

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Rones de Oliveira Toledo

**Caracterização do uso da ocitocina, como uma maneira de gestão ativa no 3º período do parto, durante as práticas em sala de parto, do curso de especialização de enfermagem obstétrica.**

MACEIÓ/AL

2015

Rones de Oliveira Toledo

**Caracterização do uso da ocitocina, como uma maneira de gestão ativa no 3º período do parto, durante as práticas em sala de parto, do curso de especialização de enfermagem obstétrica.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha/Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal de Alagoas/Maceió como requisito parcial para obtenção de título de especialista.

Orientadora: Juliana Bento de Lima Holanda

Co-Orientadora: Thaynara Carla Pontes de Almeida

MACEIÓ/AL

2015

## FICHA CATALOGRÁFICA

Toledo, Rones

Caracterização do uso da ocitocina, como uma maneira de gestão ativa no 3º período do parto, durante as práticas em sala de parto, do curso de especialização de enfermagem obstétrica. [manuscrito] / Rones Toledo. - 2015.

25 f.

Orientador: Juliana Holanda.

Coorientador: Thaynara Almeida.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem Obstetrica - Rede Cegonha - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

1.Enfermagem Obstétrica. 2.Trabalho de Parto. 3.Ocitocina. I.Holanda, Juliana. II.Almeida, Thaynara. III.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. IV.Título.

RONES DE OLIVEIRA TOLEDO

**Caracterização do uso da ocitocina, como uma maneira de gestão ativa no 3º período do parto, durante as práticas em sala de parto, do curso de especialização de enfermagem obstétrica.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha/Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal de Alagoas/Maceió como requisito parcial para obtenção de título de especialista.

APROVADO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Juliana Bento de Lima Holanda  
(Orientadora)

---

Thaynara Carla Pontes de Almeida  
(Coorientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Torcata Amorim  
(Examinadora)

Dedico este meu trabalho a vocês que sempre me fizeram acreditar nos meus sonhos, trabalhando muito pra que eu pudesse realiza-los, meus pais Ronaldo e Diva. A você Kathalyne, companheira no amor e na vida, que sempre está no meu lado, nas horas difíceis e nas alegrias. E a minha filha Letícia, razão do meu viver, que tão pequena sempre tem uma palavra pra me incentivar.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus primeiramente por ter me dado saúde e força

A minha irmã por todo amor e carinho

A direção do Hospital São Vicente de Paulo, pelo apoio irrestrito

As enfermeiras do Hospital São Vicente de Paulo por todo apoio

Aos professores das aulas teóricas e em especial as minhas orientadoras,

Professoras Juliana e Thaynara

Aos instrutores de prática por toda dedicação e atenção

Aos colegas que contribuíram com a pesquisa.

A todas as mulheres que permitiram nossa assistência

## Resumo

A enfermagem e principalmente a categoria de enfermeiros obstétricos, têm contribuído e desempenhado funções visando à melhoria da assistência obstétrica, bem como humanização na assistência ao parto. É salutar a importante atuação deste profissional em todo o processo de parturição, ressaltando-se a importante vigilância no terceiro período do parto, agindo de maneira ativa, que consiste no uso da ocitocina, tração controlada do cordão e massagem uterina, de modo a prevenir a hemorragia pós-parto e conseqüentemente à mortalidade materna. Este trabalho objetivou: Caracterizar o uso da ocitocina, como uma maneira de manejo ativo no 3º período do parto, durante as práticas de sala de parto, do curso de especialização de enfermagem obstétrica; Relacionar o tempo de administração de ocitocina intramuscular, com os momentos de nascimento e dequitação. Tratou-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa. A população do estudo compôs-se de mulheres em trabalho de parto, internadas nas maternidades: Hospital São Vicente de Paulo em União dos Palmares, Maternidade Prof. Mariano Teixeira do Hospital Universitário, Maternidade Nossa Senhora de Fátima, Maternidade Nossa Senhora da Guia em Maceió, durante o período de realização dos estágios em sala de parto do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, no período de 08/05/15 à 05/10/15. No total foram realizados 108 partos. A pesquisa identificou que o tempo de administração de ocitocina intramuscular foi mais frequente após o nascimento (77%), em relação após a dequitação (23%). Não houve administração de ocitocina após o período de desprendimento do ombro. De maneira geral, os pós-graduandos adotaram o manejo ativo do terceiro período do trabalho de parto, no que se refere ao uso da ocitocina, evidenciando a sua importância para a redução das complicações hemorrágicas.

Palavras chaves: Enfermagem Obstétrica, ocitocina, trabalho de parto.

