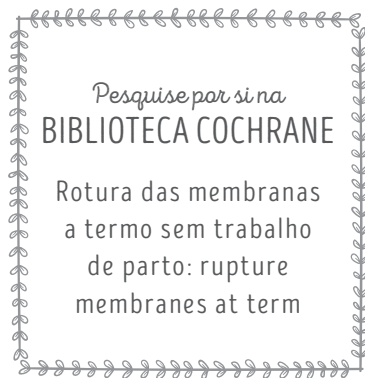
Na minha segunda gravidez, nunca tendo eu imaginado este cenário, foi precisamente nele que mergulhei durante dois dias, até entrar em trabalho de parto.

A rotura das membranas pode ser “alta” ou “total”. Na rotura alta, muitas vezes há dúvidas se é efectivamente uma rotura das membranas. Na rotura total, é impossível haver dúvidas, pois o líquido amniótico sai de forma impressionante (principalmente quando existe em quantidade), e deixa-nos verdadeiramente molhadas. A cor do líquido é importante e, perante um líquido que apresente algum tipo de coloração (amarelado, esverdeado ou acastanhado), deverá contactar imediatamente um profissional de saúde.

Estava eu a sentar-me no sofá com as pernas à chinês quando senti umas gotas líquidas a saírem de forma involuntária. Levantei-me, cheirei, e percebi o que era. Há quem diga que é inodoro, mas para mim não foi. Cheirava àquilo que várias vezes tinha escutado e até constatado com

algumas mulheres que acompanhei: cheirava a esperma. Tinha tido uma rotura ligeira, possivelmente alta. Não demorou muito tempo até que a rotura total das membranas acontecesse. Tinha subido até ao andar de cima da minha casa, e fui ao escritório. Ainda de pé ao lado da secretária, ao telefone com a Ana Matos, o líquido amniótico fez uma bela poça no chão. Foi uma sensação estranha. Senti-me por breves segundos como uma criança a quem escapasse a urina e todos ficassem a saber. Ri-me, mas acho que foi do nervosismo e da surpresa. Ainda houve umas ligeiras contracções, nada de especial, que depois desapareceram. Toda a equipa de parto ficou a saber do sucedido. A Catarina, passado pouco tempo, estava junto de mim para monitorizar o meu estado e o do bebé. Passaram praticamente 48 horas até as contracções chegarem. A cabeça do Tiago estava encaixada, e portanto o grave risco, e raro<sup>13</sup>, do prolapso de cordão (quando, após a rotura das membranas, o cordão se apresenta na vagina antes de qualquer outra parte do corpo do bebé) ficou fora dos meus medos. Durante estas horas foi-me feito apenas um toque vaginal, fiz análises e procurei proteger-me do risco que leva a não se esperar pelas contracções: o risco de infecção. Esperar pelas contracções não foi fácil, mas eu sentia que estava bem, estava a ter os cuidados necessários, e com uma vigilância muito cuidadosa. Durante o trabalho de parto surgiram algumas preocupações que não vieram a confirmar-se. O meu Tiago foi visto em casa, um dia depois de nascer, pelo Dr. Luís Jácome, um pediatra muito especial, por quem tenho enorme gratidão.

Enquanto doula, quando uma mulher que acompanho tem rotura total das membranas e prefere aguardar algum tempo, procuro apoiá-la nos seus desejos, mas com a devida vigilância, isto é, com profissionais de saúde a acompanhar a situação.



7.4. *O Índice de Bishop e os métodos de indução*

É possível que, entre as terminologias que envolvem uma indução do trabalho de parto, se cruze com o “índice de Bishop”. Este índice consiste numa tabela que pontua, de zero a três, cinco parâmetros, sendo quatro deles referentes ao colo: consistência, posição, apagamento (ou extinção) e dilatação. O outro pontua o plano da descida da cabeça do bebé. É o índice de Bishop que, de acordo com os protocolos clínicos, dita com que fármacos ou mecanismos iniciar a indução<sup>114</sup>.

Vou focar-me nos métodos usados no modelo biomédico, visto que para os chamados “métodos naturais” quase não existem fundamentos científicos (note que não está devidamente estudada a segurança desses “métodos naturais” de indução).

As formas de indução com que se pode cruzar são as mecânicas e as farmacológicas, e é sobre elas que lhe vou falar a seguir.

7.5. *O “toque maldoso”*

É “normal” que, na sua vigilância de gravidez, em que predomina o modelo biomédico, a partir das 37/38 semanas lhe seja proposto o toque vaginal para avaliação do colo (de que já falámos anteriormente, página 162), mas acompanhado do chamado “toque maldoso”. Afinal, o que é isto? É o acto, levado a cabo pelo profissional de saúde (médico obstetra ou EESMO/ parteira), de introduzir os dedos no seu colo de forma a alcançar os tecidos que ligam a bolsa amniótica ao útero. Os dedos descolam estes tecidos na zona inferior do útero, com o objectivo de incentivar a produção de prostaglandinas, e assim desencadear o trabalho de parto. Dependendo de como está o colo, esta intervenção pode ser mais fácil ou mais difícil de executar. As mulheres manifestam dor e, por norma, verifica-se sangramento. É portanto uma intervenção mecânica para desencadear o trabalho de parto, e deveria ser feita mediante explicação e permissão. Lamentavelmente, há muitos relatos segundo os quais esta intervenção é executada sem o devido consentimento informado.



