

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA NACIONAL DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Gabriela de Cássia Camargo Rolim de Britto

PARTO E NASCIMENTO COM OCITOCINA SINTÉTICA: USO OU ABUSO?

Belo Horizonte

2017

Gabriela de Cássia Camargo Rolim de Britto

PARTO E NASCIMENTO COM OCITOCINA SINTÉTICA: USO OU ABUSO?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeira Obstétrica.

Orientadora: Profa. Dra. Livia de Souza Pancrácio de Errico
Coorientadora: Profa. Dra. Eunice Francisca Martins

**Belo Horizonte
2017**

RESUMO

INTRODUÇÃO: A administração rotineira de ocitocina durante o trabalho de parto é classificada como uma prática desnecessária, inadequada ou perigosa. Seu uso pode levar à morte fetal, hemorragia pós-parto, além de contribuir com o desenvolvimento de transtornos emocionais do puerpério e déficits cognitivos na infância. No entanto, mesmo diante das evidências, observa-se seu uso indiscriminado. **OBJETIVOS:** Conhecer a magnitude do uso da ocitocina durante o trabalho de parto em parturientes de risco habitual e seus fatores associados. **METODOLOGIA:** Estudo seccional, de base hospitalar, que usou dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre Parto e Nascimento”. A partir da amostra de 1088 mulheres, após exclusão daquelas admitidas para cesariana eletiva ou que apresentavam intercorrências na gestação, 389 puérperas foram incluídas na análise. Para estimar as associações entre o uso de ocitocina e características das puérperas e dos serviços, optou-se pela análise univariada. Para avaliar a relação entre uma ou mais variáveis, foi composto um modelo ajustado submetido à análise multivariada. **RESULTADOS:** A prevalência do uso de ocitocina foi de 47,8%. Para mulheres que iniciaram o pré-natal tardiamente ou que possuíam cicatriz uterina, as taxas de infusão de ocitocina foram significativamente menores ($p < 0,001$). Ser admitida com seis ou mais centímetros de dilatação e apresentar três a quatro contrações em 10 minutos foi relacionado a um menor uso de ocitocina. Observou-se que puérperas submetidas a intervenções, principalmente manobra de *Kristeller* e analgesia, apresentaram maior uso de ocitocina. A via de nascimento predominante foi vaginal (92,1%), porém não se mostrou influenciada pelo uso da ocitocina. Houve um óbito fetal intraparto, dois óbitos neonatais precoces e a permanência de um recém-nascido internado após o 27º dia de vida, em todos os casos o uso de ocitocina esteve presente. Observou-se maior uso de ocitocina em partos assistidos por médicos remunerados de acordo com a produtividade. Em contrapartida, ser assistido por enfermeiro se mostrou como fator de proteção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O uso da ocitocina parece ser uma prática frequente. Sua elevada prevalência, bem como a presença concomitante de outras intervenções, pode ser considerada um reflexo da vigência do modelo médico hegemônico como pilar norteador da atenção obstétrica nos serviços avaliados.

Palavras-Chave: Ocitocina; assistência médica; qualidade da assistência à saúde; parto humanizado; enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Routine administration of oxytocin during labor is classified as an unnecessary, inappropriate or dangerous practice. Its use can lead to fetal death, postpartum haemorrhage, and contribute to the development of emotional disorders of the puerperium and cognitive deficits in childhood. However, even in the face of the evidence, it is observed its indiscriminate use. **OBJECTIVES:** To know the magnitude of oxytocin use during labor in pregnant women at usual risk and their associated factors. **METHODOLOGY:** A hospital-based sectional study using data from the survey "Born in Belo Horizonte: Birth and Birth Survey". From the sample of 1088 women, after exclusion of those admitted for elective cesarean section or who presented complications during pregnancy, 389 puerperae were included in the analysis. In order to estimate the associations between the use of oxytocin and characteristics of puerperal and services, univariate analysis was used. To evaluate the relationship between one or more variables, an adjusted model was submitted to multivariate analysis. **RESULTS:** The prevalence of oxytocin use was 47.8%. For women who started prenatal late or who had uterine scarring, oxytocin infusion rates were significantly lower ($p < 0.001$). Being admitted with six or more centimeters of dilatation and presenting three to four contractions in 10 minutes was related to decreased use of oxytocin. It was observed that puerperae submitted to interventions, mainly Kristeller's maneuver and analgesia, presented greater use of oxytocin. The predominant birth route was vaginal (92.1%), but it was not influenced by the use of oxytocin. There was one intrapartum fetal death, two early neonatal deaths and the permanence of a newborn hospitalized after the 27th day of life, in all cases the use of oxytocin was present. There was a greater use of oxytocin in physician-assisted deliveries according to productivity. On the other hand, being assisted by a nurse proved to be a protective factor. **FINAL CONSIDERATIONS:** The use of oxytocin appears to be a common practice. Its high prevalence, as well as the concomitant presence of other interventions, can be considered a reflection of the validity of the hegemonic medical model as the guiding pillar of obstetric care in the evaluated services.

Keywords: Oxytocin; health care; quality of health care; humanized birth; obstetric nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 OBJETIVOS	08
2.1 OBJETIVO GERAL.....	08
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	08
3 METODOLOGIA.....	09
3.1 AMOSTRA E POPULAÇÃO.....	09
3.2 COLETA DOS DADOS	09
3.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	10
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	10
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	11
4 RESULTADOS.....	12
5 DISCUSSÃO.....	17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um evento fisiológico integrante do ciclo vital, fundamental para a perpetuação da espécie. Durante anos, acompanhar o processo de parturição foi uma atividade tradicionalmente feminina, desenvolvida por mulheres depositárias de um saber popular, reconhecidas pela sua experiência em cuidar do corpo feminino (BRENES, 2005). A partir do século XVI, essa tradição começou a sofrer regulamentações eclesiásticas, dando início ao processo acelerado de extinção das parteiras como estratégia do Clero para monopolizar o saber acerca da vida (EHRENREICH; ENGLISH, 1970).