## **Abstract**

Nursing and especially the category of obstetric nurses have contributed and performed functions aimed at improving obstetric care as well as humanization of delivery care. It is salutary to the important role of this professional throughout the process of childbirth, highlighting the important surveillance in the third stage of labor, acting actively, that is the use of oxytocin, controlled cord traction and uterine massage, in order to prevent postpartum hemorrhage and therefore maternal mortality. This study aimed to characterize the use of oxytocin, as a way of active management in the 3rd stage of labor during the delivery room practices, the course of obstetric nursing specialization; Relate the intramuscular oxytocin administration time, with moments of birth and placental delivery. This was an exploratory study with a quantitative approach. The study population consisted of women in labor, admitted in maternity hospitals: Hospital St. Vincent de Paul in União dos Palmares and Maternity Prof. Mariano Teixeira University Hospital, Maternity Our Lady of Fatima, Maternity Nossa Senhora da Guia in Maceio, during the realization of the stages in the delivery room of the specialization course in midwifery in the period 05/08/15 to 05 / 10/15. In total 108 deliveries were performed. Research has identified that the intramuscular administration of oxytocin time was more frequent after birth (77%) compared after delivery of the placenta (23%). There was no administration of oxytocin after shoulder detachment period. In general, the graduate students have adopted active management of the third stage of labor, when it comes to the use of oxytocin, highlighting its importance for reducing bleeding complications.

Key words: Obstetric, oxytocin, labor.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
3.1 Objetivo Geral.....	18
3.2 Objetivos Específicos .....	18
<b>4.METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
4.1 Tipo de Estudo.....	19
4.2 Locais do Estudo.....	19
4.3 População e amostra.....	20
4.4 Coleta de Dados e Instrumentos.....	20
4.5 Análise dos Dados.....	20
4.6 Aspectos éticos.....	20
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>21</b>
<b>6.CONCLUSÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>
<b>Anexo.....</b>	<b>25</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A necessidade de rever a prática adotada, nos estágios de sala de parto, especificamente no manejo do terceiro período do parto, nos motivou a tomar este tema como objetivo de estudo na tentativa de comparar o uso da conduta ativa com efeitos na duração do terceiro período que pode influenciar na hemorragia pós-parto. Durante os estágios em sala de parto, foi possível observar que o terceiro período do parto, também conhecido como dequitação, mas que não se resume apenas a saída da placenta é uma etapa do processo de parir, que ocorrem em um período menor em tempo do que o primeiro e segundo período, mas que é de grande relevância e que necessita de muita atenção e cuidado. Foram observadas nessa etapa, durante os estágios, algumas intercorrências como: retenção placentária, hipotensão postural e hipotonia uterina. Esses fatos fez despertar o interesse em se aprofundar o estudo em relação ao terceiro período de parto e suas relações com complicações maternas.

A enfermagem e principalmente a categoria de enfermeiros obstétricos, têm contribuído e desempenhado funções visando à melhoria da assistência obstétrica, bem como humanização na assistência ao parto. São notórios que o parto e todo o processo de parir, são fenômenos que envolvem diversas expectativas e sentimentos. Nesse contexto é importante recordar que o parto não é um fenômeno pontual e sim um processo que ocorre em estágios sequenciais e interligados.

Segundo Rocha, 2005 a assistência ao parto e nascimento vem passando por transformações no que diz respeito à busca de melhores evidências para assegurar sua qualidade obter melhores resultados maternos e perinatais.

Nesse contexto é importante recordar que o parto não é um fenômeno pontual e sim um processo que ocorre em estágios, sequentes e interligados.

O primeiro estágio (dilatação) leva à dilatação do colo do útero, de até 10 cm, por meio de contrações rítmicas e dolorosas. O segundo estágio (período expulsivo) se inicia com a dilatação máxima e termina com a expulsão do feto; nessa fase ocorrem os puxos maternos. No terceiro estágio (secundamento ou dequitação), ocorre o desprendimento da placenta e membranas. O quarto período (período de Greenberg), que ocorre na primeira hora pós-parto, objetiva a parada do sangramento genital (MERIGHI, CARVALHO & SULETRONI, 2007, p.434).

Um guia de parto da Inglaterra, do ano de 2007, faz uma relação entre o conceito do terceiro período de parto e uma classificação de acordo com o tempo de encerramento dessa fase:

O terceiro período do trabalho de parto é o período que se inicia com o nascimento até o delivramento. É diagnosticado como prolongado se não se completar com 30 minutos, quando se adota conduta ativa, e 60 minutos com conduta fisiológica. Complicações do terceiro período do trabalho de parto são importante causa de mortalidade materna por todo o mundo. O grau de perda sanguínea depende da rapidez da separação da placenta da parede uterina e da contração da musculatura uterina (AMORIM; PORTO E SOUZA 2010).

De acordo com esta conceituação fica evidente que este estágio constitui-se em período de grande risco materno e exige do profissional manter a vigilância dos sinais clínicos.