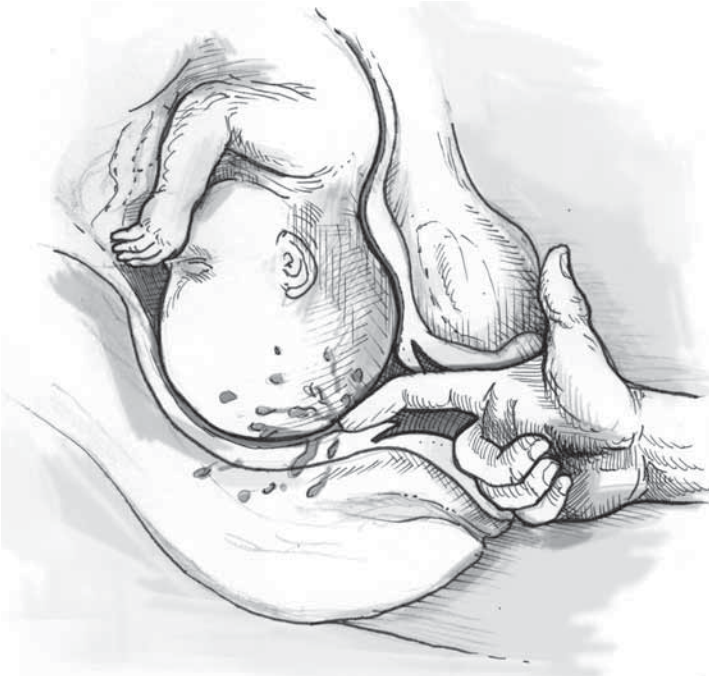


Figura II-28 O “toque maldoso”

Diz a Cochrane:

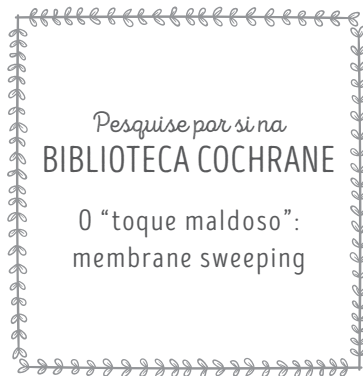
*“O uso por rotina do descolamento de membranas a partir das 38 semanas não aparenta produzir qualquer benefício clínico de relevo. Quando usado como método de indução do trabalho de parto, é necessário considerar o recurso a outros métodos mais formais de indução, tendo em conta o desconforto que este causa à mulher e os possíveis efeitos adversos.”<sup>115</sup>*

Ou seja, o uso do “toque maldoso” por rotina não apresenta benefícios. No Reino Unido, dizem as recomendações do NICE que esta intervenção deverá ser proposta às mulheres a partir das 40 semanas, a fim de evitar a gravidez pós-termo<sup>116</sup>. Este procedimento é considerado bem-sucedido



quando o trabalho de parto se inicia até às 48 horas após a intervenção<sup>117</sup>. Os riscos em que pode incorrer com esta intervenção são:

- > dor;
- > sangramento;
- > infecção;
- > rotura da bolsa amniótica, e portanto também o de prolapso do cordão.



#### 7.6. *A sonda de Foley*



**C**ontinuamos na indução do parto com métodos mecânicos que visam o amadurecimento do colo.

A sonda de Foley é um método que a muitas de nós pode parecer novo, mas está longe disso. A utilização desta sonda na obstetrícia foi uma adaptação do seu propósito original na medicina, o esvaziamento da bexiga. É portanto um uso além do previsto, o que se costuma chamar de *off-label*<sup>118</sup>. Técnicas semelhantes eram usadas antes de surgirem as hormonas sintetizadas, e há registos da sua existência no século XIX,

chegando mesmo a substituir a amniotomia (rotura artificial das membranas, ou bolsa amniótica). No entanto, as referências mais exactas a este método de indução mecânica apenas são apresentadas por volta de 1960.

Foi na primeira metade do século xx que surgiram tanto a ocitocina como as prostaglandinas artificiais. Nos anos 80, a utilização das prostaglandinas artificiais para amadurecimento do colo levou ao abandono desta técnica mecânica, apesar de praticamente nenhuns ECR terem sido feitos (mais um exemplo de como primeiro se aplica e depois se estuda). Este método mecânico visa amadurecer o colo do útero através da introdução de um cateter com um “balão”, que irá ficar alojado entre o saco amniótico e o segmento inferior do útero. A introdução da sonda pode ser feita com um espéculo vaginal ou com toque vaginal. A sonda é depois enchida com uma pequena quantidade de uma solução salina<sup>119</sup>.

