

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

DÉBORA FRANÇOES PORTO
SERISE AMARAL PEQUENO

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO
DAS PARTURIENTES QUE PARIRAM DE
PARTO VAGINAL E SEUS RECÉM-NASCIDOS
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA
2018

DÉBORA FRANÇOES PORTO
SERISE AMARAL PEQUENO

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO
DAS PARTURIENTES QUE PARIRAM DE
PARTO VAGINAL EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de bacharel
em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof.^a Dr^a Aline Teixeira Alves

BRASÍLIA
2018

DÉBORA FRANÇOES PORTO
SERISE AMARAL PEQUENO

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO
DAS PARTURIENTES QUE PARIRAM DE PARTO
VAGINAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
DISTRITO FEDERAL

Brasília, 02/ 07 /2018

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Aline Teixeira Alves
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientadora

Prof.^a Dr.^a. Juliana de Faria Fracon e Romão
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

M.^a. Albênica Paulino dos Santos Bontempo
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória

Este trabalho é dedicado aos nossos pais, Ivo e Ione; Marcel e Adriana por acreditarem no nosso potencial e nos apoiar em todas nossas decisões ao longo dessa graduação.

AGRADECIMENTOS (Débora Porto)

O caminho foi longo e árduo, cada obstáculo vencido me fez mais forte e a conquista mais relevante!

Outro ciclo se encerra, e é com muita alegria que celebro essa conquista de estar me formando na Universidade de Brasília.

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Ivo e Ione, por estarem sempre comigo incentivando a busca dos meus sonhos, com muito amor e carinho. Agradeço ao meu irmão, Rafael, cada vez mais meu amigo.

À minha família, principalmente, Vó Mimi, Vô Milton e Vó Ena, guerreiros e fontes de inspiração. Às minhas madrinhas, exemplo de mulheres fortes.

Agradeço à minha amiga Serise, por estar na minha vida há tanto tempo, e mais uma vez ser minha parceira nessa jornada incrível.

Às amigas Maria Gabriela de Mattos, Carolina Baushcpiess e Luiza Saboya, por estarem ao meu lado em qualquer situação.

Agradeço a University of the West of England - Bristol, pelo período que eu passei lá, me fez crescer em tantos âmbitos e me fez conhecer pessoas maravilhosas que eu guardarei para sempre, em especial aos meus amigos do Hollies.

Agradeço à Deus por mais esta oportunidade!

Por fim, agradeço à minha professora e orientadora Aline Teixeira Alves, por ser fonte de inspiração nessa área maravilhosa, pelos ensinamentos e principalmente por proporcionar e acreditar neste trabalho e em outras conquistas.

Obrigada!

AGRADECIMENTOS *(Serie Pequeno)*

Viver é colecionar momentos e amigos, e é com grande alegria que celebro mais uma vitória alcançada com muita dedicação.

Agradeço aos meus pais, Marcel e Adriana por todo apoio e amor me dão diariamente. Agradeço a minha irmã Lisieux por toda ajuda nesses vários anos.

Agradeço aos meus familiares, meus avós e em especial meus padrinhos, Omar e Adalgisa, por se orgulharem tanto e me incentivarem a sem cada dia melhor.

Agradeço à minha amiga Débora Porto, por estar ao meu lado sendo companheira, confiante e parceira mesmo antes da UnB.

Agradeço às minhas amigas Luiza Saboya, Raquel Alencar e Paloma Andrade por toda paciência, risadas e horas e horas de muito estudo. Não seria igual sem vocês.

Agradeço ao meu namorado, por toda paciência nas horas ausentes e por todo carinho nas horas mais difíceis.

Por fim, agradeço à minha professora e orientadora Aline Teixeira Alves, por todo ensinamento durante esses cinco anos e por acreditar e proporcionar esse trabalho de conclusão de curso.

Obrigada!

Epígrafe

*“Blackbird singing in the dead of night
Take these broken wings and learn to fly
All your life
You were only waiting for this moment to arise*

*Blackbird singing in the dead of night Take these sunken eyes
and learn to see
All your life
You were only waiting for this moment to be free.”*

(The Beatles)

RESUMO

PORTO, Débora Francoes., PEQUENO, Serise Amaral. Perfil clínico e sociodemográfico das parturientes que pariram de parto vaginal em um Hospital Universitário do Distrito Federal. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2018.

Introdução: O Brasil vem experimentando há décadas um aumento de sua população. No DF foi registrado nos últimos anos 43.340 nascidos vivos, sendo que 46% ocorrem por via de parto vaginal. O Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha para garantir a saúde materno infantil. O conhecimento de aspectos clínicos e sociodemográficos das parturientes podem influenciar na criação de portarias específicas. **Métodos:** Estudo transversal descritivo coletado no Hospital Universitário de Brasília (HUB) que analisou os dados sociodemográficos e clínicos relacionados à gestação, ao parto e aos recém-nascidos. Os dados foram coletados em prontuários hospitalares das pacientes que pariram por via de parto vaginal no período de janeiro a junho de 2017. **Resultados:** Foram analisados 275 prontuários, desses 67,27% das parturientes se consideraram parda. A idade média foi de 27 anos, 11,64% eram adolescentes, 43,27% tinham de 9 a 11 anos de escolaridade, 44,36% eram casadas, 62,55% multíparas. 88% das gestações eram a termo, 78,91% pariram na posição de litotomia, 67,27% sofreram lacerações e 90,22% dos recém-nascidos pesavam mais de 2500g. **Conclusão:** É necessário a implementação de programas para prevenção de gravidez na adolescência. Deve ser implementado programas educacionais a respeito do parto e incentivar as mulheres a parirem em posições verticais além de melhorar estratégias de prevenção de lacerações.

Palavras-chave: Gestante, Nascidos Vivos, Saúde Materno Infantil, Parto Vaginal,

ABSTRACT

PORTO, Débora Françoes., PEQUENO, Serise Amaral. Clinical and sociodemographic profile of the parturients who gave birth in a University Hospital of the Federal District. Monography (Undergraduate) - University of Brasília, Graduation in Physiotherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2018.

Introduction: Brazil has been experimenting for decades an increase in its population. In the Federal District, 43,340 live births were registered in the last years, of which 46% occurred through vaginal delivery. The Ministry of Health has created the "Stork Network" a measurement to ensure maternal and child health. Knowledge of the clinical and sociodemographic aspects of parturients can influence the creation of specific orders. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out at the Brasília University Hospital (HUB), which analyzed sociodemographic and clinical data related to gestation, delivery and newborns. Data were collected in hospital charts of patients who gave birth through vaginal delivery in the period from January to June 2017. **Results:** A total of 275 medical records were analyzed, of which 67.27% of parturients were considered brown. The mean age was 27 years, 11.64% were adolescents, 43.27% had 9-11 years of schooling, 44.36% were married, 62.55% were multiparous. 88% of the pregnancies were term, 78,91% were born in the position of litotomy, 67.27% suffered lacerations and 90.22% of the newborns weighed more than 2500g. **Conclusion:** It is necessary to implement programs to prevent pregnancy in adolescence. Educational programs regarding childbirth should be implemented and women should be encouraged to take birth in upright positions in addition to improving lacerations prevention strategies.