A incidência de casos de hemorragia pós-parto e de retenção placentária ou de restos placentários aumenta na presença de fatores predisponentes. Mesmo em gestações de baixo risco e partos normais durante o 1º e 2º estágios coexiste a possibilidade de ocorrer hemorragia severa e/ou retenção placentária. Assim, a forma como se assiste durante o 3º estágio poderá influenciar diretamente sobre a incidência dos casos de hemorragia e na perda sanguínea decorrida desse evento. (MELO; et al, 2014).

Sabe-se que mortalidade materna é resultante de complicações diretas e indiretas da gravidez, parto ou puerpério, e um bom indicador da saúde da mulher na população do desempenho dos sistemas de atenção a saúde.

Após vários estudos e consenso estabelecido entre a FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetricians) e a ICM (International Confederation of Midwives) em 2003, é apresentada a “Declaração Conjunta:

Manejo do terceiro período de parto na prevenção da Hemorragia Pós-parto, intervenções efetivas baseadas em evidências” na tentativa de auxiliar os profissionais de obstetrícia a reduzir a morbimortalidade materna na qual é preconizado o manejo ativo do terceiro período. Por meio desta declaração pretende-se que esta prática seja divulgada e implementada pelos serviços, e que seja inserida a prática do manejo ativo nos currículos dos cursos de graduação e treinamentos dos profissionais da saúde. (ICM; FIGO, 2004).

O manejo ativo do terceiro período do parto compreende as seguintes intervenções:

administração profilática de ocitócitos via endovenosa ou intramuscular, após o nascimento do bebê, clampeamento e secção do cordão umbilical precoces; tração controlada do cordão umbilical e massagem em fundo uterino. Essas intervenções têm sido indicadas como de uso rotineiro e profilático pela Organização Mundial de Saúde, após resultados favoráveis, obtidos em revisões sistemáticas, na tentativa de reduzir a perda sanguínea

associada à dequitação e para reduzir o risco de hemorragia pós-parto. (RUIZ, 2007)

Diante da situação apresentada, o estudo sobre a conduta do terceiro período de parto, nos parece de grande relevância não somente para ampliar os conhecimentos sobre a conduta ativa, mas também para auxiliar na avaliação da aplicação das práticas que revelam evidências científicas na melhoria da qualidade da assistência obstétrica.

Ante as evidências que essas técnicas possuem, em reduzir a hemorragia pós-parto e ressaltando que essas técnicas foram orientadas pelos instrutores no decorrer do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, imerge a seguinte problemática: como se deu a utilização da ocitocina no 3º período do parto, pelos pós-graduandos, nos estágios de sala de parto? Desse modo, este estudo tem como premissa, realizar uma caracterização do uso da ocitocina, como uma maneira de conduta ativa no 3º período do parto, durante os estágios de sala de parto, do curso de especialização de enfermagem obstétrica, pelos pós-graduandos do CEEO.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

A enfermagem e principalmente a categoria de enfermeiros obstétricos, têm contribuído e desempenhado funções visando à melhoria da assistência obstétrica, bem como humanização na assistência ao parto. São notórios que o parto e todo o processo de parir, são fenômenos que envolvem diversas expectativas e sentimentos. Nesse contexto é importante recordar que o parto não é um fenômeno pontual e sim um processo que ocorre em estágios sequenciais e interligados.

Em relação ao terceiro período desse processo sua conceituação se dá da seguinte maneira, que é “o estágio da parturição que processa após o nascimento do feto e se caracteriza pelo descolamento, descida e expulsão da placenta e de suas páreas para fora das vias genitais”(REZENDE, 2014, p.222).

A perda sanguínea decorrente dessa fase está diretamente associada com o desprendimento e depende da rapidez com que a placenta se desloca da parede uterina e da efetividade da contração da musculatura uterina em volta do leito placentário durante e após o deslocamento (RUIZ; 2007 p.21).

A não efetividade da contratilidade uterina pode gerar uma hipotonia ou até atonia uterina, esta última por sua vez,

é a causa mais comum de HPP, no entanto, traumatismo do trato genital (isto é, lacerações vaginais e cervicais), ruptura uterina, retenção do tecido placentário ou distúrbios de coagulação materna também podem resultar em HPP. Embora a maioria das mulheres que experimentam complicações da HPP não apresente fatores de risco clínicos ou históricos identificáveis, a grande multiparidade e a gestação múltipla estão associadas ao risco aumentado de hemorragia após o parto. A HPP pode ser agravada pela anemia pré-existente e, nesses casos, a perda de um volume menor de sangue pode ainda resultar em sequelas clínicas adversas(OMS, 2000, p.1)

Nesse sentido, já é bastante notório o termo manejo ativo no 3º período do parto, como forma de se evitar complicações hemorrágicas, sobre isso é conhecido que