Pensa-se que este mecanismo não actua apenas mecanicamente no colo, mas também desencadeia uma produção hormonal, fazendo segregar prostaglandinas. Teoricamente, esta sonda poderá desencadear o receio óbvio de que haja um risco acrescido de mais infecções, tanto para a mulher como para o bebé. Mas não é isso que vários estudos sugerem, por comparação com os métodos farmacológicos para maturação do colo. A explicação poderá residir no facto de os outros métodos implicarem mais toques vaginais, e por outro lado a sonda de Foley não ser por norma utilizada em caso de existência de rotura da bolsa do líquido amniótico antes do procedimento<sup>120</sup>. Um estudo retrospectivo que analisou 1083 induções com este método revelou que a sonda teve de ser retirada, devido a complicações, a 8,8% das mulheres. As complicações identificadas foram: reacção febril aguda transitória (3%); registos cardíacos fetais não tranquilizadores (2,2%); sangramento vaginal (1,8%); remoção da sonda por dor (1,7%); e alteração da posição do bebé de cefálica para pélvica (1,3%)<sup>121</sup>.

Face às prostaglandinas artificiais, este método de indução tem a vantagem causar menor incidência de hiperestimulação uterina, gerando portanto menor risco de sofrimento fetal<sup>122</sup>. Além disso, é um método que pode ser aplicado em regime ambulatorio, ou seja, a mulher pode ir para casa.<sup>123</sup>

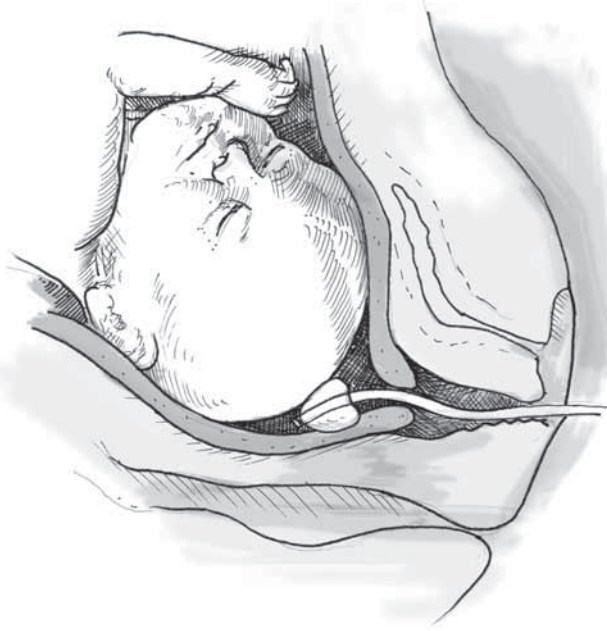


Figura II-29 A sonda de Foley

Existe também uma sonda dupla, conhecida como “*cook balloon*”, em que se coloca uma segunda sonda na zona do canal vaginal. Esta sonda encontra-se registada para utilização em obstetrícia. No entanto, tudo indica que a sonda dupla não apresenta vantagens comparativamente com a tradicional sonda de Foley, e tem custos consideravelmente mais elevados<sup>124</sup>.

Até à data em que lhe escrevo, nenhuma das induções que acompanhei foi feita com este método, o que suscitou em mim um interesse acrescido em saber mais sobre ele por quem de direito. Para além de muitas horas de pesquisa, uma das coisas que fiz foi agarrar no telefone e falar com um dos obstetras que mais admiro, o Dr. Dória Nóbrega. Perguntei-lhe o que me poderia ele dizer sobre este método de indução, que ele conhecia bem, apesar de prontamente ter ressalvado que “no meu tempo as induções estavam destinadas a situações de excepção”. O médico confirmou que esta sonda caiu em desuso porque os métodos farmacológicos ganharam larga adesão entre a classe médica. Lá me contou uma história ou outra, mas rematou: “Nunca fui grande adepto [da indução], por isso não lhe posso ser de grande ajuda.” É um obstetra que, enquanto estive nos partos, sempre aceitou a

condição que a profissão lhe impõe — poder ser chamado a qualquer hora do dia ou da noite — e que procurou respeitar atentamente a natureza. Diz que é isso que lhe dava prazer.