Até o século XVIII a parturição era considerada perigosa e associada à morte, no entanto, a queda dos índices de mortalidade materna em consequência das novas práticas médicas contribuiu para a aceitação pela sociedade da institucionalização do parto (VIEIRA, 1999). Não se pode deixar de mencionar que, para além da melhoria do cuidado clínico, a medicina também se apoiou em técnicas cirúrgicas e anestésicas com o objetivo de legitimar seu poder sobre as pessoas (VIEIRA, 1999). A partir da transição do parto domiciliar para o ambiente hospitalar, a maternidade se tornou objeto da intervenção médica e deixou de ser uma vivência subjetiva da mulher (VIEIRA, 1999). O parto hospitalar estabeleceu-se como oportunidade para a adoção de um modelo tecnocrático de assistência, caracterizado pela primazia da chamada tecnologia dura sobre a tecnologia leve, ou seja, trabalho baseado em normas, procedimentos e equipamentos, em detrimento de práticas estruturadas sobre as relações humanas (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Dessa forma, foram definidas rotinas rígidas com objetivo de assegurar a saúde materna e do conceito.

A partir de 1973, com a finalidade de acelerar o processo de parturição, inseriu-se na assistência obstétrica uma série de intervenções agrupadas sob o nome de Manejo Ativo do Trabalho de Parto (O'DRISCOLL; STRONGE; MINOGUE, 1973). O reflexo direto dessa nova forma de atender a parturiente foi a transformação da assistência ao parto e nascimento em um evento lucrativo, pois possibilitou que um único médico e uma única instituição, o hospital, fosse responsável pelo atendimento de várias mulheres em um mesmo espaço e em um menor tempo possível. Dentre essas intervenções destaca-se a rotura artificial precoce das membranas e a infusão de uterotônicos (OMS, 2015).

O uso destas e de outras tecnologias invasivas para a prestação da assistência ao parto, do mesmo modo que as condições insalubres dos séculos anteriores, gerou uma série de iatrogenias que passaram a ser um dos principais fatores de risco de morbimortalidade materna, fetal e neonatal (WHO, 1996). Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde

(OMS), em 1996, analisou os altos níveis de intervenção na atenção ao parto, identificando em que medida essas práticas estavam fundamentadas em evidências científicas. Em função desta análise, foi elaborado um documento que se tornou referência mundial para a assistência obstétrica, denominado Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento (WHO, 1996). Além de estimular o uso de práticas baseadas em evidências na assistência à mulher em todas as fases do período gravídico puerperal, este documento tem contribuído para o debate sobre a humanização da atenção obstétrica até os dias de hoje. Segundo suas diretrizes, o parto normal de risco habitual necessita apenas de monitoramento, a fim de se detectar sinais precoces de desvio da normalidade. A intervenção deve secundar o aparecimento de complicações buscando corrigir ou amenizar seus efeitos sobre a evolução do parto (WHO, 1996).

Após análise das tecnologias e cuidados rotineiramente utilizados na atenção ao parto, a OMS os classificou em quatro grupos distintos, sendo um deles como práticas desnecessárias, inadequadas ou perigosas. Neste grupo encontra-se a administração rotineira de ocitocina, intervenção que deve ser limitada às situações específicas devido a seu caráter prejudicial ou ineficaz (WHO, 1996).

A ocitocina é um neuropeptídeo sintetizado principalmente no cérebro, pelos neurônios magnocelulares presentes nos núcleos periventricular e supraóptico do hipotálamo. A partir da hipófise este hormônio é liberado em níveis central e periférico, se ligando a receptores específicos (GORDON *et al*, 2011). A distribuição destes receptores é abrangente e sua expressão varia de acordo com as fases do desenvolvimento humano, estímulos externos e fatores psíquicos e somáticos (BARRETT *et al*, 2014; GORDON *et al*, 2011).

O seu efeito mais conhecido e estudado é a estimulação da musculatura uterina durante o trabalho de parto, parto e puerpério, que ocorre com maior potência nos estágios mais avançados da gravidez. Entre as indicações para seu uso incluem o estímulo de contrações em casos selecionados de inércia uterina e a indução do parto em situações nas quais manter a gestação corresponde a risco materno e ou fetal (RAGUSA; SVELATO, 2014; SYNTOCINON, 2015).

O Instituto de Práticas Seguras no Uso de Medicamentos considera a ocitocina endovenosa um dos principais medicamentos potencialmente perigosos de uso intra-hospitalar (ISMP, 2015). O Instituto analisa, classifica e lista as drogas de acordo com seu risco de causar dano significativo quando utilizadas de forma inadequada. O uso da ocitocina sintética pode provocar o descolamento prematuro da placenta, aumentar o risco de rotura do útero placentário e levar à taquissístolia, ou seja, à hiperatividade uterina (HEUSER *et al*, 2013;

SIMPSON; KNOX, 2009). Contrações uterinas excessivas levam à compressão frequente das arteríolas uterinas diminuindo a perfusão placentária, favorecendo a queda da saturação de oxigênio, o que, por sua vez, aumenta a probabilidade de acidemia, lesões neurológicas e morte fetal (HEUSER *et al*, 2013; SIMPSON; KNOX, 2009). Ademais, a exposição a este hormônio pode provocar dessensibilização e internalização de seus receptores, mecanismo que pode ser associado à redução da sensibilidade miometrial, favorecendo a hemorragia por atonia uterina (SYNTOCINON, 2015). Neste aspecto, é importante lembrar que as causas hemorrágicas constituem a principal etiologia responsável por mortes maternas (LALE SAY *et al*, 2014).

Recentemente, estudos têm apontado para um espectro de distúrbios neuropsíquicos relacionadas à ocitocina (WEISMAN *et al*, 2015; SIMON *et al*, 2013; BOUTET, 2006). Os sentimentos humanos, atribuídos muitas vezes a construções subjetivas, podem ser relacionados a mecanismos fisiológicos, podendo ser mediados por neurotransmissores (DACOME; GARCIA, 2008). Por meio de experimentos de microdiálise intracerebral, identificou-se liberações dendríticas de ocitocina no interior da amígdala e do septo cerebral, regiões do sistema límbico, o sistema responsável pelas emoções. O uso de ocitocina exógena parece contribuir para o aparecimento e desenvolvimento dos transtornos emocionais do puerpério, bem como, influenciar o surgimento de transtornos do espectro do autismo e alguns déficits cognitivos na infância (WEISMAN *et al*, 2015; RAGUSA; SVELATO, 2014; SIMON *et al*, 2013; BOUTET *et al*, 2006). O mecanismo de interferência da ocitocina sintética no sistema nervoso central não é totalmente conhecido, entretanto, parece estar relacionado tanto a uma queda expressiva de produção endógena, quanto a insuficiência do hormônio endógeno em estimular os receptores neurais após eliminação da droga sintética (RAGUSA; SVELATO, 2014; HANDLIN, 2010).