Durante a segunda metade do séc. XX, um pacote de intervenções realizadas durante a terceira fase do parto se tornou a pedra angular para a prevenção da HPP. Esta abordagem ficou conhecida como a “gestão ativa da terceira fase do parto” e consistia inicialmente nos componentes a seguir: a administração de um uterotônico profilático após o nascimento de um bebê, o clampeamento e corte precoce do cordão umbilical e a tração controlada do cordão umbilical. A massagem uterina também é frequentemente incluída como parte da gestão ativa da terceira fase do parto. Contrariamente à gestão ativa, a gestão expectante envolve a espera por sinais de separação da placenta e permite que a expulsão da placenta seja feita espontaneamente ou com o auxílio da estimulação manual do mamilo ou pela gravidade. Comparada com a gestão expectante, a gestão

ativa da terceira fase do parto está associada à redução substancial na ocorrência de HPP (BEGLEY et al, 2011, p.1).

Segundo Amorim; Porto e Souza (2010), o manejo ativo do terceiro estágio, contemplado na revisão sistemática mais antiga, evidenciou-se

uma redução da perda sanguínea no parto e de hemorragia pós-parto maior que 500 mL (RR=0,38; IC95%: 0,32-0,46) e redução do terceiro estágio (em torno de 10 minutos), porém aumento do risco de náuseas maternas (RR=1,83; IC95%: 1,51-2,23), vômitos e elevação da pressão arterial ligado ao uso da ergotamina. Os autores sugerem a adoção do manejo ativo em partos hospitalares, porém o risco de náuseas e vômitos maternos com a ergotamina precisa ser considerado. Essas evidências não devem ser extrapoladas para partos não-hospitalares (AMORIM et al, 2010, p. 587).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (DATASUS), ocorreram, em 2013, 1.253.726 partos vaginais, o que corresponde a 43,26% dos partos ocorridos. Em relação aos óbitos maternos, a taxa de óbito materno foi de 58/100.000 nascimentos, sendo que a de óbito por hemorragia no pós-parto foi de 3,3/100.000 nascimentos.

Em Alagoas, a taxa de óbito materno foi de 59,06/100.000 nascidos vivos e por complicações hemorrágicas ou relacionadas à contratilidade uterina foi de 11,4/100.000 nascimentos.

As síndromes hemorrágicas estão entre as principais causas obstétricas diretas de mortes maternas. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde estima-se uma morte a cada quatro minutos. A hemorragia pós-parto reflete diretamente a qualidade da assistência, sendo uma das causas potencialmente previsível e tratável. O desenvolvimento de manejos clínicos para seu controle torna-se de extrema importância na redução da mortalidade materna.

Tradicionalmente a definição de hemorragia pós parto (HPP) é a perda de sangue acima de 500 mL após o parto vaginal e acima de 1000 mL após o parto abdominal. Para fins clínicos, qualquer perda de sangue capaz de produzir instabilidade hemodinâmica deve ser considerada HPP. O volume de perda sanguínea necessário para causar esta instabilidade vai depender da condição pré-existente da mulher. Três por cento de todos os partos vaginais podem resultar em hemorragia pós-parto grave se não for empregado o manejo apropriado. A maioria das HPP ocorre dentro das primeiras 24 horas após o parto e é chamada de "HPP primária". A secundária ocorre entre 24 horas e seis semanas após o parto. Dentre as complicações observa-se o risco de morte materna, a hipotensão ortostática, a anemia (que aumenta o risco de depressão pós-parto), a fadiga, dificuldades no cuidado com o bebê, a transfusão de hemoderivados (com potenciais efeitos colaterais e complicações), o choque hipovolêmico, a Síndrome de Sheehan, podendo levar a falha na amamentação, a isquemia miocárdica e as coagulopatias. (BONOMI, 2012, p.12)

O desenvolvimento de manejos clínicos para o controle da hemorragia torna-se de extrema importância na redução da mortalidade materna, inclui:

O uso de ocitocina (10 UI por via intramuscular), ergometrina (0,5 mg intramuscular), massagem uterina, ligadura imediata do cordão umbilical e tração controlada do cordão têm sido propostos para o manejo ativo do parto, com o objetivo de reduzir a duração do terceiro estágio e prevenir a hemorragia pós-parto. A ligadura precoce do cordão não é mais recomendada, uma vez que evidências recentes comprovam os benefícios da ligadura tardia do cordão para o recém-nascido (AMORIM; PORTO E SOUZA, 2010, p.589)

O que é enfatizado e recomendado pela OMS, em relação ao uso da ocitocina como preventiva da HPP: "Todas as parturientes devem receber uterotônicos durante a terceira fase do parto para a prevenção da HPP; a ocitocina (IM/IV, 10 UI) é recomendada como o fármaco uterotônico preferencial" (OMS, 2014, p.4)

Nesse contexto exposto acima, elencam-se alguns pontos de suma importância a serem discorridos abaixo:

### Uso de Ocitocina

O uso de ocitocina tem semelhança biológica ao hormônio antidiurético e é o agente de primeira linha para prevenção e tratamento da HPP.