Claro que tinha de ouvir mulheres que tivessem passado por esta experiência. Recorri ao Facebook. Obtive dois testemunhos diferentes, um da Marta e outro da Ana. Queria essencialmente perceber que tipo de informação receberam aquando da proposta do método, e se este tinha sido desconfortável. As duas sentiram que tinham recebido informação suficiente e atempadamente. A Marta, mãe de segunda viagem que na primeira tinha sido sujeita a um descolamento de membranas, considerou que a colocação da sonda de Foley foi bem menos dolorosa do que o descolamento das membranas. A Ana, no seu primeiro filho, comparativamente com o toque vaginal não interventivo, sentiu que a colocação da sonda “custou mais do que as várias vezes em que o toque me foi feito. Creio que a médica também não foi muito paciente”. A Marta, que fizera anteriormente uma cesariana, teve uma segunda cesariana por trabalho de parto estacionário. A Ana teve um parto vaginal instrumentalizado com fórceps. Nos dois casos, a indução aconteceu por gravidez pós-data prevista. A Ana induziu às 41 semanas; a Marta, depois da primeira experiência de indução, na segunda gravidez só aceitou provocar o parto quando se concluíram as 42 semanas, e fez a sonda de Foley em regime ambulatorio, após ter assinado um “termo de responsabilidade”.

A conclusão da revisão da Cochrane sobre os métodos de indução mecânicos diz-nos:

*“A indução do parto com métodos mecânicos apresenta taxas de cesarianas semelhantes às prostaglandinas, e com menos risco de hiperestimulação. Os métodos mecânicos não aumentam o número global de partos que não ocorrem nas primeiras 24 horas; no entanto, o número de multíparas que não tiveram parto vaginal nas 24 horas seguintes foi superior, comparando com prostaglandinas E2. Comparativamente com a ocitocina, os métodos mecânicos apresentam menos risco de cesariana.”*<sup>125</sup>

Como podemos perceber, o factor tempo é sempre uma das variáveis avaliadas nos estudos.

7.7 *As prostaglandinas artificiais* <sup>9</sup>

**E**ncaminhemos agora a nossa conversa para as induções farmacológicas, começando pelos substitutos das prostaglandinas endógenas.

Nesta gama de fármacos, há várias hipóteses que o seu médico lhe pode apresentar como opções, todas se inserindo numa de duas famílias: as prostaglandinas E1 (PGE1) ou as prostaglandinas E2 (PGE2). Uma das hipóteses — escolha de primeira linha em diversos protocolos hospitalares (públicos e privados), pelas entidades nacionais<sup>126</sup> e várias internacionais<sup>127</sup> — é o misoprostol, de nome comercial *Cytotec*. É globalmente aceite a sua utilização a nível mundial para interrupção da gravidez. Este fármaco é uma prostaglandina E1 (PGE1), e o seu uso em obstetrícia é um uso *off-label*.

O *Cytotec* é um fármaco registado e indicado para a prevenção do aparecimento de úlceras no estômago ou no duodeno<sup>128</sup>. O uso *off-label* de medicamentos define-se como a aplicação de fármacos para uma indicação, subgrupo populacional ou dosagem/via de administração não aprovados pela entidade reguladora competente, baseando-se no conceito da liberdade de decisão que assiste aos médicos, desde que tendo em conta o benefício dos pacientes<sup>129</sup>.

Quando iniciei este meu percurso, em 2005, nas minhas longas horas de pesquisas, eram três os países de língua inglesa que nas suas recomendações excluía o misoprostol para uso em obstetrícia, a saber: a Austrália, o Canadá e o Reino Unido. Abria-se excepção para situações de interrupções de gravidez, induções por morte fetal ou ensaios clínicos.

O Reino Unido é o único que mantém esta posição, e de uma forma muito clara. Nas recomendações para indução do NICE podemos ler que “o misoprostol só deverá ser oferecido como método de indução a mulheres que tenham uma morte fetal intra-uterina ou em situação de ensaios clínicos”<sup>130</sup>. Nas recomendações oficiais da Austrália para a indução, o misoprostol não é sequer referido, e apenas se mencionam como hipótese as prostaglandinas E2, que são os fármacos registados para este efeito<sup>131</sup>. No Colégio de Obstetrícia e Ginecologia da Austrália e Nova Zelândia, diz-se do misoprostol (PGE1): “Apesar de sem dúvida mais eficaz na obtenção do parto vaginal em 24 horas, aparenta ter um risco três vezes superior de hiperestimulação, comparativamente com as PGE2”, e reforça-se que o seu

<sup>9</sup> Sobre a função das prostaglandinas, ver as páginas 113 e 211.

uso mais comum é em situações de morte fetal, lembrando-se que se trata de um uso *off-label*<sup>132</sup>.

O registo dos fármacos para um determinado fim, com determinada dosagem e modo de administração, procura garantir, para além dos interesses comerciais de quem os produz, também a segurança dos utentes, assim como a protecção legal de quem os prescreve. A prescrição e utilização de fármacos com um fim diferente do previsto no seu registo é não só legal, como também muito mais frequente do que aquilo que eu — e acredito que você também —, como utente, alguma vez imaginei. Para mim tem sido uma verdadeira surpresa constatar a facilidade com que isto acontece sem que aos utentes seja dada essa informação. Todavia, a sua legalidade está protegida o quanto basta. O uso *off-label* de um fármaco pressupõe uma atenção especial quanto ao consentimento informado. Mas o caso do misoprostol continua a gerar forte discussão, apesar do seu uso generalizado e experiente, visto existirem outros fármacos com resultados iguais ou melhores, devidamente registados e licenciados para este propósito. Assiste-se ao seu uso frequente em obstetrícia, sem que no entanto se cumpram as boas normas de ética e conduta, que pressupõem o respeito pelos direitos humanos básicos no que toca ao consentimento em saúde<sup>133</sup>. A grande maioria das mulheres sujeitas a uma indução com este fármaco não o faz mediante um consentimento escrito e informando sobre o uso *off-label*, conforme prevê a DGS em Portugal<sup>134</sup> e outros organismos na Europa<sup>135</sup>.