Mesmo diante das evidências científicas que comprovam o aumento do risco de eventos adversos relacionados à ocitocina, observa-se o seu uso indiscriminado na atenção à mulher em trabalho de parto. O estudo multicêntrico Nacer no Brasil: inquérito sobre o Parto e Nascimento, identificou que em 38,2% dos trabalhos de parto de risco habitual que evoluíram por via vaginal, foi utilizado ocitocina, sendo que a maior prevalência ocorreu na Região Sudeste, 47,2% (LEAL, 2014). No Brasil, em 2012, 48,1% dos partos foram vaginais e somente 5% naturais, em outras palavras, podemos dizer que a cada 100 partos, 95 foram submetidos a alguma intervenção (LEAL, 2014). Esses dados apontam para a necessidade de uma análise das características assistenciais do parto, principalmente, avaliando se o uso de

ocitocina foi adequado ou se faz parte de um grupo de ações e práticas assistenciais que caracterizam o modelo assistencial intervencionista.

Apesar da grande variedade de estudos nos quais se analisa a prevalência e as repercussões do uso, indiscriminado ou não, da ocitocina sintética na fisiologia do parto (HEUSER et al, 2013; RAGUSA; SVELATO, 2014; SIMPSON; KNOX, 2009), precisa-se avançar no conhecimento dos fatores associados ao seu uso. A compreensão desses fatores poderá subsidiar novas estratégias para a redução do uso e proporcionar uma assistência obstétrica e neonatal mais segura.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a magnitude do uso da ocitocina durante o trabalho de parto em parturientes de risco habitual assistidas em instituições hospitalares de Belo Horizonte, e seus fatores associados.

2.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência do uso de ocitocina durante o trabalho de parto em mulheres com gestação de risco habitual assistidas em Belo Horizonte.
- Identificar os desfechos maternos e neonatais relacionados ao uso da ocitocina.
- Estimar as associações entre as características sociodemográficas, obstétricas e assistenciais e o uso da ocitocina.

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo seccional, de base hospitalar, que utilizou dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre Parto e Nascimento”, realizada em 11 estabelecimentos de saúde que prestam assistência ao parto em Belo Horizonte, no período de novembro de 2011 a março de 2013.

3.1 Amostra e População

A amostra geral da Pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre Parto e Nascimento” foi calculada com base em desfechos adversos proporcionalmente distribuídos em cada maternidade em relação ao número total de nascimentos, da ordem de 1% para parto vaginal, com significância de 5% ($\alpha=0,05$) e poder do teste de 80% ($\beta=0,20$). O critério de inclusão foi: puérperas que tiveram como produto da concepção recém-nascido com 22 semanas gestacionais ou mais e/ou mais de 500g de peso ao nascer. Os critérios de exclusão foram puérperas com distúrbios mentais graves, surdas, mudas e estrangeiras que não compreendiam bem o português. A amostra foi composta por todas as puérperas elegíveis nos estabelecimentos selecionados, sorteadas aleatoriamente, totalizando 1088 mulheres.

Para este estudo específico utilizou-se dados de todas as mulheres internadas com gestação simples, apresentação cefálica e a termo. Foram excluídas aquelas admitidas para cesariana eletiva ou que apresentavam, à admissão, condições clínicas pré-existentes, doenças obstétricas ou intercorrências clínicas na gestação atual, classificadas conforme o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). A amostra disponível totalizou 430 puérperas. Após eliminação de todas aquelas sem informação quanto ao uso ou não de ocitocina, 389 mulheres compuseram o subset final para análise.

3.2 Coleta de Dados

Na Pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre Parto e Nascimento” os dados foram coletados por meio de entrevistas face a face realizadas com as puérperas, pelo menos seis horas após o parto, além de extração de dados do prontuário hospitalar. O primeiro questionário, utilizado na entrevista materna, foi composto por variáveis de identificação, nível de escolaridade e renda, condições de moradia, antecedentes obstétricos, dados antropométricos, informações sobre a gestação, assistência pré-natal, uso de medicamentos,

trabalho de parto e avaliação da assistência prestada a ela e ao recém-nascido. O segundo foi preenchido com dados oriundos do prontuário, contendo informações sobre a admissão hospitalar, pré-parto, medicamentos e intervenções realizadas, evolução do parto, índice de APGAR do recém-nascido, cuidados imediatos pós-nascimento e condições de alta ou óbito da mãe e do concepto. Foi também utilizado um instrumento aplicado ao representante legal de cada instituição participante com o objetivo de reconhecer a organização da assistência.

3.3 Variáveis do Estudo

Para estimar as associações entre as características socioeconômicas e obstétricas das puérperas e assistenciais dos serviços, o "uso da ocitocina para condução ou indução do trabalho de parto (sim/não)" constituiu a variável dependente (desfecho). As variáveis independentes (exposição) compuseram dois grupos:

I - Características socioeconômicas e obstétricas das puérperas: idade; classe social (ABEP, 2013); escolaridade (anos de estudo); cor da pele (IBGE/autodeclarada); estado civil; história obstétrica (paridade; cesárea prévia; realização ou não de pré-natal e número de consultas); plano de saúde (sim/não); e condição obstétrica na admissão hospitalar (dilatação cervical, dinâmica uterina e integridade das membranas).

II - Características assistenciais e institucionais dos serviços: Assistenciais - Boas práticas (uso de partograma, presença de acompanhante, oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor e de dieta oral) e intervenções maternas (rotura artificial de membranas, analgesia, manobra de *Kristeller* e episiotomia). Institucionais: Financiamento (público ou privado); equipe assistencial (somente médico ou equipe colaborativa); profissional responsável pela assistência ao parto (enfermeiro obstetra ou médico) e remuneração profissional (salário fixo ou produtividade).

Para identificar os desfechos maternos e neonatais associados ao uso da ocitocina (exposição), considerou-se como desfecho: tipo de parto (parto vaginal, parto instrumental com fórceps ou vácuo extrator ou cesariana); e morbimortalidade (materna, fetal e neonatal).

3.4 Análise dos Dados

Para estimar as associações entre o uso de ocitocina e as características socioeconômicas e obstétricas das puérperas e assistenciais dos serviços, optou-se pela análise

univariada, utilizando o SPSS 22.0.

Para avaliar a relação entre uma ou mais variáveis, foi composto um modelo ajustado a partir das variáveis com significância igual ou inferior a 0,20 ($p \leq 0,20$), submetidas à análise multivariada, incluídas em ordem decrescente de significância. O ajuste de variáveis potencialmente confundidoras foi realizado por meio da regressão de Poisson com variâncias robustas, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). A avaliação da qualidade do modelo final foi feita pelo cálculo do coeficiente de determinação (R^2). Para a análise multivariada utilizou-se o Stata 14.