O Ministério da Saúde publicou no Manual Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada a Mulher (2001, p.85), o seguinte sobre o uso de ocitócitos e derivados de ergot:

A administração profilática de ocitocina é usada em vários momentos durante o terceiro período do parto. Mais frequentemente é aplicada por via intramuscular, na dose de 10UI, imediatamente após o desprendimento do ombro anterior, ou após o nascimento da criança. As drogas mais empregadas são a ocitocina e derivados do ergot, como a ergotamina, ou uma combinação de ambos, a sintometrina. Tanto a ocitocina como os derivados do ergot diminuem a perda sanguínea pós-parto, mas o efeito do ergot parece ser um pouco menor. Não está bem clara a ação dessas drogas sobre a retenção dos restos placentários, embora alguns resultados sugiram que a administração rotineira de ocitocina possa aumentar esse risco. Náuseas, vômitos e cefaleia são relacionados mais frequentemente aos derivados do ergot e, em menor escala, à ocitocina. A ocorrência de hipertensão arterial pós-parto é um efeito colateral praticamente exclusivo dos derivados do ergot. Também podem ocorrer problemas raros, porém sérios, atribuídos secundariamente à hipertensão arterial pelo uso de ergometrina intraparto - parada cardíaca e hemorragia intracraniana, infarto do miocárdio, eclampsia puerperal e edema agudo de pulmão. Apesar da dificuldade em avaliar tais efeitos, pela raridade com que ocorrem, os indícios disponíveis sugerem que a ocitocina é a melhor escolha, além de ser mais estável que a ergotamina em países de clima tropical. Por isso, o uso dos derivados do ergot para esta situação é classificado como intervenção prejudicial ou ineficaz que deve ser abandonada (MS, BRASIL, 2001, p.85).

Em relação ao momento em que se deve ser administrada a ocitocina IM no terceiro período do parto, um estudo faz menção em haver dúvida do momento correto:

O momento exato de administração da ocitocina persiste por ser determinado. Enquanto alguns estudos sugerem benefícios com a administração antes do delivramento, outros demonstram maior redução do risco de hemorragia pós-parto quando se aguarda a saída da placenta. Essa questão precisa ser elucidada em estudos posteriores (AMORIM et al, 2010, p.589)

No entanto, outro estudo faz a seguinte referência:

A dose e rota preferidas para profilaxia de HPP são 10UI IM, que deve ser administrada preferencialmente após o desprendimento do ombro anterior. Pode se utilizar também após o nascimento vaginal, um bolus IV de ocitocina, 5 a 10 UI, aplicada durante 1 a 2 minutos (B). A infusão intravenosa de ocitocina (20-40 UI em 1000 ml, a 150 ml por hora, em bomba de infusão contínua) e uma alternativa aceitável para o tratamento da HPP, associada a manobras de compressão uterina ou massagem bimanual (manobra de Hamilton). Alguns trabalhos mostram que o uso de ocitocina intraumbilical (20 UI ocitocina + 30 ml solução salina) reduziu a perda de sangue e a duração da terceira fase do trabalho de parto, porém seu uso rotineiro na prevenção da HPP ainda é questionável. É importante ressaltar que o uso de ocitocina para indução de trabalho de parto não interfere com a resposta a este medicamento no terceiro estágio do trabalho de parto ( BOMOMI et al, 2012, p.72).

Já o Guia de Assistência ao Parto e Nascimento do Hospital Sofia Feldman, menciona o fato de verificar se realmente não existe outro feto e faz a seguinte recomendação:

Dentro de 1 minuto do desprendimento fetal, palpar o abdome para afastar a possibilidade da presença de outro feto e dar 10 UI de ocitocina IM. A ocitocina é preferível porque é efetiva 2 a 3 minutos após a injeção, tem efeitos colaterais mínimos e pode ser utilizada em todas as mulheres. Na indisponibilidade de ocitocina, utilize ergometrina 0,2 mg IM ou prostaglandinas (misoprostol). Tenha certeza de que não existe nenhum feto adicional antes de utilizar tais medicamentos (MINAS GERAIS, 2007 p.60).

### Tração Controlada do Cordão

Um estudo que comparou a extração placentária através da tração controlada do cordão versus a intervenção mínima chegou a seguinte conclusão:

A incidência de hemorragia pós-parto foi significativamente menor no grupo controle cabo de tração (5,8% vs 11%; odds ratio 0.50, intervalo de confiança 95% 0,34-0,73). A incidência de retenção de placenta (> ou = 30 minutos) foi de 1,6% no grupo controle e do cabo de tração de 4,5% no



grupo da intervenção mínima (odds ratio 0.31, intervalo de confiança 95% 0,15-0,63). Significativamente mais pacientes no grupo da intervenção mínima exigida uterotônico adicionais para controlar a hemorragia (5,1% vs 2,3%; odds ratio 0.44, intervalo de confiança 95% 0,24-0,78). A técnica de tração controlada do cordão para a entrega dos resultados da placenta de uma incidência significativamente menor de hemorragia pós-parto e retenção de placenta, assim como menor necessidade de uterotônico, comparado com a técnica de intervenção mínima (KHAN, 1997, P.1).