Key words: Pregnancy, Live births, Maternal and Child Health, Vaginal birth

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	13
2-OBJETIVO	13
2.1- OBJETIVO GERAL	13
3-METODOLOGIA	14
4-RESULTADOS	14
5-DISCUSSÃO	17
6-CONCLUSÃO.....	21
7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
8- ANEXOS.....	25
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA	25
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS

DF – Distrito Federal

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DUM – Data da Última Menstruação

FCE – Faculdade de Ceilândia

HUB – Hospital Universitário de Brasília

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG – Idade Gestacional

OMS – Organização Mundial da Saúde

SI – Sem Informação

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Análise dos dados sociodemográficos de gestantes que tiveram parto vaginal no período de janeiro a junho de 2017 em um Hospital Universitário do DF. (Página 15)

Tabela 2: Análise das variáveis clínicas coletadas no momento da admissão até o parto de gestantes que tiveram parto vaginal no período de janeiro a junho de 2017 em um Hospital Universitário do DF. (Página 16)

Tabela 3: Análise das variáveis clínicas no intercurso do trabalho de parto de gestantes que tiveram parto vaginal no período de janeiro a junho de 2017 em um Hospital Universitário do DF. (Página 17)

1-INTRODUÇÃO

O Brasil vem experimentando, há décadas, um aumento de sua população. Segundo o IBGE, em 2016, a taxa de crescimento da população em relação a 2015 foi de 1,56%, passando de 204,5 milhões para 207,7 milhões de habitantes, tendo sido registrados aproximadamente 3 milhões de nascidos vivos. O Distrito Federal (DF) atingiu a terceira classificação de capital mais populosa, com aproximadamente 2,98 milhões de habitantes, tendo registrado 43.340 nascidos vivos. A maioria dos partos que ocorrem no DF acontece em ambiente hospitalar, (98%), e destes, 46% ocorre por via de parto vaginal^{1,2,3}.

Devido à alta taxa de natalidade no Brasil e o aumento dos índices de gestações na adolescência, o Ministério da Saúde vem criando, desde 2011, estratégias como a Rede Cegonha para monitorar os indicadores de saúde e implementar novos modelos de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, focando na atenção ao parto, ao nascimento e ao desenvolvimento infantil até os dois anos de idade, para garantir à saúde materno infantil acesso, acolhimento e resolubilidade, reduzindo consequentemente as taxas de mortalidade, materno infantil. A gravidez na adolescência é um problema mundial e no Brasil é responsável por 20% dos óbitos materno infantil^{1,2,3,4}.

A gestação é um processo fisiológico que sofre influência de diversos fatores que corroboram para seu desfecho, o nascimento.⁵ De acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, fatores clínicos e epidemiológicos relacionados com a parturiente, com o momento do parto e com o recém-nascido podem influenciar um parto normal e seu desfecho. O entendimento desses fatores leva a uma melhor compreensão populacional e consequentemente a criação de estratégias governamentais como novas portarias e aplicação de suas recomendações específicas para a população.^{1,5}

O conhecimento dos aspectos maternos como idade, raça, situação conjugal e grau de escolaridade; aspectos relacionados à gestação e ao parto como paridade, idade gestacional, tempo de trabalho de parto, uso de medicações durante o trabalho de parto e posição adotada no período expulsivo, assim como relacionados ao recém-nascido como peso e comprimento são de suma importância para entendermos como essas características podem influenciar no estado de saúde materna e do recém-nascido.^{5,6}

O perfil das parturientes que são atendidas em uma determinada região é um importante indicador de um diagnóstico situacional e corrobora para um melhor planejamento de estratégias que podem ser implementadas visando melhorias na condição de saúde dessa população específica.^{5,6} Desta forma, o objetivo principal deste estudo visa descrever o perfil clínico e epidemiológico das parturientes e de seus recém-nascidos, nascidos via parto vaginal no Hospital Universitário de Brasília no período de janeiro a junho de 2017.

2-OBJETIVO

2.1- OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil clínico e sociodemográfico das parturientes e de seus recém-nascidos, nascidos via parto vaginal no Hospital Universitário de Brasília no período de janeiro a junho de 2017.

3-METODOLOGIA

Estudo transversal descritivo que teve como área de coleta o Hospital Universitário de Brasília (HUB), localizado no Plano Piloto - DF. Foram coletados os dados de gestantes que tiveram parto vaginal no período janeiro a junho de 2017. Os dados foram coletados em prontuários hospitalares das pacientes, utilizando nome completo e número de registro das pacientes para encontrá-las no sistema. Como critério de elegibilidade da pesquisa, foi adotado a análise de todos os prontuários das gestantes que tiveram parto vaginal no HUB e, como critério de exclusão dos prontuários, foi adotado os erros de preenchimento, letras não legíveis e/ou dados em branco.

Para os dados sociodemográficos foram utilizados: idade, escolaridade, estado civil, paridade (número de gestações, partos e abortos), raça e se havia acompanhante no momento do parto. As variáveis clínicas analisadas no momento da admissão no hospital foram: idade gestacional em semanas completas, dilatação (zero a 10), tempo de contração e tempo de trabalho de parto até o parto. E as variáveis clínicas no intercurso do trabalho de parto foram: uso de medicações como ocitocina, misoprostol, medicações para alívio da dor e anestésias, necessidade de parto instrumental (fórceps e/ou vácuo-extrator), posição adotada no período expulsivo (registrada no prontuário), presença ou não de laceração, com sua graduação e/ou episiotomia com seu respectivo local, peso, perímetro cefálico e comprimento do recém-nascido.

A análise de dados foi feita utilizando a estatística descritiva, com emprego de frequências absolutas e percentual, sendo demonstramos em tabelas divididas em variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas na admissão do parto e variáveis clínicas no intercurso do parto.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE), pelo número de parecer CAAE 80704617.5.0000.8093, sendo iniciado após a devida aprovação. Como o estudo tem base em dados secundários, foi solicitado a isenção de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4-RESULTADOS

No período de janeiro a junho de 2017 ocorreram 275 partos por via vaginal no Hospital Universitário. Dos 275 prontuários de mulheres analisados, 3 foram excluídos pois não havia nenhuma informação a respeito do parto.

A média da idade das 272 mulheres que tiveram parto vaginal foi de 27 anos ± 7 anos. Dessas, 204 (74,18%) tinham idade entre 20 e 35 anos, 35 (12,73%) tinham idade maior ou igual a 36 anos, e 32 (11,64%) eram adolescentes com idade entre 14 e 19 anos.