3.5 Considerações Éticas

A Pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre Parto e Nascimento” foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o número 0246.0.203.000-11. A realização do estudo seguiu os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, segundo as normas e diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

A prevalência do uso de ocitocina intraparto foi de 47,8%. Mais da metade das mulheres era parda, tinha entre 20 e 29 anos de idade, com 9 a 11 anos de estudo, residia com o companheiro, não tinha ocupação profissional, pertencia a Classe C e quase 75% delas não possuíam plano de saúde. Mulheres com 12 anos ou mais de estudo foram menos submetidas ao uso da ocitocina em comparação àquelas com menor escolaridade. Mulheres com 30 anos ou mais foram mais submetidas à ocitocina quando comparadas às mais jovens. Do mesmo modo, puérperas que viviam em união estável também receberam mais ocitocina em comparação às casadas e solteiras. Considerando as características sociodemográficas e econômicas avaliadas, apesar de evidenciarem prevalências diferentes entre alguns grupos, nenhuma variável apresentou significância estatística (TABELA 1).

Tabela 1 – Prevalência do uso de ocitocina segundo as características sociodemográficas e econômicas das mulheres com gestação de risco habitual assistidas em instituições hospitalares de Belo Horizonte, 2011-2013.

Variáveis sociodemográficas e econômicas	Total n (%)	Uso de ocitocina n (%)		Valor-p
		Não	Sim	
Cor				0,935
Branca	84 (21,6)	43 (51,2)	41 (48,8)	
Preta	37 (9,5)	21 (56,8)	16 (43,2)	
Parda	254 (65,3)	132 (52)	122 (48)	
Amarela	14 (3,6)	7 (50)	7 (50)	
Idade				0,444
Até 19 anos	77 (19,8)	40 (51,9)	37 (48,1)	
20 a 24 anos	104 (26,7)	57 (54,8)	47 (45,2)	
25 a 29 anos	99 (25,4)	57 (57,6)	42 (42,4)	
30 a 34 anos	67 (17,2)	30 (44,8)	37 (55,2)	
35 anos ou mais	42 (10,8)	19 (45,2)	23 (54,8)	
Estado Civil				0,154
Solteira	127 (32,6)	72 (56,7)	55 (43,3)	
Casada	130 (33,4)	71 (54,6)	59 (45,4)	
União Estável	132 (33,9)	60 (45,5)	72 (54,5)	
Escolaridade				0,682
Até 8 anos de estudo	134 (34,4)	70 (52,2)	64 (47,8)	
9 a 11 anos de estudo	223 (57,3)	114 (51,1)	109 (48,9)	
12 anos ou mais de estudo	32 (8,2)	19 (59,4)	13 (40,6)	
Classe Social				0,488
A ou B	80 (20,6)	46 (57,5)	34 (42,5)	
C	242 (62,2)	121 (50)	121 (50)	
D ou E	67 (17,2)	36 (53,7)	31 (46,3)	
Trabalha				0,647
Não	217 (55,8)	111 (51,2)	106 (48,8)	
Sim	172 (44,2)	92 (53,5)	80 (46,5)	
Plano de Saúde				0,974
Não	291 (74,8)	152 (52,2)	139 (47,8)	
Sim	98 (25,2)	51 (52)	47 (48)	

Quanto à história obstétrica, quase metade das puérperas era primigesta. Entre aquelas que não estavam na primeira gravidez, a prevalência de cesárea prévia foi menor que 10%. A maioria das mulheres iniciou o pré-natal no primeiro trimestre gestacional e realizou entre 6 a 12 consultas. Destaca-se que, para as mulheres que iniciaram o pré-natal tardiamente ou que possuíam cicatriz uterina, as taxas de infusão de ocitocina foram significativamente menores (TABELA 2).

Tabela 2 – Prevalência do uso de ocitocina segundo a história obstétrica das mulheres com gestação de risco habitual assistidas em instituições hospitalares de Belo Horizonte, 2011-2013.

História obstétrica	Total n (%)	Uso de ocitocina n (%)		Valor-p
		Não	Sim	
Primigesta				0,284
Não	218 (56)	119 (54,6)	99 (45,4)	
Sim	171 (44)	84 (49,1)	87 (50,9)	
Cesárea Prévia				0,015
Não	367 (94,3)	186 (50,7)	181 (49,3)	
Sim	22 (5,7)	17 (77,3)	5 (22,7)	
Início do Pré-natal¹				0,015
1º Trimestre	293 (78,6)	142 (48,5)	151 (51,5)	
2º ou 3º Trimestre	80 (21,4)	51 (63,8)	29 (36,3)	
Número de consultas de Pré-natal¹				0,772
Até 5	57 (16,6)	28 (49,1)	29 (50,9)	
6 ou mais	287 (83,4)	147 (51,2)	140 (48,8)	

¹ Variáveis cuja soma não totalizam 389 (amostra final) devido à existência de missing.

Neste estudo, cerca de 60% das mulheres apresentavam dilatação cervical até cinco centímetros ao chegar à maternidade. Além disso, a integridade das membranas encontrava-se preservada em sua maioria e aproximadamente metade delas apresentava dinâmica uterina de uma a duas contrações. Ser admitida com seis ou mais centímetros de dilatação e apresentar três a quatro contrações em 10 minutos foi relacionado a um menor uso de ocitocina em comparação às mulheres admitidas com menor dilatação e dinâmica uterina, respectivamente (TABELA 3).

As boas práticas no acompanhamento do trabalho de parto e o uso de intervenções são apresentados na Tabela 4. Mais da metade das mulheres teve o trabalho de parto acompanhado em partograma e receberam algum método não farmacológico para o alívio da dor. A presença de acompanhante foi garantida à maioria das puérperas, porém, a dieta oral foi pouco utilizada. Em 92.1% dos trabalhos de parto houve ao menos uma intervenção. Quase 80% das mulheres admitidas com membranas íntegras foram submetidas à rotura artificial de membranas (RAM) e a posição predominante durante o parto foi o decúbito dorsal. Episiotomia, manobra de *Kristeller* e analgesia estiveram presentes em cerca de 30% dos partos. Observou-se que as puérperas que foram submetidas a intervenções, principalmente

episiotomia, manobra de *Kristeller* e analgesia, apresentaram maior uso de ocitocina.