Três estudos randomizados com um total de 27837 gestantes compararam TCC planejada com TCC não planejada. Foram incluídos estudos do Uruguai (1), França (1) e estudo internacional (1) com centros de pesquisa na Argentina, Egito, Índia, Quênia, Filipinas, África do Sul, Tailândia e Uganda e chegaram a seguinte conclusão:

Tração controlada do cordão (TCC) reduz o risco de remoção manual da placenta em certas circunstâncias. TCC não reduz o risco de hemorragia pós-parto (HPP) severa ( $\geq 1000$  ml), mas reduz a incidência de HPP moderada ( $\geq 500$  ml) e reduz perda sanguínea média em aproximadamente 11 ml. TCC encurta ligeiramente o terceiro estágio do parto (HOFMEYR et al, 2015, p.1).

Segundo Melo, et al (2014), traz a seguinte técnica de extração da placenta, com tração controlada do cordão:

Técnica da tração controlada de cordão:

- Clampeie o cordão próximo ao períneo usando uma pinça de Foerster ou Rochester. Segure o cordão campeado e o final da pinça com uma das mãos.
- Coloque a outra mão imediatamente acima do osso púbico e estabilize o útero pela aplicação de uma contra tração durante a tração controlada do cordão. Isto ajuda a prevenir a inversão uterina.
- Gentilmente mantenha tensão sobre o cordão e espere uma contração uterina forte (2 – 3 minutos).
- Quando o útero se tornar arredondado ou o cordão se alongar, tracione o cordão muito gentilmente para baixo para retirar a placenta. Continue a aplicar a contra tração no útero com a outra mão.
- Se a placenta não descer durante 30 – 40 segundos de tração controlada (não há nenhum sinal de descolamento), não continue a tracionar o cordão.

- Gentilmente segure o cordão e espere até o útero estiver bem contraído novamente. Se necessário, use uma pinça para clampar o cordão mais próximo do períneo enquanto ele se alonga;
- Com a próxima contração, repita a tração controlada com a contra tração.
- Durante a extração da placenta as membranas podem se romper. Segure a placenta com as duas mãos e gire-a gentilmente sobre o seu eixo até que as membranas estejam torcidas (Manobra de Dublin).
- Puxe vagarosamente para completar a dequitação.
- Se as membranas se romperem, examine gentilmente a porção superior da vagina e colo e utilize uma pinça de Foerster para remover qualquer fragmento de membrana que estiver presente.
- A placenta e membranas devem ser examinadas logo após a sua expulsão.

### Clampeamento Tardio do Cordão

A ligadura precoce do cordão não é mais recomendada, uma vez que evidências recentes comprovam os benefícios da ligadura tardia do cordão para o recém-nascido.

Alternativamente, a drenagem espontânea do sangue do cordão (sem clampar a extremidade materna) foi avaliada em uma revisão sistemática (2 ensaios clínicos randomizados, 624 mulheres), associando-se com redução do terceiro estágio em torno de 6 minutos e significativa redução de retenção placentária.

Recentes estudos tem mostrado que o clampeamento do cordão umbilical após 60 segundos do nascimento pode trazer benefícios ao recém-nascido, sem aumentar os riscos de hemorragia pós-parto.

Assim, os benefícios incluem uma menor taxa de anemia em pré e pós-termos (consequentemente, menor necessidade de hemotransfusão, menor ocorrência de icterícia neonatal e menor risco de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor) e menor risco de hemorragia intraventricular em pré-termos

extremos. Diretrizes internacionais sugerem que o clampeamento precoce de cordão deva ser substituído por massagem uterina até a completa dequitação placentária.

Diante das evidências que essas técnicas possuem em reduzir a hemorragia pós-parto e ressaltando que essas técnicas foram orientadas pelos instrutores no decorrer do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, imerge a seguinte problemática: como se deu a utilização de técnicas de prevenção de HPP, pelos pós-graduandos, nos estágios de sala de parto?

Desse modo, este estudo tem como premissa, realizar uma análise das intervenções de enfermagem, pelos pós-graduandos do CEEO, durante os estágios de sala de parto.

Para responder aos questionamentos mencionados, foram elaborados os seguintes objetivos:

**Geral:**

- Caracterizar o uso da ocitocina, como uma maneira de gestão ativa no 3º período do parto.