Na tabela 1 apresentam-se as características sociodemográficas das parturientes, observou-se que a cor parda foi a mais frequente (67,27%), seguido pela cor branca (15,64%). Das 272 parturientes, menos de 50% tiveram acompanhante durante o parto, acompanhante este que poderia ser qualquer pessoa que a parturiente escolhesse, não caracterizando necessidade de relação assumida em lei ou grau de parentesco. Das 100 parturientes que tiveram acompanhante durante o parto, observou-se o registro de acompanhantes como marido, mãe, amiga, doula, irmã e sogra.

Em relação ao grau de escolaridade, quase metade das parturientes (43,27%) tinha entre 9 e 11 anos completos de estudo concluídos e 65 prontuários (23,64%) não apresentavam a informação de grau de instrução preenchida. Quanto à situação conjugal

44,36% das parturientes se declararam casadas, 42,55% se declararam solteiras e 10,91% declararam estar em outro tipo de relação conjugal sem classificação.

Quanto às informações em relação aos dados clínicos coletados, observou-se na tabela 1 que mais de 60% das parturientes eram múltiparas e houve apenas uma gestação múltipla (gemelar).

Tabela 1:

Análise dos dados sociodemográficos de gestantes que tiveram parto vaginal no período de janeiro a junho de 2017 em um Hospital Universitário do DF.

Variável	n	%	Variável	n	%
Idade			Grau de Instrução		
14 a 19	32	11,64	0 anos	1	0,36
20 a 35	204	74,18	1 a 8	37	13,45
≥ 36	35	12,73	9 a 11	119	43,27
SI	4	1,45	≥ 12	53	19,27
Total	275	100	SI	65	23,64
			Total	275	100
Raça			Estado Civil		
Parda	185	67,27	Casada	122	44,36
Branca	43	15,64	Solteira	117	42,55
Preta	14	5,09	Divorciada	2	0,73
Amarela	14	5,09	Outro	30	10,91
Outro	10	3,64	SI	3	1,09
SI	9	3,27	Total	275	100
Total	275	100			
Acompanhante			Paridade		
Sim	100	36,36	Primíparas	100	36,36
Não	172	62,55	Múltiparas	172	62,55
SI	3	1,09	SI	3	1,09
Total	275	100	Total	275	100

n: Número de parturientes; % percentual; O grau de instrução foi coletado correspondente aos anos completos de estudo. A raça e o estado civil foram autodeclaradas. SI: prontuários sem a informação coletada.

Na tabela 2 observa-se os dados clínicos coletados no momento de admissão das parturientes para o parto. A idade gestacional foi calculada de acordo com a data da última menstruação (DUM) e mais de 85% das gestações estavam entre 37 semanas e 42 semanas de gestação, 60,36% estavam com dilatação entre 4 e 8 cm e 63,27% estavam com contrações fortes de acordo com o partograma.

A integridade do saco amniótico foi analisada durante todo o trabalho de parto, sendo que 194 parturientes tiveram a rotura espontânea e foi necessário realizar amniotomia em 18,91% dos partos.

Tabela 2:

Análise das variáveis clínicas coletadas no momento da admissão até o parto de gestantes que tiveram parto vaginal no período de janeiro a junho de 2017 em um Hospital Universitário do DF.

Variável	n	%	Variável	n	%
Idade Gestacional (IG)			Saco Amniótico		
Prematuro Extremo	1	0,36	Rotura Espontânea	194	70,55
Pré Termo	28	10,18	Aminiotomia	52	18,91
Termo	242	88	Bolsa Integra	17	6,18
SI	4	1,45	SI	12	4,36
Total	275	100	Total	275	100
Tempo de contração			Dilatação		
0 seg.	7	2,55	< 4cm	75	27,25
1-19 seg.	6	2,18	4 a 8cm	166	60,36
20-39 seg.	70	25,45	≥ 9cm	29	10,55
≥40 seg.	174	63,27	SI	5	1,82
SI	18	6,55	Total	275	100
Total	275	100			

n: Número de parturientes; % percentual; A idade gestacional foi calculada de acordo com a data da última menstruação (DUM). Prematuro Extremo (IG ≤ a 25 semanas); Pré Termo (IG < a 37 semanas); Termo (IG 37 a 42 semanas). SI: prontuários sem a informação coletada.

A tabela 3 mostra os dados clínicos do parto, observa-se que apenas 20 parturientes (7,27%) receberam algum tipo de anestesia, dentre elas, foram registradas anestésias: local (2,18%), peridural (1,09%), raquimedular (3,27%) e uma combinação das duas últimas (0,73%).

A ocitocina foi usada em 34,18% dos partos, o misoprostol em apenas 9,45%, enquanto que outras medicações para medidas analgésicas ou de suplementação, que incluem dipirona, sulfato ferroso, tenoxicam e metoclopramida foram utilizadas em 93,45% dos casos.

A posição mais encontrada foi a de litotomia, utilizada em 78,91% dos partos. Houve a necessidade de realizar 2 partos instrumentais, um utilizando fórceps e um utilizando vácuo-extrator, totalizando 0,72% da amostra. A média de tempo para o trabalho de parto, desde o momento da admissão até a sua resolução foi de 5 horas e 29 minutos ± 4 horas e 19 minutos.

A laceração esteve presente em 185 partos (67,27%). Das 185 lacerações, 91 foram classificadas como grau 1 (49,19%), 91 como grau 2 (49,19%) e 3 como grau 3 (1,64%). A episiotomia foi realizada em apenas 5,09% dos partos.

Dos 273 recém-nascidos assistidos no pós-parto, 244 tiveram o peso maior ou igual a 2500g, sendo o maior com 4280g, e 2 tiveram o peso menor ou igual a 999g, sendo o menor com 765g. A média de estatura dos 273 recém-nascidos foi de 47, 81 ± 3,78 cm.

Tabela 3:

Análise das variáveis clínicas no intercurso do trabalho de parto de gestantes que tiveram parto vaginal no período de janeiro a junho de 2017 em um Hospital Universitário do DF.

Variável	n	%	Variável	n	%
Posição			Grau de laceração		
Litotomia	217	78,91	1º grau	91	49,19
Banqueta	26	9,45	2º grau	91	49,19
Semi Deitada	11	4	3º grau	3	1,64
Quatro Apoios	3	1,09	4º grau	0	0
Decúbito Lateral	2	0,73	Total	185	100
Cócoras	2	0,73	Peso Recém Nascido		
Ortostática	1	0,36	≥ 2500g	249	90,22
SI	13	4,73	1500- 2499g	17	6,16
Total	275	100	1000- 1499g	0	0
Laceração			≤ 999g	2	0,72
Sim	185	67,27	SI	8	2,9
Não	83	30,18	Total	276	100
SI	7	2,55			
Total	275	100			

n: Número de parturientes; % percentual; As posições foram escritas exatamente como nos prontuários. SI significa prontuários sem a informação coletada