O interesse dos profissionais e dos decisores políticos da saúde neste fármaco para indução prende-se com vários factores: é o fármaco mais barato, não exige cuidados especiais de armazenamento e conservação, apresenta uma longa validade e está facilmente disponível<sup>136</sup>.

Sobre a administração do misoprostol para indução do trabalho de parto, diz a Biblioteca Cochrane o seguinte:

*“O misoprostol oral, como agente de indução, é eficaz para atingir o parto vaginal. É melhor que o placebo, tão eficiente quanto a administração do misoprostol por via vaginal, e resulta em menos cesarianas do que a dinoprostona (PGE2) vaginal ou a ocitocina. Nos locais onde continua sem licença para indução do trabalho de parto, muitos profissionais preferirão usar um fármaco com licença, como a dinoprostona. Em caso de administração oral, os estudos sugerem que a dose deverá ser de 20 a 25 mcg em diluição.*

*Sendo a segurança a principal preocupação, os estudos dão preferência à administração oral relativamente à vaginal. Isto é particularmente importante em situações onde o risco de infecção ascendente seja elevado e onde a falta de recursos humanos possa implicar que as mulheres não sejam eficientemente monitorizadas.”<sup>137</sup>*

A Cochrane tem também uma revisão para a administração por via vaginal do misoprostol e claramente refere que não deve sequer haver mais revisões da Cochrane sobre esta via de administração, dado que “está provado que a via oral é a que apresenta dados de maior segurança, nomeadamente menor incidência de índices de Apgar inferiores a sete aos cinco minutos (apesar de não existir uma redução correspondente nas admissões em neonatologia) e menos hemorragias de pós-parto”<sup>138</sup>. No entanto, em Portugal, a administração via vaginal é muito frequente.

Numa época em que em alguns países uma em cada cinco mulheres tem parto induzido, noutros uma em cada quatro, facilmente conseguimos perceber a importância orçamental do factor custo na escolha dos fármacos, principalmente quando há diferença de preço na ordem das dezenas de euros. Contudo, a escolha do fármaco deve considerar os custos directos e indirectos das induções, nomeadamente quando implica um aumento das cesarianas ou do internamento do recém-nascido numa unidade neonatal.

Recentemente, no Reino Unido, foi conduzida uma revisão sistemática pelo mesmo autor de outras revisões sobre induções na Biblioteca Cochrane, em que se procurou exactamente aferir qual o método de indução com o melhor custo-benefício. Na conclusão lê-se: “Devem ser realizados ensaios clínicos de qualidade que possam detectar um método que apresente melhor custo-benefício do que a titulada dose oral reduzida de misoprostol.”<sup>139</sup> Estamos a falar do fármaco mais barato do mercado (uma caixa com 60 comprimidos de 0,2 mg custa pouco mais de cinco euros). No entanto, as PGE2, mais caras, geram menos admissões de recém-nascidos na neonatologia e menor incidência de hiperestimulação uterina. Depois, foi com “desilusão” que os autores desta revisão constataram que os estudos não apresentam dados que permitam analisar a mortalidade materna e neonatal, assim como a morbilidade ou satisfação materna, não só porque são ocorrências raras, como não são contempladas nos dados. Daí concluir-se que são necessários mais estudos para indicar com segurança o melhor método de indução.

Nas minhas pesquisas para lhe facultar a informação mais recente e actualizada, constato que há bem pouco tempo foi registado e autorizado pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA) um fármaco com a mesma substância activa que o *Cytotec*. Este sim, indicado para uso em ginecologia, especificamente para induções. O nome comercial em Portugal é *Misodel* e noutros países europeus, *Mysodelle*<sup>140</sup>.

A nível de segurança, um dos grandes senãos do uso do *Cytotec* em obstetrícia é o facto de os comprimidos terem uma quantidade bem superior ao recomendado para indução. Não é possível interromper a sua administração em caso de efeitos adversos (excepto quando “artesanalmente” é feito uma espécie de tampão, como algumas profissionais de saúde me dizem fazer por prevenção), e a sua acção, pelo que se sabe, pode manter-se no organismo por 24 horas. Pelo que garantir a dosagem certa é uma tarefa de “laboratório”. Daí que a manipulação deste fármaco para indução deva ser feita em contexto de farmácia hospitalar<sup>141</sup>, e nunca em consultório, como algumas mulheres relatam. A Cochrane refere que a opção usada em diversos estudos foi, primeiro, a diluição do comprimido inteiro em água e, depois, a administração oral da devida dosagem dessa dissolução. Ao que parece, o aparecimento do fármaco em comprimidos na dosagem adequada ultrapassaria esta questão do doseamento seguro<sup>142</sup>.