**Objetivos Específicos:**

- Relacionar o tempo de administração da ocitocina intramuscular, com os momentos do nascimento e dequitação;
- Relacionar o uso da ocitocina com complicações hemorrágicas.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa e documental.

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir, com maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e suas características. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas (Cervo, Bervian & Silva, 2007).

O estudo descritivo trata-se da descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada. Favorecem na pesquisa mais ampla e completa, as tarefas da formulação clara do problema e da hipótese como tentativa de solução. (Cervo, Bervian & Silva, 2007).

A abordagem quantitativa prevê a mensuração de variáveis pré-estabelecidas, para verificar e explicar sua influência sobre outras mediante a análise da frequência de incidências e correlações estatísticas (Dyniewicz, 2009).

#### **3.2 Variáveis**

- ✓ Uso de ocitocina após o nascimento
- ✓ Uso de ocitocina após dequitação

#### **3.3 Locais do estudo**

Este estudo foi desenvolvido nas seguintes maternidades: Hospital São Vicente de Paulo em União dos Palmares, Maternidade Prof. Mariano Teixeira do Hospital Universitário, Maternidade Nossa Senhora de Fátima, Maternidade Nossa Senhora da Guia em Maceió.

#### **3.4 População e amostra**

A população do estudo compôs-se de mulheres em trabalho de parto, que estavam internadas nas maternidades acima descritas, durante o período de

realização das práticas em sala de parto do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica. A amostra foi constituída de 108 partos.

### **3.5 Critérios de inclusão e exclusão:**

Quanto aos critérios de inclusão: foram incluídas mulheres internadas nas maternidades descritas, em verdadeiro trabalho de parto, cujos partos foram realizados pelos especializandos e que aceitaram participar do estudo.

Os critérios de exclusão: mulheres em falso trabalho de parto, partos realizados por outros profissionais que não sejam os estudantes do curso de especialização em enfermagem obstétrica e que não aceitaram participar do estudo.

### **3.6 Procedimento de coleta dos dados e Instrumentos utilizados**

Os dados foram extraídos dos diários de campo e das planilhas de monitoramento dos partos (anexo 1), dos 15 estudantes do curso de especialização de enfermagem obstétrica, no período de 08/05/15 à 05/10/15. Foi elaborada uma planilha secundária (anexo 2) que serviu de instrumento de registro das informações coletadas através de leitura dos diários de campo e partogramas.

### **3.7 Análise dos dados e Apresentação dos resultados**

Após a coleta, os dados foram inseridos numa planilha Excel e quantificados ( em anexo), sendo depois feita relação de proporcionalidade. Foi feita análise minuciosa dos dados, fundamentados na literatura existente.

Os dados foram divididos em 3 momentos do uso da ocitocina: se administrou a ocitocina IM após o desprendimento do ombro, após o nascimento ou após a dequitação.

### **3.8 Aspectos Éticos**

Neste estudo não se aplica o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em vista os instrumentos utilizados para a coleta dos dados, não envolverem contato direto com os participantes, segundo a Resolução 466/12.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre as 108 mulheres assistidas pelos pós-graduandos, durante os estágios nas salas de parto, foram utilizadas 10 UI por via intramuscular no 3º período do parto em sua totalidade. Esse fato impossibilitou a comparação do que poderia ter acontecido caso não tivesse sido administrada a ocitocina. Por outro lado, demonstra que a formação desses novos enfermeiros obstetras encontra-se atenta a recomendação da OMS, no que se refere ao uso da ocitocina no 3º período do parto.

Em relação ao momento do 3º período parto que foi realizada a administração da ocitocina, foram limitados três momentos: após o desprendimento do ombro, após o nascimento do bebê e após a expulsão da placenta.

Foi verificado que em nenhuma das 108 mulheres tiveram ocitocina administradas após o desprendimento do ombro fetal, ao contrário do que é recomendado: “que deve ser administrada preferencialmente após o desprendimento do ombro anterior” (CANADÁ, SOG, p. 1). Essa recomendação, porém, não é unânime, o Ministério da Saúde do Brasil, referencia que “a administração profilática de ocitocina é aplicada por via intramuscular, na dose de 10UI, imediatamente após o desprendimento do ombro anterior, ou após o nascimento da criança” (BRASIL, 2001, p.85).

Assim, foi verificado que 84 das 108 mulheres, que corresponde a 77%, tiveram ocitocina aplicadas após o nascimento, tornando assim uma conduta adequada. Os outros 23%, são referentes às outras 24 mulheres que só receberam ocitocina 10 UI, por via IM, após a dequitação. Porém, não se pode afirmar que foi uma conduta inadequada, pois ainda existem divergências nos estudos quanto ao momento da administração da ocitocina.