Tabela 3 – Prevalência do uso de ocitocina segundo a condição obstétrica na admissão das mulheres com gestação de risco habitual assistidas em instituições hospitalares de Belo Horizonte, 2011-2013.

Condição obstétrica na admissão	Total n (%)	Uso da ocitocina n (%)		Valor-p
		Não	Sim	
Dilatação Cervical¹				< 0,001
0 a 5 cm	226 (62,8)	99 (43,8)	127 (56,2)	
6 a 10 cm	134 (37,2)	86 (64,2)	48 (35,8)	
Dinâmica Uterina¹				0,137
Ausente	26 (8,3)	10 (38,5)	16 (61,5)	
1 a 2 contrações	168 (53,5)	82 (48,8)	86 (51,2)	
3 a 4 contrações	120 (38,2)	69 (57,5)	51 (42,5)	
Integridade das Membranas				0,405
Bolsa Íntegra	300 (77,1)	160 (53,3)	140 (46,7)	
Bolsa Rota	89 (22,9)	43 (48,3)	46 (51,7)	

¹ Variáveis cuja soma não totalizam 389 (amostra final) devido à existência de missing.

Tabela 4 – Prevalência do uso de ocitocina segundo as boas práticas e intervenções realizadas em mulheres com gestação de risco habitual assistidas em instituições hospitalares de Belo Horizonte, 2011-2013.

Boas práticas e intervenções	Total n (%)	Uso de ocitocina n (%)		Valor-p
		Não	Sim	
Boas Práticas				
Partograma	260 (66,8)	128 (49,2)	132 (50,8)	0,098
Acompanhante	270 (73,4)	140 (51,9)	130 (48,1)	0,974
Métodos Não Farmacológicos	229 (58,9)	118 (51,5)	111 (48,5)	0,756
Dieta Oral	128 (32,9)	71 (55,5)	57 (44,5)	0,364
Intervenções				
Rotura Artificial de Membranas ¹	203 (79,3)	94 (46,3)	109 (53,7)	< 0,001
Analgesia	123 (31,6)	47 (38,2)	76 (61,8)	< 0,001
Manobra de <i>Kristeller</i> ²	134 (35,8)	58 (43,3)	76 (56,7)	0,008
Episiotomia ³	103 (27)	47 (45,6)	56 (54,4)	0,124
Posição Dorsal	371 (95,4)	190 (51,2)	181 (48,8)	0,081

¹ Para o cálculo dessa variável foram consideradas somente mulheres admitidas com Bolsa Íntegra.

² Informação obtida por meio de entrevista com a puérpera.

³ Para o cálculo dessa variável foram consideradas somente mulheres que evoluíram para parto vaginal.

Em relação aos desfechos a via de nascimento predominante foi vaginal (TABELA 5). O tipo de parto não se mostrou influenciado pelo uso da ocitocina. Eventos mórbidos foram raros, sendo um óbito fetal intraparto, dois óbitos neonatais precoces e a permanência de um recém-nascido internado após o 27º dia de vida. Em todos estes casos o uso de ocitocina esteve presente na condução do trabalho de parto. Houve ainda um caso de *near miss* materno, no qual não houve uso de ocitocina intraparto.

As características institucionais das maternidades estão apresentadas na tabela 6. Mais de 85% dos partos foram assistidos em hospitais públicos, sendo que das 11 instituições

avaliadas, sete eram públicas. A única modalidade de pagamento destinada aos enfermeiros foi a remuneração fixa, em contrapartida, os médicos foram remunerados de acordo com a produtividade ou por remuneração fixa. A maioria dos partos foi assistida por equipes compostas somente por médicos com remuneração fixa. Observou-se maior uso de ocitocina em partos assistidos por médicos remunerados de acordo com a produtividade. Em contrapartida, ser assistido por enfermeiro se mostrou como fator de proteção ao uso da ocitocina.

Tabela 5 – Via de nascimento segundo o uso de ocitocina entre mulheres com gestação de risco habitual assistidas em Belo Horizonte, 2011-2013.

Uso de ocitocina	Total n (%)	Via de Nascimento ¹ n (%)			P-valor
		Vaginal	Instrumental	Cesariana	
Não	203 (52,2)	187 (92,1)	12 (5,9)	4 (2)	0,862
Sim	186 (47,8)	174 (93,5)	9 (4,8)	3 (1,6)	0,862

¹ Variáveis cuja soma não totalizam 389 (amostra final) devido à existência de missing.

Tabela 6 – Prevalência do uso de ocitocina segundo as características das instituições hospitalares de Belo Horizonte, 2011-2013.

	Total n (%)	Ocitocina n (%)		P-valor
		Não	Sim	
Fonte de Financiamento				0,442
Pública	336 (86,4)	178 (53)	158 (47)	
Privada	53 (13,6)	25 (47,2)	28 (52,8)	
Equipe Assistencial				< 0,001
Somente Médico	220 (56,6)	96 (43,6)	124 (56,4)	
Médico + Enfermeiro Obstetra	169 (43,4)	107 (63,3)	62 (36,7)	
Profissional que Assistiu ao Parto¹				0,003
Médico	262 (68,6)	123 (46,9)	139 (53,1)	
Enfermeiro	120 (31,4)	76 (63,3)	44 (36,7)	
Remuneração Profissional¹				< 0,001
Médicos ou Enfermeiros com Salário Fixo	224 (79,2)	135 (60,3)	89 (39,7)	
Médicos remunerados por Produtividade	59 (20,8)	19 (32,2)	40 (67,8)	

¹ Variáveis cuja soma não totalizam 389 (amostra final) devido à existência de missing.

Após composição do modelo final (TABELA 7), observou-se que mulheres cujo parto foi conduzido por médico tiveram 3.16 mais chances de usarem ocitocina em relação àquelas que foram assistidas por equipes compostas por médicos e enfermeiros obstetras. O uso da analgesia triplicou as chances da utilização da ocitocina. Ao contrário, a infusão de ocitocina no trabalho de parto teve suas chances reduzidas pela metade quando a mulher foi admitida na maternidade com dilatação cervical maior ou igual a seis centímetros. Similarmente, para as mulheres com história de cesárea anterior, as chances do uso foram reduzidas em cerca de 70%. O coeficiente de determinação do modelo (R²) foi 0,1285.

Tabela 7 – Modelo de regressão para o uso de ocitocina em puérperas de risco habitual assistidas em Belo Horizonte, 2011-2013.