O misoprostol integra a lista dos medicamentos essenciais da OMS, para efeitos de interrupção de gravidez e tratamento de hemorragia de pós-parto. Tem sido considerado de importante valor nos países com poucos recursos, onde outros fármacos possam ser de difícil acesso. Está entre os fármacos para indução nas recomendações da Organização Mundial de Saúde, tendo em conta a dificuldade de acesso a outras prostaglandinas em países de baixos e médios rendimentos<sup>143</sup>.

Com o *Misodel*, a questão do *off-label* ficaria ultrapassada. O problema é que este é bem mais caro que o seu homólogo das PGE2, desde sempre autorizado. Além disso, no estudo apresentou três vezes mais casos de intervenções por alterações nos batimentos cardíacos fetais, devido a hiperestimulação uterina. Daí que, no Reino Unido e noutros países da Europa, este fármaco novo não tivesse qualquer hipótese, face às alternativas não só mais económicas, como até com melhores índices de efeitos adversos — portanto, escolhas numa perspectiva individual e de saúde pública<sup>144</sup>.

As opções devidamente licenciadas para uso em obstetrícia são, portanto, as prostaglandinas E2, normalmente referidas em recomendações



ou orientações como PGE2, ou a dinoprostona. Existem em várias vias de administração: em comprimidos ou em gel, com o nome comercial *Prostin*; em sistema de libertação vaginal, com o nome *Propress*.

A controvérsia e a pressão que envolvem a licença do *Cytotec* para uso obstétrico são globais. Contudo, o fabricante tem resistido ao longo de todos estes anos, continuando a manter na bula a informação de contra-indicação para uso na gravidez e mantendo a lista dos efeitos secundários registados.

Já me cruzei com médicos que excluem o misoprostol das opções que apresentam às mulheres que necessitam de induções. Só apoiei três induções com *Cytotec*: uma por morte intra-uterina, outra por interrupção médica de gravidez e outra ainda por rotura prolongada da bolsa. Esta última, ocorrida em 2012, preocupou-me bastante, porque durante o internamento a mãe, apesar de contracções muito frequentes e longas, teve períodos consideráveis sem monitorização do bebé ou das contracções, ao contrário do que é recomendado nestes casos. A indução resultou num parto vaginal em menos de 24 horas, sem instrumentalização, nem epidural, e com uma mãe satisfeita, tendo em conta as experiências de parto anteriores. Actualmente, há protocolos que não recomendam o misoprostol em caso de rotura das membranas<sup>145</sup>.

Também o factor tempo atribui sérias vantagens ao *Cytotec*, que ganha a “maratona” nos partos vaginais obtidos nas primeiras 24 horas. Mas, como referem os autores da revisão da Cochrane sobre o misoprostol para indução, há que ter em atenção o seguinte:

*“[...] na ausência de condições de risco de vida para a mãe e o bebé, não há consenso sobre o que constitui um risco aceitável de indução do parto. É provável que a maioria dos pais e dos clínicos não estejam preparados para aceitar um aumento dos resultados adversos de 0,5% para 1%. De facto, é de esperar que as mulheres estejam dispostas a estar mais tempo nas salas de parto, se isso significar um parto mais seguro, mas há uma assinalável falta de dados sobre isso. Na verdade, a maioria dos estudos nesta revisão não avaliou as opiniões das mulheres nem os índices de satisfação. [...] Os dados actualmente disponíveis estão longe de ser suficientes para lidar com a questão da segurança quer do processo de indução, quer, a longo prazo, de seguimento dos bebés expostos ao misoprostol. É importante reiterar aqui que ‘nenhuma*

*evidência de diferença’, nesta revisão da Cochrane, não significa ‘evidência de nenhuma diferença’. Por outras palavras, quanto mais dados randomizados ficarem disponíveis, mais visíveis se tornam as pequenas mas importantes diferenças clínicas entre os vários regimes, isto é, mais estatisticamente significativas se tornam. [...] Para avaliar a questão dos efeitos adversos fetais, são necessários estudos ou meta-análises com força suficiente, com uma amostra além das 30 mil mulheres. Até se ter os recursos logísticos e financeiros disponíveis para se conduzir tais estudos, deve-se encontrar alternativas para avaliar os riscos. Uma hipótese é fazer-se o registo das mulheres que foram induzidas com misoprostol.*<sup>146</sup>

Parece-me óbvia a preocupação destes investigadores da Cochrane quanto à utilização deste fármaco, e a falta de dados sobre a sua efectiva segurança.