Nesse estudo o que foi percebido é que não houve interferência no resultado esperado em se prevenir complicações hemorrágicas, em relação ao momento em que foi administrada a ocitocina, pois dos 108 partos em nenhum foi observado complicações hemorrágicas. Apenas em um houve retenção placentária, pois o cordão se rompeu na porção proximal da placenta, neste a administração da ocitocina foi imediato ao nascimento.

O estudo se mostrou limitado para analisar mais profundamente a correlação dos benefícios do uso da ocitocina após o desprendimento do ombro, após

nascimento ou após dequitação, pois se tratou de uma pesquisa exploratória baseada em análise de documentos.

## 5. CONCLUSÃO

Diante do que foi verificado, percebe-se que os pós-graduandos do curso de especialização em obstetrícia estão cientes da necessidade do manejo ativo durante o terceiro período clínico do parto, fazendo uso da ocitocina neste momento, porém verifica-se ainda que sua utilização tenha variações quanto ao momento da administração. Necessitando em alguns casos que a sua administração tivesse sido antecipada, pois em 23% dos casos o seu uso foi após a dequitação. Foi percebido também o uso correto da dose (10 UI) e via de administração (IM).

Em nenhum caso foi observado complicações hemorrágicas, mas não pode ser afirmado que este fato se deu isoladamente ao uso da ocitocina, independente do momento de aplicação, pois foi verificada nos registros dos pós-graduandos a realização do manejo ativo como um todo, entre as técnicas foi realizada a tração controlada do cordão, o que também interfere beneficemente com a prevenção de hemorragia.

Em relação à análise da eficácia do ocitocina, como prevenção do HPP, nos tempos de administração, o estudo demonstrou limitado para fazer uma análise mais precisa. O que pode ser sugerido como objeto de estudo de outra pesquisa.

De fato, o presente estudo apresenta que a maioria dos pós-graduandos utilizou a ocitocina conforme o recomendado pela OMS e MS, o que demonstra a realização do manejo ativo no 3º período do parto, em relação ao uso da ocitocina.

Além disso, o estudo também enfatiza as recomendações de órgãos competentes e pesquisas até hoje publicadas, sobre o uso desta medicação como uterotônico de escolha para prevenir as complicações hemorrágicas.

Sendo assim, fica evidenciado que os pós-graduandos do curso de especialização em enfermagem obstétrica, estão realizando o manejo ativo no 3º período do parto e que essas condutas aplicadas no cotidiano das instituições irão melhorar a assistência obstétrica no estado de Alagoas e prevenir possíveis casos hemorragia pós-parto, que podem ocasionar a mortalidade materna.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MERIGHI MAB, CARVALHO GM, SULETRONI VP. **O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social.** Acta Paul Enferm. 2007;20(4):434-40.

BONOMI, I.B. et al. Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto. Rev Med Minas Gerais 2012; 22 (Supl 2): S1-S173

AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa; SOUZA, Alex Sandro Rolland. **Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências.** Femina, v. 38, n. 11, p. 583-591, 2010.

KHAN GQ et al. **Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial.** American journal of obstetrics and gynecology. 1997;177(4):770-4

REZENDE, J. – **Obstetrícia Fundamental**- 13ª edição, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2014.

CECATTI, JG; CALDERÓN ,IMP. **Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna.** Rev Bras Ginecol Obstet, v. 27, n. 6, p. 357-65, 2005.

HOFMEYR GJ, MSHWESHWE NT, GÜLMEZOGLU AM. **Controlled cord traction for the third stage of labour.** *Cochrane Database of Systematic Review*, Issue 1. Art. No.: CD008020. DOI: 10.1002/14651858.CD008020.pub2.

WHO. **Managing complication in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors.** Geneva: WHO; 2000. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9241545879/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241545879/en/index.html)

BEGLEY CM, GYTE GM, DEVANE D, MCGUIRE W, WEEKS A. **Ativa versus conduta expectante para as mulheres na terceira fase do trabalho de parto .** *Cochrane Database Syst Rev* 011(11). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub3/abstract>

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA. **Clinical Practice Guideline - Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage.** JOGC. 2009 Out; 235:980-93.

OMS. 2012. **Recomendações da OMS para a Prevenção e Tratamento da hemorragia pós-parto: base de evidências.** OMS: Genebra.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

**ANEXO**

	TOTAL PARTOS	OCITOCINA APÓS NASCIMENTO	OCITOCINA APÓS DEQUITAÇÃO	APÓS O DESPRENDIMENTO DO OMBRO
aluno 1	14	14		0
aluno 2	10	10		
aluno 3	3	3		
aluno 4	4	4		
aluno 5	10	2	8	
aluno 6	3	3		
aluno 7	10	10		
aluno 8	3	3		
aluno 9	4	4		
aluno 10	4	0	4	
aluno 11	5	5		
aluno 12	16	8	8	
aluno 13	5	5		
aluno 14	9	5	4	
aluno 15	8	8		
	108	84	24	
	100%	77%	23%	0%