5-DISCUSSÃO

Objetivando descrever o perfil clínico e sociodemográfico das parturientes e de seus recém-nascidos, nascidos via parto vaginal no Hospital Universitário do DF no período de janeiro a junho de 2017, através da coleta de dados via prontuários hospitalares, o presente estudo revelou um perfil de mulheres jovens, sem altas taxas de gestações na adolescência, mulheres com grau de instrução correspondente em sua maioria ao atual ensino médio, partos com o mínimo de intervenções possíveis, nascimentos a termo e nascidos vivos com peso de baixo risco. Dados que estão em semelhança com os apresentados pelos Indicadores de Saúde de Estatísticas Vitais do DF e com as recomendações preconizadas atualmente pelo Ministério da Saúde.^{1,3}

A prevalência de faixa etária das parturientes que pariram no Hospital Universitário, no período de janeiro a junho de 2017, encontravam-se entre 20- 35 anos, um resultado semelhante ao encontrado em outros estudos descritivos.^{5,7,8} Santos et al.⁷ em 2017 realizaram um estudo semelhante no estado do Piauí e obtiveram resultados semelhantes, em que 69% dos partos ocorreram com parturientes com faixa etária entre 20 -34 anos.⁷

Barbosa, et al.⁵ e Ferreira, Peloso⁸ também obtiveram resultados que corroboram com o presente estudo, apresentando porcentagem dessa faixa etária em 69,3% e 63,5%, respectivamente. Em 2016 no DF, 69,38% dos partos ocorreram com parturientes com a mesma faixa etária, mostrando que esses resultados se repetem em diferentes regiões e ao longo dos anos.^{3,5,8}

A prevalência de mães adolescentes no presente estudo (11,64%) encontra-se em consonância com a média do DF de 2016, em que 11,90% das parturientes estavam na faixa etária entre 14 e 19 anos.³ Em 2014, a média nacional de mães adolescentes que foi de 18,9%, mostrando uma lenta diminuição desse percentual com o passar dos anos.³

Mesmo com um índice que pode ser considerado baixo para a gravidez na adolescência, é importante a indicação de estratégias previstas na Rede Cegonha visando a melhora da assistência à saúde materno infantil, visto que a idade materna pode ser um condicionante que influencia nas condições de nascimento e nas condições de saúde tanto do bebê quanto da própria puérpera.^{4,6} Segundo estudo realizado pela OMS, a gravidez na adolescência apresenta maior risco de desenvolvimento de intercorrências na gestação, como pré-eclampsia, eclampsia, hemorragia pós-parto, endometriose puerperal, infecções sistêmicas, parto prematuro, baixo peso do recém-nascido ao nascer e outras condições graves neonatais além da alta taxa de mortalidade do recém-nascido.^{9,10}

Os dados de raça/cor materna deste estudo constataram a prevalência da cor parda seguida da cor branca, sequência também encontrada quando comparada às parturientes do DF do ano de 2016, sendo 46,46% e 24,22% respectivamente. Ainda assim o dado deve ser comparado com o dado demográfico da população residente do país, que segundo dados do IBGE de 2016 é de 46,7% de pardos e 44,2% de brancos.^{1,2}

Menos da metade das parturientes deste estudo tiveram acompanhamento de alguém da sua escolha durante o período de internação no hospital para o parto. Um estudo demonstrou que mulheres que recebem apoio contínuo durante o trabalho de parto têm menores chances de serem submetidas a cesáreas e diminuem o tempo de trabalho de parto.¹¹ Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal elaborado pelo Ministério da Saúde em 2017, durante o pré-natal a mulher deve ser informada sobre o direito de escolha a um acompanhante para apoio durante o trabalho de parto e o parto.¹

O grau de instrução da parturiente é visto como um indicador de condição social, já que um maior nível de escolaridade propicia à facilidade de emprego e a possibilidade de melhora do grau socioeconômico familiar, também sendo considerado fator de risco obstétrico, visto que o menor grau de instrução pode dificultar o entendimento das ações de educação em saúde.^{5,8,12} Além disso, o Caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2012, considera que a escolaridade da mãe sendo menor que 5 anos completos de estudo regular, é um fator de risco gravidez.¹³

O presente estudo obteve uma maioria de mulheres (43,27%) com a escolaridade entre 9 e 11 anos de estudos completos regulares, estando em concordância com o último dado do DF do ano de 2016, que de todas as parturientes da região, 48,36% apresentavam grau de escolaridade entre 8 e 11 anos de estudos completos regulares.¹

Quanto à situação conjugal o percentual encontrado neste estudo divergiu tanto dos dados das parturientes do DF de 2016, quanto de outros estudos semelhantes. No DF a porcentagem das parturientes casadas era de 39,46% e de solteiras 43,47%.¹ No estudo de Barbosa, et al.⁵ a porcentagem de parturientes casadas era de 34,4% e de solteiras de 25,4%.⁵ A importância de se ter um companheiro se dá quanto a situação de

estabilidade econômica e psicológica/emocional dessa mulher durante esse importante momento.^{5,7,8}

Em relação a paridade a maioria das parturientes deste estudo são multíparas com 62,55%, o que diverge de outros estudos semelhantes que apresentaram a porcentagem de parturientes multíparas inferior ou igual a 50%.^{5,8}

A duração da gestação é medida a partir do primeiro dia do último período menstrual normal de acordo com o método Capurro e pode ser classificada como pré termo, termo e pós termo. No subgrupo de pré-termo encontra-se os partos que ocorrem com menos de 37 semanas completas de gestação, seguido pelo subgrupo termo que estão os partos que ocorrem entre 37 e 42 semanas de gestação e por fim, o subgrupo pós termo, onde caracterizado pelos partos que ocorrem com mais de 42 semanas de gestação.¹⁴

A idade gestacional foi classificada como termo em 88% dos partos analisados neste estudo, dado que apresenta concordância com os dados de parturientes do DF de 2016, com 87,18% e com outros estudos semelhantes que obtiverem o percentual de parto a termo entre 87 e 95%.^{1,5,6,7,8}

A dilatação do colo cervical é um dos indicativos da fase de parto. O trabalho de parto ativo é determinado quando se atinge 4cm de dilatação e o início do período expulsivo quando se obtém 10cm de dilatação.¹ No estudo, 60,36% das parturientes deram entrada no hospital em trabalho de parto ativo e 27,25% foram admitidas para internação com menos de 4 cm de dilatação, aumentando assim o tempo de internação e aumentando o risco da necessidade de intervenções médicas durante o trabalho de parto.