Outra revisão sistemática recente avaliou três resultados clínicos: parto vaginal nas primeiras 24 horas; hiperestimulação com alterações nos batimentos cardíacos fetais; e taxa de cesarianas. Procurou estudos com induções com prostaglandinas (PGE1 e PGE2) administradas por via oral e vaginal, e a sonda de Foley foi igualmente incluída.

Os resultados, mais uma vez, dizem-nos que o misoprostol vaginal se apresenta com mais partos vaginais nas primeiras 24 horas, mas com a maior incidência de hiperestimulação uterina, acompanhada de alterações dos batimentos cardíacos fetais. A sonda de Foley apresenta menor número de casos de hiperestimulação uterina acompanhada de alterações cardíacas fetais. O misoprostol oral é o método com menos cesarianas, o que é facilmente perceptível pelo factor tempo.

Os autores concluíram:

*“Nenhum método de indução do parto demonstrou clara superioridade nos três resultados clínicos avaliados. A decisão relativamente à escolha do método de indução vai depender da preferência para efectuar o parto vaginal dentro de 24 horas, minimizando a incidência de hiperestimulação uterina com mudanças adversas dos batimentos cardíacos fetais e evitando a cesariana.*<sup>147</sup>

Portanto, como utente, não é de todo fácil decidir a que fármacos recorrer para a maturação do colo. Como pode imaginar, ao longo destes anos já me passaram pelas mãos vários consentimentos informados, e em nenhum vi referida esta questão com frontal honestidade e isenção, e só muito superficialmente se refere que “poderá optar-se por comprimidos orais ou pela colocação de gel ou de comprimidos na vagina da mulher”<sup>h</sup> ou, noutro exemplo, “prostaglandinas — são administradas na vagina ou por via oral, nos casos de colos uterinos mais desfavoráveis (menos maduros)”<sup>i</sup>.

O actual paradigma na relação médico-utente, que tem tantos anos quanto o “*evidence-based care*”, dá ao utente o foco central da decisão. Deverão ser facultadas ao utente a liberdade e a autonomia no direito de escolha face aos riscos-benefícios, pelo que é com tristeza que assisto à forma como o assunto das induções, nomeadamente com misoprostol, tem sido tratado por parte das organizações, incluindo a nossa DGS<sup>148</sup>.

### 7.8. *A ocitocina artificial*<sup>j</sup>



**A**ocitocina, para além de ser utilizada para acelerar o trabalho de parto “normal”, é também umas das possibilidades farmacológicas para provocar o parto, e segundo algumas referências é mesmo o fármaco mais usado, tanto na induções como no aceleração.

Na revisão da Cochrane sobre “Ocitocina para maturação cervical e indução do trabalho de parto”, temos:

*“Comparativamente a esperar que o trabalho de parto se inicie espontaneamente (atitude expectante), a administração de ocitocina levou a que mais mulheres tivessem os seus*

<sup>h</sup> Esclarecimento para a indução do trabalho de parto do Hospital de Cascais, dado a uma utente em 2016.

<sup>i</sup> Consentimento informado: indução do trabalho de parto da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, dado a uma utente em 2016.

<sup>j</sup> Sobre a função da ocitocina, ver as páginas 176 e 217.

*bebés nas 24 horas seguintes, mas mais mulheres precisaram de epidural para alívio da dor. A maior parte dos estudos envolviam mulheres com rotura da bolsa, e o número de bebês com infecção foi mais baixo no grupo com ocitocina do que no grupo expectante. Uma comparação da ocitocina com outros fármacos para induzir o parto (prostaglandinas vaginais e intracervicais) revelou que as mulheres tinham mais probabilidades de ter o parto nas primeiras 24 horas com prostaglandinas. Menos mulheres tiveram epidural com as prostaglandinas. Os efeitos secundários para a mãe foram semelhantes nos dois grupos.*<sup>149</sup>

As prostaglandinas passaram a ser o foco das atenções na investigação, e na revisão da Biblioteca Cochrane constatamos que os estudos são maioritariamente muitos antigos e considerados de fraca qualidade.

Quando as contracções são muito frequentes e longas, os períodos de descanso para o bebé recuperar a oxigenação podem levar a manifestações de sofrimento, a alterações dos batimentos cardíacos e a descolamento da placenta.

A presença de mais de cinco contracções em cada dez minutos, num período superior a vinte minutos, é um dos riscos mais frequentes associados à ocitocina, ao qual se dá o nome de taquissistolia, e pode levar à necessidade de uma cesariana de emergência<sup>150</sup>.

Em 2013, o Congresso Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) veio avisar que afinal a ocitocina “podia não ser tão segura como se pensava para os recém-nascidos”. Um estudo apresentava, nos seus primeiros resultados, que o “uso de ocitocina no trabalho de parto (em induções e acelerações do trabalho de parto) parecia constituir um factor independente de mais admissões inesperadas por mais de 24 horas nas unidades de neonatologia, e de índices de Apgar inferiores a 7”<sup>151</sup>.