	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)		Valor-p
Dilatação Cervical				
6 a 10 cm	0,55	0,32	0,96	0,036
0 a 5 cm	1			
Analgesia				
Sim	3,00	1,66	5,41	< 0,001
Não	1			
Equipe Assistencial				
Somente Médico	3,16	1,86	5,38	< 0,001
Médico + Enfermeiro Obstetra	1			
Cesárea Anterior				
Sim	0,28	0,08	0,95	0,041
Não	1			

A presente análise foi realizada tendo como base a prescrição de ocitocina constante no prontuário materno. No entanto 17.2% das puérperas sem prescrição de ocitocina registrada no prontuário afirmaram ter tido “o soro que aumenta as contrações” durante o trabalho de parto. Desse modo, parece que a prescrição verbal, apesar de vedada à sua execução por profissionais de enfermagem, e evoluções clínicas incompletas podem ter subestimado os resultados encontrados nessa pesquisa.

5 DISCUSSÃO

Este estudo identificou que o uso da ocitocina parece ser uma prática frequente na assistência à mulher em trabalho de parto. Sua elevada prevalência, bem como a presença concomitante de outras intervenções que contrariam as boas práticas na atenção ao parto e nascimento, pode ser considerada um reflexo da vigência do modelo médico hegemônico como pilar norteador da atenção obstétrica nos serviços avaliados. Esse modelo é uma referência científica e ideológica que legitima a assistência médica como a única realmente capaz de agir sobre a saúde dos indivíduos (MENENDEZ, 1992). Salienta-se que, apesar de ser objeto de críticas nos últimos anos devido às práticas empíricas e enfoque reducionista, observa-se sua manutenção como predominante na assistência atual.

Em contraponto, as evidências científicas apontam como primário e ideal para assistência ao parto de risco habitual o modelo humanizado na atenção ao parto e nascimento, liderado pela enfermeira obstétrica (SANDALL; *et al*, 2016; BRASIL, 2016; WHO, 1996). Ele implica no deslocamento da produção de procedimentos para a produção do cuidado, sendo o preconizado para uma assistência segura (ANDRADE; LIMA, 2014). Revisão sistemática envolvendo 17.674 mulheres demonstrou que este modelo está associado à redução de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto (SANDALL; *et al*, 2016). As parturientes foram menos submetidas à analgesia, episiotomia e parto instrumental e a chance de evolução para parto vaginal espontâneo aumentou. Gestantes foram menos propensas a ter partos prematuros e perdas fetais. Em relação a eventos adversos, como hemorragia pós-parto, laceração perineal grave e sofrimento fetal, o estudo não demonstrou diferença quando comparado ao modelo médico (SANDALL; *et al*, 2016). Estes achados associados a menores custos e maiores índices de satisfação materna, confirmam o modelo liderado pela enfermeira obstétrica como primário e ideal para assistência ao parto de risco habitual (BRASIL, 2016).

No entanto, em Belo Horizonte, os resultados encontrados apontam para uma tímida adoção do modelo humanizado, o que requer discussão acerca dos fatores que podem estar contribuindo para a permanência do modelo médico como central na assistência. Dentre estes fatores, destacam-se: a medicalização e a mercantilização da saúde; a separação entre teoria e prática; e a não legitimação de outros saberes.

A medicalização se expressa pela inclusão de comportamentos ou características inerentes ao ser humano, como problemas médicos. Sob esse olhar, a gestação, o parto e o nascimento são considerados eventos patológicos e não fisiológicos (VIEIRA, 1999). Padrões

rígidos de evolução do trabalho de parto impedem um acompanhamento minucioso da mulher com a compreensão das suas singularidades, em oposição, estimulam a necessidade de se procurar por distúrbios e corrigi-los imediatamente (VIEIRA, 1999).

No presente estudo, quatro de cada cinco mulheres sem fatores clínicos de risco, admitidas em trabalho de parto espontâneo, tiveram a bolsa rompida artificialmente, metade delas teve o trabalho de parto acelerado pelo uso de medicamentos e quase um terço foi submetida à episiotomia. Esses resultados, associados à baixa prevalência de partos sem nenhum tipo de intervenção, reforçam a crença de que há necessidade em intervir de maneira sistemática como forma de garantir um recém-nascido e uma puérpera saudáveis.

A posição predominante no parto também está associada à medicalização. O decúbito dorsal, apesar de dificultar a evolução natural do nascimento, facilita a manipulação do corpo pelo profissional de saúde (MAIA, 2008). Essa é a posição mais comum em pacientes hospitalizados, o que relaciona, mais uma vez, o nascimento como evento patológico.

A medicalização presente na assistência obstétrica também está intimamente relacionada à mercantilização da saúde, consequência dos interesses em transformar o ser humano em mercadoria, visando à produção de capital através de sua comercialização (MARQUES, 2016). Essa prática se traduz diretamente em ações que visam atender um número maior de pacientes, sem, contudo, se atentar à qualidade e eficiência da assistência prestada.

Sabemos que o trabalho de parto pode durar cerca de 20 horas ou mais. Para a dilatação de cada centímetro, existe uma média de tempo, sendo maior quanto menor for a dilatação, variando cerca de uma a oito horas. A indicação de qualquer intervenção para condução do trabalho de parto sem fatores de risco só é justificável após o diagnóstico de parada ou protração da evolução após uma dilatação cervical de seis centímetros ou mais (ACOG, 2014). Sendo assim, espera-se que o uso de ocitocina em mulheres com dilatação de zero a cinco cm seja mínimo ou não ocorra. No entanto, seu uso foi maior quanto menor a dilatação, possivelmente com o objetivo de reduzir o tempo do trabalho de parto, já que nas dilatações iniciais o processo é mais demorado.

A tendência ao acúmulo de intervenções durante o trabalho de parto, conhecida também pelo termo “cascata de intervenções” (ANTJE et al, 2013), é uma prática frequente no modelo médico hegemônico e está associada tanto à medicalização quanto à mercantilização da saúde (ANDRADE; LIMA, 2014). As intervenções mais inter-relacionadas, segundo a literatura são, além da ocitocina, rotura artificial de membranas

(RAM), analgesia e manobra de Kristeller (ANTJE et al, 2013). Tanto a ocitocina quanto a RAM aceleram o trabalho de parto e a Manobra de Kristeller, prática que consiste em aplicar pressão no fundo uterino, acelera a expulsão do concepto. A analgesia, por sua vez, permite que os profissionais trabalhem em um ambiente mais harmonioso, sem gritos, e sem ter de ampliar sua atenção às necessidades da mulher, o que acarretaria em possíveis “atrasos” à assistência.