As diretrizes nacionais de assistência ao parto, fomentada pelo ministério da saúde, preconiza que parturientes com menos de 4 cm de dilatação devem ser encorajar e aconselhar a permanecer ou retornar para casa, levando em consideração as suas preocupações, a distância entre a sua casa e o local do parto e o risco deste acontecer sem assistência, entretanto as internações devem ser realizadas se houver risco para a gestante e/ou para o bebê como em casos de contrações muito dolorosas, rotura espontânea do saco amniótico, qualquer sangramento vaginal e diminuição dos movimentos fetais.¹

As parturientes sem condições clínicas para retornar a suas casas, podem ser indicadas a indução do parto. O parto induzido consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas antes de seu início espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto. Esta prática é recomendada para mulheres a partir da 22ª semana de gestação com o objetivo de promover o parto vaginal. A indução pode ser realizada com manobras mecânicas como a amniotomia ou métodos farmacológicos.¹⁵

Em relação à integridade do saco amniótico, 70,55% das parturientes tiveram rotura espontânea antes ou durante a internação hospitalar, entretanto, 18,91% das parturientes realizaram a amniotomia, porcentagem baixa quando comparado com o estudo de Lobo et al¹⁶ que evidenciou nos resultados a prática de amniotomia sendo realizada em 62,6% das parturientes.¹⁶

A amniotomia é um procedimento utilizado na prática moderna da obstetrícia com o objetivo de acelerar as contrações uterinas e reduzir a duração do período de dilatação. O Ministério da Saúde preconiza que a intervenção não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem, desta forma, entende-se que aproximadamente 18% das parturientes tiveram uma má progressão do trabalho de parto e sugere-se a implementação de uma equipe multiprofissional para assegurar medidas não farmacológicas que possam ser realizadas nas parturientes em todo o trabalho de parto.^{1,15}

Os métodos farmacológicos para indução do parto mais utilizados atualmente são a ocitocina e as prostaglandinas, em especial o misoprostol.¹⁵ No presente estudo, a ocitocina foi usada em 34,18% dos partos, o misoprostol em apenas 9,45%. Oliveira et al¹⁷ realizou um estudo com nulíparas e concluiu que o misoprostol é mais eficaz quando combinado com o uso da ocitocina.¹⁷ Outro estudo mostrou que o a ocitocina e o misoprostol foram utilizados em 52% e 48% das parturientes respectivamente.¹⁸

A anestesia é uma medida recomendada pelo Ministério da Saúde para alívio e promover uma melhor evolução do trabalho de parto, seu uso deve ser realizado com cautela.¹ Nesse estudo, 7,27% das parturientes tiveram indicação médica para realizar anestesia, seja ela peridural, raquimedular, local ou até mesmo a combinação delas. Dessas, 1,44% foram realizadas devido à necessidade de se realizar um parto instrumental, como preconizado pelo Ministério da Saúde.¹ Os partos instrumentais foram realizados com a justificativa de tempo de trabalho de parto prolongado.

No presente estudo a média de tempo do trabalho de parto foi de 5 horas e 29 minutos ficando abaixo da média de tempo de outro estudo que demonstrou que usualmente o tempo de trabalho de parto dura em média de 8 à 12 horas, entretanto, ressalta-se que o tempo de trabalho de parto foi calculado a partir do momento da admissão hospitalar, desta forma algumas parturientes estavam no período expulsivo, enquanto outras realizaram indução. Ressalta-se também que esse fator é de extrema variabilidade entre mulheres e entre gestações.¹⁹

O Ministério da Saúde e a OMS preconizam que a mulher deve ter a autonomia de escolher qual posição adotar durante o trabalho de parto, sendo que, no segundo estágio do trabalho de parto, ela deve ser encorajada a permanecer em posições verticais a fim de prevenir traumas perineais.²⁰ A posição de litotomia foi a com maior prevalência no estudo, sendo registrada em 78,91% dos prontuários, seguida da posição na banqueta, registrada em 9,45%.^{1,21,22}

O trauma perineal é definido como qualquer lesão em região genital que ocorre durante o parto. As lacerações são traumas perineais que ocorrem de forma espontânea e podem ser graduadas de primeiro a quarto grau enquanto as episiotomias são traumas perineais provocados com incisão cirúrgica na região da vulva durante o trabalho de parto a fim de prevenir uma laceração de terceiro e quarto grau.²³ No presente estudo, 67,27% das parturientes sofreram lacerações de primeiro a terceiro grau, resultado divergente com outros estudos o qual 30,7% das parturientes sofreram lacerações de primeiro ou segundo grau.¹⁶ A alta prevalência de lacerações de primeiro, segundo e terceiro grau nesse estudo pode estar relacionada a alta prevalência de partos realizados na posição de litotomia.

Neste estudo o procedimento de episiotomia foi realizado em apenas 5,09% dos partos, resultado divergente com outros autores que evidenciaram a prática de episiotomia foi realizada em 25,7% dos partos.¹⁶ A episiotomia é descrita como um procedimento praticado rotineiramente de forma inadequada.²⁴ De acordo com as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, tal prática não deve ser realizadas como prática de rotina de parto vaginal espontâneo, e quando realizada, a prática deve ser prontamente justificada, recomendada ainda a realização em área médio-lateral direita, com ângulo de eixo vertical entre 45° e 60° graus.¹

Sobre o peso ao nascer o dado obtido de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2500g foi de 90,22%, em consonância com o dado apresentado por Santos et al⁷ (92,2%) e com o dado de parturientes do DF de 2016 (90,58%).^{3,7} Apresentando assim um índice consideravelmente baixo de recém-nascidos classificados com baixo peso de alto risco. O peso do recém-nascido pode ser classificado de acordo com os riscos ao

nascer, sendo considerado de alto risco peso menor que 2000g ou maior que 4000g, médio risco peso entre 2000g e 2500g, e de baixo risco peso entre 2500g e 4000g.²⁵

O estudo possibilitou o delineamento das características clínicas e sociodemográficas das parturientes, dados que são de suma importância para a qualidade de assistência à saúde. Pontua-se como principal limitação do estudo o número pequeno de prontuários analisados, pois pode não representar o perfil clínico e sociodemográfico das mulheres que pariram de parto vaginal no HUB. Ressalta-se ainda a escassez de literatura semelhante pertinente ao tema deste estudo no DF, o que de certa forma impossibilita uma discussão mais primorosa quanto ao objetivo da pesquisa.

6-CONCLUSÃO

O perfil das parturientes atendidas foi de mulheres jovens, pardas, casadas, com escolaridade mediana, sem acompanhante durante o parto, múltíparas, com IG a termo, rotura espontânea do saco amniótico, contrações maiores de 40 segundos, dilatação entre 4 e 8 cm, parindo de litotomia, com laceração grau 1 ou 2, e recém-nascidos com peso maior ou igual à 2500g.

Deve ser implementado programas educacionais e de conscientização a respeito do parto para incentivar as mulheres a parirem em posições verticais além de melhorar estratégias de prevenção de lacerações.

A caracterização do perfil clínico e sociodemográfico dos partos normais nos atendimentos de um Hospital Universitário do DF pode fomentar e respaldar profissionais de saúde atuantes da área, gestores, autoridades do hospital e políticos na discussão, tomadas de decisão e criação de novos protocolos que possam contribuir na prestação de assistência ao parto de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde e OMS.