Nos EUA, segundo um levantamento de casos de responsabilidade imputada, a ocitocina é o fármaco que abarca mais situações de indemnizações por uso indevido, e consta da lista dos medicamentos mais perigosos do Instituto para Práticas Seguras com Medicamentos (Institute for Safe Medications Practices) desde 2007<sup>152</sup>.

Já há quem pergunte: durante quanto tempo devo manter a administração de ocitocina numa indução de trabalho de parto?<sup>153</sup> Este primeiro estudo com que me cruzei conclui que, a partir do momento em que o trabalho de parto estivesse estabelecido e em fase activa (tendo como

referência os quatro centímetros de dilatação), não havia benefícios em manter a administração de ocitocina.

Desde então, têm-se realizado vários estudos que apresentam resultados a favor da interrupção da administração do medicamento. Em 2016, foi publicado um estudo dinamarquês que procurou, em primeiro lugar, avaliar a duração do trabalho de parto a partir da fase activa, e depois o tipo de parto, a taquissistolia, a hiperestimulação, as anomalias nos batimentos cardíacos fetais, as hemorragias de pós-parto, as lacerações do períneo e os resultados perinatais. No grupo de mulheres em que não se interrompeu a ocitocina, verificaram-se níveis superiores de incidência de alterações dos batimentos cardíacos e de hiperestimulação uterina. A taquissistolia, a taxa de cesarianas, a hemorragia de pós-parto e as lacerações de terceiro grau também foram superiores no grupo em que se manteve a ocitocina até ao fim, mas sem diferença significativa. O único desvio desfavorável no grupo em que se interrompeu a ocitocina foi o maior tempo de duração de trabalho de parto, com uma diferença de 41 minutos. Lamentavelmente, também este estudo não inclui nos resultados avaliados a opinião e a satisfação das mulheres. Mas, como os próprios autores referem, “pode argumentar-se que uma duração mais curta não é necessariamente sempre benéfica. É provável que a maioria das mulheres prefira um trabalho de parto mais longo se as contracções forem menos dolorosas ou se houver outros potenciais benefícios”<sup>154</sup>. Já existe o protocolo para uma revisão da Cochrane sobre esta prática clínica, pelo que estou convicta de que em breve haverá novidades nas recomendações que envolvem este fármaco<sup>155</sup>.

### 7.9. *Induzir ou esperar?*



**I**nduzir ou esperar não é uma decisão fácil. Já me confrontei com esta pergunta nas duas gravidezes, mas foi na do Tiago, nos dois dias que se seguiram à rotura das membranas, que a decisão se revelou mais exigente. Naturalmente, a opção que fiz resultou das experiências que já tinha vivido como doula e também da informação que detinha — uma decisão puramente pessoal, portanto. Recorri também à minha intuição. Conheço bem o meu corpo, e confio na minha capacidade para sinalizar estados de saúde não tranquilizadores. Estive sempre bem consciente dos riscos de intervir e

dos riscos de esperar. Rodeei-me das pessoas certas para me apoiarem, e até para me chamarem à razão, caso necessitasse. O Miguel estava igualmente informado, o que nos manteve em sintonia.

As mães que acompanho e que decidem não esperar, fazem-no maioritariamente conscientes, depois de muito reflectirem. Pelo contrário, as mães que me procuram e que já foram sujeitas a induções não tiveram, nos seus partos anteriores, esse tempo de reflexão, nem acesso a informação isenta. Uma indução tem de ser feita mediante informação clara, objectiva e suficiente. Quando é urgente você decidir, há que perceber porquê, até porque, quando os riscos requerem decisões rápidas, o que se tem de fazer é uma cesariana, não uma indução. Com isto quero dizer-lhe que, perante a possibilidade de indução, há que perceber muito bem até onde intervém o factor tempo. Como vimos atrás, mais do que a segurança, um dos factores avaliados é o tempo em que se consegue fazer um bebé nascer — e se em menos de 24 horas, “melhor”. O tempo é um bem caro, mas nunca tão caro como o bem-estar físico e psicológico da mãe e do bebé. Se se conseguir uma menor interferência no processo fisiológico recorrendo a doses mais baixas de fármacos (mesmo demorado mais tempo), porque não?

Induzir um parto tornou-se para muitos um assunto banal, mas não conhecemos as verdadeiras consequências destas intervenções a médio e a longo prazo, nem sequer a mortalidade ou a morbilidade associada.

Os cidadãos, quando sujeitos a uma determinada terapia, têm o direito à honestidade e à transparência quanto aos métodos e aos produtos que são propostos para obter um determinado resultado. Entre profissional e utente deverá existir um canal de comunicação aberto que implique uma abordagem clara sobre os riscos e os benefícios, as alternativas e os fundamentos científicos para cada opção. Espero assim contribuir para uma reflexão positiva, que leve a conversas, a esclarecimentos e a orientações mais claras, bem como à consequente obtenção de consentimentos efectivamente informados.