O caráter mercantilista da atenção obstétrica fica ainda mais explícito quando observamos que a incidência do uso de ocitocina é mais elevada quando os médicos são remunerados de acordo com a produção, ou seja, número de partos assistidos. Desse modo, acelerar o trabalho de parto pode permitir ao médico atender um maior número de mulheres e conseqüentemente, aumentar seus ganhos, um retrato do parto enquanto produto de mercado.

O segundo fator considerado como importante para a manutenção do modelo médico hegemônico na assistência atual é a separação entre teoria e prática, aqui identificada pela não adoção das evidências científicas durante a assistência. Como reflexo direto, encontramos dados conflitantes entre intervenções realizadas e achados clínicos entre as mulheres assistidas e que não as justificam.

O partograma, método gráfico que monitora a evolução do trabalho de parto, indica anormalidades e norteia a necessidade de intervenções, é classificado como grau de recomendação Categoria A, prática considerada útil e que deve ser estimulada, segundo a OMS (1996). No Brasil, seu uso é recomendado para todas as mulheres em trabalho de parto (BRASIL, 2016), no entanto, sua baixa prevalência demonstra ser uma ação que ainda necessita maior adesão nos serviços de obstetria.

Porém, a possível ocorrência de eventos adversos preveníveis associados a uma intervenção muitas vezes sem indicação coerente é o resultado mais grave da separação entre teoria e prática. A prescrição de ocitocina deve estar condicionada, além do diagnóstico de parada ou protração do trabalho de parto, à avaliação da frequência e intensidade das contrações (ACOG, 2011). Neste estudo a avaliação da dinâmica uterina não influenciou o uso da ocitocina, porém, espera-se que ela seja relevante, já que o objetivo desse medicamento é justamente estimular e potencializar as contrações. Indicar seu uso sem levar em consideração àquelas preexistentes (fisiológicas), demonstra imprudência, pois a relação entre ocitocina, excesso de contrações e dano materno, fetal e neonatal é extensamente descrita na literatura, podendo até mesmo levar ao óbito (HEUSER et al, 2013; RAGUSA; SVELATO, 2014; SIMPSON; KNOX, 2009). É importante lembrar que neste estudo, o uso da ocitocina esteve presente em todos os eventos de morbimortalidade fetal e neonatal.

Desse modo, as consequências relacionadas ao uso da ocitocina talvez possam ser consideradas eventos sentinela. Altos índices de prescrição podem servir de alerta aos profissionais envolvidos na atenção ao parto, incluindo gestores, quanto à possível ocorrência de agravo ou morte inesperada, cuja ocorrência serve como alerta de que o modelo de assistência deve ser questionado (ONA, 2010). O evento sentinela, além de ser uma ferramenta de avaliação da qualidade da atenção, favorece a implementação de um modelo que seja sabidamente seguro, a assistência humanizada ao parto e nascimento liderada pela enfermeira obstétrica.

Dentro desse contexto, acredita-se que a não legitimação de outros saberes, o último fator a ser aqui discutido, seja fundamental para a permanência do modelo médico hegemônico na atenção obstétrica. A visão difundida sobre o parto é de um evento crítico e de risco inerente. Filmes e programas de TV retratam o nascimento como um evento emergencial, caótico, sangrento e doloroso, sem outra solução a não ser analgesia medicamentosa e intervenção tecnológica (ARMSTRONG, 2013). A evolução da perspectiva social sobre o parto e nascimento determina a percepção das mulheres e também dos profissionais de saúde em suas decisões e práticas. Essa perspectiva sofre grande influência dos atores sociais que representam poder na sociedade, e pode ser definida através do que Jordan (1997) chamou de “sabedoria autoritária”, remetendo, em particular, ao conhecimento médico. É aqui que se insere a discussão sobre a não legitimação de outros saberes, onde outras ciências são desmerecidas ou até mesmo excluídas. O modelo humanizado liderado pela enfermeira obstétrica é então questionado ao se opor à construção social de que o parto seria um evento perigoso.

O modelo humanizado liderado pela enfermeira obstétrica prima pelo fisiológico, evitando intervenções desnecessárias, considerado crucial para uma assistência qualificada (ANDRADE; LIMA, 2014). No presente estudo observou-se uma redução não só do uso da ocitocina, como também de outras intervenções quando a assistência é prestada por este profissional, porém, não a níveis esperados. Segundo a OMS (1996), cerca de 10% dos trabalhos de parto apresentam alguma alteração que necessita correção. Incidências muito maiores de qualquer intervenção são clinicamente injustificáveis.

Ao analisar criticamente a inserção da enfermeira obstétrica na assistência, pode-se questionar se realmente há uma busca de tecnologias leves para a garantia de um cuidado qualificado ou se apenas representa uma composição de equipes com menor custo e manutenção das mesmas práticas, visto que médicos são mais bem remunerados que enfermeiros, numa lógica mercantilista que mais uma vez perpassa pelo modelo médico

hegemônico. Por outro lado, enfermeiras obstétricas, sem o devido aprofundamento científico, podem também partilhar da construção social do parto como evento potencialmente perigoso, reproduzindo então as práticas médicas acreditando estarem oferecendo uma assistência mais segura (MAIA, 2008). Muitas mulheres, graças a essa construção social, se sentem seguras quando estão inseridas em um centro tecnológico e assistidas por médicos e suas intervenções. Se o nascimento de uma criança é reportado por muitas mães como o evento mais feliz e importante de suas vidas, como vivenciá-lo com medo e insegurança? (ARMSTRONG, 2013).

O trabalho da enfermagem obstétrica é muito maior do que aparenta ser. Não é simplesmente implementar uma assistência que siga as evidências e respeite o parto e nascimento como vivências singulares. É necessário enfrentar uma estrutura historicamente concebida e cimentada, favorecendo a desconstrução social do parto como evento perigoso, começando dentro da própria classe. A formação de Enfermeiros Obstetras, no Brasil, atualmente encontra-se em expansão. A inclusão da discussão sobre modelos assistenciais, incluindo possíveis mecanismos de enfrentamento, como disciplina indispensável à formação deste profissional, talvez seja decisiva para desconstruir o modelo médico hegemônico e fomentar, mesmo que timidamente, um movimento de contra-hegemonia a fim de estabelecer uma assistência segura à mulher e ao recém-nascido.