7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SAUDE, M. DA; CONITEC. Diretrizes nacionais de Assistência ao Parto Normal 2017. [Internet]. 2018 [citado 2018 jun 2017]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Dados Populacionais 2016 [Internet]. 2016 [citado 2018 fev 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
3. SAUDE, M (BR). Datasus. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Populacional [Internet]. 2018 [citado 2018 jun 2016]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936>
4. Ministério da Saúde. *Rede Cegonha*. 2011c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816. Acesso em: maio 2018.
5. BARBOSA, Elaine Marcelina et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 18, n. 2, 2017.
6. RODRIGUES, Anna Héllen et al. Obstetrical profile of pregnant women treated at a public hospital in the state of Ceará, Brazil/Perfil obstétrico de parturientes atendidas em um hospital público do interior do estado do Ceará, Brasil/Obstétrica perfil de las mujeres embarazadas.. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 4, n. 4, p. 29-34, 2015.
7. DOS SANTOS, Gleyson Moura et al. Análise do Perfil das Puérperas e dos nascidos vivos em um estado do nordeste Brasileiro. **Revista Uningá Review**, v. 31, n. 1, 2018.
8. FERREIRA DA SILVA, Gisele; PELLOSO, Sandra Marisa. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, 2009.
9. World Health Organization (WHO). *Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope*. Geneva: WHO Document Production Services; 2006.

10. GANCHIMEG, T. et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. s1, p. 40-48, 2014.
11. FRUTUOSO, L. D.; BRÜGGEMANN, O. M. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 909–917, 2013.
12. SPINDOLA, Thelma; GARCIA PENNA, Lúcia Helena; PROGIANTI, Jane Márcia. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 3, 2006.
13. SAUDE, M. A. Caderno de Atenção Básica; Atenção ao pré-natal de baixo risco 2012. [Internet]. 2018 [citado 2018 jun 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
14. SAUDE, M. A. Definições DATASUS 2008. [Internet] 2018 [citado 20018 maio 2008]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>
15. QUITOLINA SCAPIN, Soliane et al. INDUÇÃO DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: MÉTODOS E DESFECHOS. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 1, 2018.
16. LOBO, Sheila Fagundes et al. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 812-818, 2010.
17. OLIVEIRA, Juliana Martins et al. ESTUDO DO USO DA MEDICAÇÃO MISOPROSTOL EM UM HOSPITAL DO INTERIOR PAULISTA PARA INDUÇÃO DO PARTO NORMAL. **Revista UNIFEV: Ciência & Tecnologia**, v. 3, p. 283-293, 2017.

18. SAMPAIO, Zuleika Studart et al. Fatores associados ao parto vaginal em gestantes de alto risco submetidas à indução do parto com misoprostol. **RBGO**, v. 26, n. 1, 2004.
19. BIO, E. R. **Intervenção fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto**. 2007. 124 f. Tese (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Care in Normal Birth: a practical guide. **Journal of Chemical Information and Modeling**, v.53, n.9, p. 1689-1699, 1996.
21. BARACHO, S. M. et al. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n. 4, p. 409–414, 2009.
22. CALAIS-GERMAIN, B.; PARÉS N.V. Análise das principais posições de parto. In: _____. **A pelve feminina e o parto: Compreendendo a importância do movimento pélvico durante o trabalho de parto**. São Paulo: Manole, 2013. p. 115-147
23. TORRES, I.M.; RETT, M.T.; LEMOS. A. Atuação Fisioterapêutica no Puerpério Imediato. In: LEMOS, A. **Fisioterapia Obstétrica Baseada em Evidências**. Rio de Janeiro: MeedBook, 2014. p. 371-382.
24. VIEIRA, Flaviana et al. Scientific evidence on perineal trauma during labor: Integrative review. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, 2018.
25. SAUDE, M. DA. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido**, 2014.

8-ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA

Escopo e política

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade intelectual da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo.

Avaliação dos manuscritos:

Os manuscritos submetidos à revista são recebidos pelo Escritório Editorial, que realiza a conferência das documentações obrigatórias, bem como analisa se as normas editoriais contidas nas Instruções aos Autores foram cumpridas. Se o processo estiver em conformidade, o manuscrito será enviado ao Editor-Chefe que fará uma avaliação de mérito do manuscrito submetido. Se o Editor-Chefe concluir que o trabalho está em condições científicas e técnicas favoráveis, o manuscrito será encaminhado aos Editores Associados, que, por sua vez, designarão pareceristas (processo *double mind*) para avaliar o trabalho. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações sugeridas no prazo solicitado. Ao resubmeter o manuscrito, as correções solicitadas devem estar em destaque no texto (grifadas em amarelo). Em casos de não concordância com as sugestões, inclua as observações nos balões comentários. Seja assertivo e pontual com a inquirição, inclusive sustentando a hipótese com referências.

IMPORTANTE! Os Autores devem cumprir os prazos, visto que o não atendimento resultará atraso de sua publicação ou até mesmo no arquivamento do processo. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho, exceto quando o manuscrito estiver aceito para publicação. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Preparando um manuscrito para submissão

Documentos obrigatórios para submissão
Ao submeter um manuscrito à RBGO anexe os documentos listados abaixo na plataforma de submissão ScholarOne. Cabe ressaltar que o não encaminhamento resultará no cancelamento do processo submetido. Documentação obrigatória para a submissão online:

- Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada) [Modelo](#);
- Em conformidade com o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, no Brasil, pesquisas envolvendo seres humanos necessitam informar o número do registro referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) ou o número do parecer de aprovação da pesquisa (CEP/CONEP) no Comitê de Ética. Manuscritos internacionais devem apresentar a documentação ética local para seguirem no processo de submissão;
- Carta de Apresentação (Cover Letter): deverá ser redigida com o propósito de justificar a publicação. Deve-se identificar os autores, a titulação da equipe que pretende publicar, instituição de origem dos autores e a intenção de publicação;
- Página de Título;
- Manuscrito.

Página de Título

- Título do manuscrito, no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;
- Nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis);
- Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);
- Afiliação Institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Conflitos de interesse: os autores devem informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;
- **Agradecimentos:** os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RBGO, para os autores Brasileiros, solicita que os financiamentos das agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras, sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas.
- **Contribuições:** conforme os critérios de autoria científica do [International Committee of Medical Journal Editors](#) (ICMJE), o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente: 1. Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Manuscrito

Instruções

aos

Autores

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia publica as seguintes categorias de manuscritos:

Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.

Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos

novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada.

Artigos de Revisão, incluindo *comprehensive reviews* metanálises ou revisões sistemáticas. Contribuições espontâneas são aceitas. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo e conclusões. Ver a seção "Instruções aos Autores" para informações quanto ao corpo do texto e página de título;

Cartas ao Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente;

Editorial, somente a convite do editor.

Título

Ao escrever um artigo científico, o pesquisador deve se atentar na elaboração do título do manuscrito. O título é o cartão de visitas de qualquer publicação. Deve ser elaborado com muito cuidado e de preferência escrito apenas após a finalização do artigo. Um bom título é aquele que descreve adequadamente o conteúdo do manuscrito. Geralmente, ele não é uma frase, pois não contém o sujeito, além de verbos e objetos arranjados. Os títulos raramente devem conter abreviações, fórmulas químicas, adjetivos acessivos, nome de cidades entre outros. O título dos manuscritos submetidos à RBGO deve conter no máximo 18 palavras.

Resumo

O resumo deve fornecer o contexto ou a base para o estudo e deve estabelecer os objetivos do estudo, os procedimentos básicos, os principais resultados e as principais conclusões. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Pelo fato de os resumos serem a única parte substantiva do artigo indexada em muitas bases de dados eletrônicas, os autores devem cuidar para que os resumos reflitam o conteúdo do artigo de modo preciso e destacar. No Resumo não utilize abreviações, símbolos e referências. No caso de artigos originais oriundos de ensaios clínicos, os autores devem informar o número de registro ao término da redação.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original

Os resumos dos artigos originais submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em quatro seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.

Métodos: Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo.

Resultados: O que foi encontrado, o achado principal e, se necessário, os achados

secundários.

Conclusão: O que foi concluído; a resposta para a questão formulada.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo de revisão sistemática

Dentre os itens a serem incluídos, estão o objetivo da revisão à pergunta formulada, a fonte de dados, os procedimentos de seleção dos estudos e de coleta de dados, os resultados e as conclusões. Os resumos dos artigos de revisão sistemática submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em seis seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: Declarar o objetivo principal do artigo.

Fontes dos dados: Descrever as fontes de dados examinadas, com datas, termos de indexação e limitações inclusive.

Seleção dos estudos: Especificar o número de estudos revisados e os critérios empregados em sua seleção.

Coleta de dados: Resumir a conduta utilizada para extrair os dados e como ela foi usada.

Síntese dos dados: Expor os resultados principais da revisão e os métodos empregados para obtê-los.

Conclusões: Indicar as conclusões principais e sua utilidade clínica.

Resumo informativo, do tipo não estruturado, de artigos de revisão, exceto revisão sistemática e estudos de caso

Deve conter a essência do artigo, abrangendo a finalidade, o método, os resultados e as conclusões ou recomendações. Expõe detalhes suficientes para que o leitor possa decidir sobre a conveniência da leitura de todo o texto (Limite de palavras: 150).

Palavras-chave

As palavras-chave de um trabalho científico indicam o conteúdo temático do texto que representam. Dentre os objetivos dos termos mencionados considera-se como principais a identificação do conteúdo temático, a indexação do trabalho nas bases de dados e a rápida localização e recuperação do conteúdo. Os sistemas de palavras-chave utilizados pela RBGO são o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – Indexador Lilacs) e o MeSH (Medical Subject Headings – Indexador MEDLINE-PubMed). Por gentileza, escolha cinco descritores que representem o seu trabalho nestas plataformas.

Corpo do manuscrito (Os manuscritos submetidos à RBGO devem possuir no máximo 4000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências)

Introdução

A seção **Introdução** de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para

entender a investigação e a justificativa de sua realização. O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação. O objetivo de pesquisa normalmente tem um foco mais preciso quando é formulado como uma pergunta. Tanto os objetivos principais quanto os secundários devem estar claros e quaisquer análises em um subgrupo pré-especificados devem ser descritas; dar somente referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado.

Métodos

Métodos, segundo o dicionário Houaiss, “é um processo organizado, lógico e sistemático de pesquisa”. Método compreende o material e os procedimentos adotados na pesquisa de modo a poder responder à questão central de investigação. Estructure a seção Métodos da RBGO iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e a época em que se desenrolou); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (se houver) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação. Ao pensar na redação do delineamento do estudo reflita se o delineamento é apropriado para alcançar o objetivo da investigação, se a análise dos dados reflete o delineamento e se foi alcançado o que se esperava com o uso daquele delineamento para pesquisar o tema. A seguir os delineamentos utilizados em pesquisa clínica ou epidemiológica e que deverão constar na seção Métodos do manuscrito enviado à RBGO:

Tipos de estudo (adaptada de Pereira, 2014*):

Relato de Caso (Estudo de Caso): Investigação aprofundada de uma situação, na qual estão incluídas uma ou poucas pessoas (de 10 ou menos usualmente);

Série de Casos: Conjunto de pacientes (por exemplo, mais de 10 pessoas) com o mesmo diagnóstico ou submetidos a mesma intervenção. Trata-se, em geral, de série consecutiva de doentes, vistos em um hospital ou em outra instituição de saúde, durante certo período. Não há grupo-controle interno composto simultaneamente. A comparação é feita em controles externos. Dá-se o nome de controle externo ou histórico ao grupo usado para comparação dos resultados, mas que não tenha sido constituído ao mesmo tempo, no interior da pesquisa: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo Transversal (Ou Seccional): Investigação para determinar prevalência; para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo de caso-controle: Particular forma de investigação etiológica, de cunho retrospectivo; parte-se do efeito em busca das causas. Grupos de indivíduos, respectivamente, com um determinado agravo à saúde e, sem este, são comparados com respeito a exposições que sofreram no passado de modo que se teste a hipótese de a exposição a determinados fatores de risco serem causas contribuintes da doença. Por exemplo, indivíduos acometidos por dor lombar são comparados com igual número de indivíduos (grupo-controle), de mesmo sexo e idade, mas sem dor lombar.

Estudo de coorte: Particular forma de investigação de fatores etiológicos; parte-se da causa em busca dos efeitos; portanto, o contrário do estudo de caso-controle. Um grupo de pessoas é identificado, e é coletada a informação pertinente sobre a exposição

de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo e se verifica os que não desenvolvem a doença em foco e se essa exposição prévia está relacionada à ocorrência de doença. Por exemplo, os fumantes são comparados com controles não fumantes; a incidência de câncer de bexiga é determinada para cada grupo.

Estudo randomizado: Tem a conotação de estudo experimental para avaliar uma intervenção; daí a sinonímia *estudo de intervenção*. Pode ser realizado em ambiente clínico; por vezes designado simplesmente como ensaio clínico ou estudo clínico. Também é realizado em nível comunitário. No ensaio clínico, os participantes são alocados, aleatoriamente, para formar grupos, chamados de estudo (experimental) e controle (ou testemunho), a serem submetidos ou não a uma intervenção (aplicação de um medicamento ou de uma vacina, por exemplo). Os participantes são acompanhados para verificar a ocorrência de desfecho de interesse. Dessa maneira, a relação entre intervenção e efeito é examinada em condições controladas de observação, em geral, com avaliação duplo-cega. No caso de **estudo randomizado** informe o número do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) e/ou o número do [International Clinical Trials Registration Platform](http://www.clinicaltrials.gov) (ICTRP/OMS), na página de título.

Estudo ecológico: Pesquisa realizada com estatísticas: a unidade de observação e análise não é constituída de indivíduos, mas de grupo de indivíduos; daí, seus sinônimos: estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticos ou comunitários. Por exemplo, a investigação sobre a variação, entre países europeus, dos coeficientes de mortalidade por doenças do sistema vascular e do consumo *per capita* de vinho.