O presente estudo apresentou como uma das limitações um pequeno grupo amostral, o que pode ter prejudicado as análises estatísticas. Estudos mais robustos são necessários para avaliar mais precisamente estas associações. O número de desfechos desfavoráveis também comprometeu análises estatisticamente significantes. Outro aspecto importante é a delimitação da ordem das intervenções, como, por exemplo, se a ocitocina foi indicada antes ou após a analgesia, estabelecendo com precisão qual intervenção seria a exposição e qual seria desfecho. O fato da presente análise ter sido realizada com base no prontuário materno e o relato das puérperas ter apresentado informações divergentes, também pode ser considerado um viés conservador, desse modo, os dados encontrados podem ser maiores que o evidenciado.

Além das limitações relacionadas à metodologia utilizada, são necessários estudos bem delineados que avaliem as representações dos pacientes e profissionais de saúde acerca do modelo de atenção vigente. É também necessário avaliar a motivação profissional e pessoal tanto de enfermeiros quanto de médicos em realizar intervenções, analisando sobre suas percepções acerca da fisiologia do parto e do poder que envolve a assistência à parturiente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da ocitocina para condução do trabalho de parto em mulheres com gestação de risco habitual assistidas em instituições hospitalares de Belo Horizonte pode ser caracterizado como abusivo. Os fatores associados ao seu uso demonstram desvinculação com os critérios clínicos e as evidências científicas atuais. As intervenções rotineiras identificadas nesse estudo são características do modelo médico hegemônico como pilar da atenção obstétrica. A adoção do modelo humanizado liderado pela enfermeira obstétrica trata-se de estratégia primordial para alcançar melhores resultados perinatais. No entanto, é importante que, além de seguir as evidências e reduzir intervenções desnecessárias, esta profissional favoreça a desconstrução social do parto como evento perigoso. Estabelecer o parto de risco habitual como fisiológico pode proporcionar segurança, tanto às mulheres quanto aos profissionais, em restringir o uso de tecnologias e intervenções apenas às situações nas quais haja indicação clínica, e desse modo, garantir a qualidade da assistência obstétrica que queremos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.A.C.; LIMA, J.B.M.C. O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos. In: BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos Humaniza SUS; v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 19-46.
- ANTJE, P. *et al.* The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions. **Archives of Gynecology & Obstetrics**. [S.l.] Vol. 288, Issue 2, p245-254, 2013.
- ARMSTRONG, E.M. Sociological perspective on risk assessment in pregnancy. In: INSTITUTE OF MEDICINE AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL. **An update on research issues in the assessment of birth settings: workshop summary**. Washington, DC: The National Academies Press, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: ABEP, 2013. Disponível em: < <http://www.abep.org/criterio-brasil> > Acesso em: 25 out. 2014.
- BARRETT, K.E. *et al.* **Fisiologia Médica de Ganong**. 24. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: 2010.
- _____. Ministério da Saúde. CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: 2016.
- BOUTET, C. *et al.* Oxytocin and maternal stress during the post-partum. **Annales d'endocrinologie**. Paris, v. 67, i. 3, p. 214-223, 2006.
- BRENES, A.C. **Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência - dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses**. Belo Horizonte: COOPMED, 2005.
- DACOME, O.A.; GARCIA, R.F. Efeito modulador da ocitocina sobre o prazer. **Saúde e Pesquisa**. Maringá, v. 1, n. 2, p. 193-200, 2008.
- EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Witches, midwives and nurses: a history of worm healers**. Londres: Writers and Readers Publishers Cooperative, 1970.
- GORDON, I. *et al.* Oxytocin and social motivation. **Developmental Cognitive Neuroscience**. Amsterdam, v. 1, i. 4, p. 471-493, 2011.
- HANDLIN, L. **Human-human and human-animal interaction: some common physiological and psychological effects**. 2010. Thesis (Doctoral) - Swedish University of Agricultural Sciences, Skara, 2010.
- HEUSER, C.C. *et al.* Tachysystole in term labor: incidence, risk factors, outcomes, and effect on fetal heart tracings. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. Chicago, v. 209, i. 1, p. 32e1-32e6, 2013.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP). **Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial**. ISMP Brasil, v. 4, n.3., 2015.

JORDAN, B. Authoritative Knowledge and its construction. In: FLOYD, R.E.; SARGENT, C. **Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives**. Los Angeles: University of California Press, p. 55-79, 1997.

LALE SAY, D.C. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet**. Chicago, v. 2, p. 323-331, 2014.

LEAL, M.C. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, s. 1, p. s17-s32, 2014.

MAIA, M.B. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos** profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. 2008. 189 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MARQUES, E. A mercantilização da saúde. **Enfrentamento**. Goiânia: ano 11, n. 19, jan/jun. 2016.

MENÉNDEZ, E.L. Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: Organización Panamericana de la Salud. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washigton D.C.: OPS, p. 103-122, 1992.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

O'DRISCOLL, K.; STRONGE, J.M.; MINOGUE, M. Active management of labor. **British Medical Journal**. London, v. 3, p. 135-137, 1973.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Recomendaciones de la OMS para la conduccion del trabajo de parto**. 2015

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília: 2010.

RAGUSA, A.; SVELATO, A. Oxytocin and customization of assistance in labor. **Journal of Pediatric and Neonatal Individualize Medicine**. Cagliari, v.3, i. 1, 2014.

SANDALL J., *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. London: Issue 4, 2016.

SIMON, G. *eta al.* Association of Autism With Induced or Augmented Childbirth in North Carolina Birth Record (1990-1998) and Education Research (1997-2007) Databases. **JAMA Pediatrics**. 2013. Available at: <<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1725449&resultClick=3>> Last Access: 12 feb. 2014

SIMPSON, K.R., KNOX, E. Oxytocin as a high-alert medication: implication for perinatal patient safety. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**. v. 34, n. 1, 2009.

SYNTOCINON (OCITOCINA). Responsável técnico Flavia Regina Pegorer. São Paulo: Novartis Biociências S.A., 2015. Bula de remédio.

THE AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (ACOG). **Optimizing protocols in obstetrics: oxyocin for induction**. series 1, New York: 2011.

_____. **Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery**. New York: 2014.

VIEIRA, E.M. História, política, conceitos: a medicalização do corpo feminino - Parte I. In: GIFFIN, K., COSTA, S.H., orgs. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

WEISMAN, O et al. Oxytocin-augmented labor and risk for autism in males. **Behavioural Brain Research**. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: 1996.