Revisão Sistemática e Metanálise: Tipo de revisão em que há uma pergunta claramente formulada e são usados métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e também para coletar e analisar dados a partir dos estudos que estão incluídos na revisão. São aplicadas estratégias que limitam vieses, na localização, na seleção, na avaliação crítica e na síntese dos estudos relevantes sobre determinado tema. A metanálise pode fazer ou não parte da revisão sistemática. Metanálise é a revisão de dois ou mais estudos, para obter estimativa global, quantitativa, sobre a questão ou hipótese investigada; emprega métodos estatísticos para combinar resultados dos estudos utilizados na revisão.

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

Roteiro para revisão estatística de trabalhos científicos originais

Objetivo do estudo: O objetivo do estudo está suficientemente descrito, incluindo hipóteses pré-estabelecidas?

Delineamento: O delineamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto?

Características da amostra: Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidou com os dados não disponíveis (*missing data*)?

Coleta de dados (mensuração dos resultados): Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutibilidade dos

métodos empregados foram consideradas?

Tamanho da amostra: Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas?

Métodos estatísticos: O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor p, o intervalo de confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a inclusão de uns e a exclusão de outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença estatisticamente significativa não é devida a algum viés (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distorção na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clínica relevante. O teste é uni ou bicaudal? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde encontrá-lo. Informe a versão utilizada.

Resumo: O resumo contém síntese adequada do artigo?

Recomendação sobre o artigo: O artigo está em padrão estatístico aceitável para publicação? Em caso negativo, o artigo poderá ser aceito após revisão adequada?

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

IMPORTANTE!

A RBGO aderiu à iniciativa do [International Committee of Medical Journal Editors](#) (ICMJE) e da Rede [EQUATOR](#) destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas. Consulte as guias interacionais relacionadas:

Estudos observacionais em epidemiologia:
stroke-strobe-statement.org/fileadmin/Stroke/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos qualitativos:
<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

Resultados

O propósito da seção **Resultados** é mostrar o que foi encontrado na pesquisa. São os dados originais obtidos e sintetizados pelo autor, com o intuito de fornecer resposta à questão que motivou a investigação. Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes. Não repita no texto todas as informações das tabelas ou ilustrações; enfatize ou resuma apenas observações importantes. Materiais adicionais ou suplementares e detalhes técnicos podem ser colocados em um apêndice, no qual estarão acessíveis, mas não interromperão o fluxo do texto. Como alternativa, essas

informações podem ser publicadas apenas na versão eletrônica da Revista. Quando os dados são resumidos na seção resultado, dar os resultados numéricos não apenas em valores derivados (por exemplo, percentuais), mas também em valores absolutos, a partir dos quais os derivados foram calculados, e especificar os métodos estatísticos usados para analisá-los. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Quando for cientificamente apropriado, as análises dos dados com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

ATENÇÃO!

As seções **Métodos** e **Resultados** nos **Estudos de Caso** devem ser substituídas pelo termo **Descrição do Caso**.

Discussão

Na seção **Discussão** enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões deles derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentados nas seções de introdução ou de resultados. Para estudos experimentais, é útil iniciar a discussão resumindo brevemente os principais achados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes, declarar as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Evite alegar precedência e aludir a trabalhos que não estejam completos. Não discuta dados que não são diretamente relacionados aos resultados da pesquisa apresentada. Proponha novas hipóteses quando justificável, mas qualificá-las claramente como tal. No último parágrafo da seção **Discussão** informe qual a informação do seu trabalho que contribui relativamente para o avanço-novo conhecimento.

Conclusão

A seção **Conclusão** tem por função relacionar as conclusões com os objetivos do estudo, mas o autor deve evitar afirmações sem embasamento e conclusões que não tenham sustentação adequada pelos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a menos que seu original inclua análises econômicas e dados apropriados.

Referências

Uma pesquisa é fundamentada nos resultados de outras que a antecederam. Uma vez publicada, passa a ser apoio para trabalhos futuros sobre o tema. No relato que faz de sua pesquisa, o autor assinala os trabalhos consultados que julga pertinente informar aos leitores, daí a importância de escolher boas Referências. As referências adequadamente escolhidas dão credibilidade ao relato. Elas são fonte de convencimento do leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados.

Atenção! Para os manuscritos submetidos à RBGO, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências

primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). O número de referências deve ser de 35, exceto para artigos de revisão. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências.

Para formatar as suas referências, consulte o [American Medical Association \(AMA\) Citation Style](#).

*As instruções aos Autores deste periódico foram baseadas na obra literária **Artigos Científicos: Como redigir, publicar e avaliar de Maurício Gomes Pereira, Editora Guanabara Koogan, 2014.**

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Correlação entre fatores como: posições do parto vaginal, tempo de trabalho de parto, peso do recém-nascido e a laceração e/ou episiotomia.

Pesquisador: Aline Teixeira Alves

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80704617.5.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.658.189

Apresentação do Projeto:

“No Brasil as taxas de parto normal estão muito abaixo do recomendado pela OMS, podendo isso estar relacionado com o medo das gestantes em sofrer traumas perineais (IBGE, 2009). Os traumas perineais são classificados como lacerações e episiotomias de acordo com o nível de gravidade, esses traumas geram consequências imediatas e em longo prazo. Alguns fatores como o posicionamento da grávida na segunda fase do trabalho de parto, o tempo do trabalho de parto, e o peso do recém-nascido podem influenciar na prevalência dos traumas perineais. Desta forma, o objetivo principal deste estudo visa estabelecer uma correlação entre fatores que representem um fator de risco para lacerações e/ou episiotomias, como tempo de trabalho de parto, posição do parto vaginal e peso do recém-nascido.” Propõe um estudo do tipo “caso controle que terá como área de coleta o Hospital Universitário de Brasília (HUB), localizado no plano piloto – DF, com uma amostra de conveniência. Os dados serão coletados em prontuários hospitalares das pacientes e seus respectivos recém-nascidos, utilizando nome completo e número de registro das pacientes para encontrá-las no sistema. Como critério de elegibilidade da pesquisa, será adotada a análise de todos os prontuários das gestantes que tiverem tido parto vaginal no HUB e, como critérios de exclusão dos prontuários, serão adotados os erros de preenchimento, letras não legíveis e/ou com dados em branco. Nos prontuários, serão coletados tanto dados sócio-demográficos, quanto dados referentes ao escopo principal da pesquisa. Para os dados sócio-demográficos serão utilizados: idade, escolaridade, estado civil, paridade (número de gestações, partos e abortos),

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.658.189

raça e região administrativa de moradia. Para análise das variáveis dependentes será utilizada a posição de parto (registrada no prontuário), presença ou não de laceração, com sua graduação e/ou episiotomia, duração do trabalho de parto e peso registrado do recém-nascido. O estudo passará pela análise da chefia imediata do HUB e do centro obstétrico e em seguida será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP e após aprovação a pesquisa será iniciada. Será solicitado a isenção de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.”

Objetivo da Pesquisa:

- “- Estabelecer uma correlação entre as posições do trabalho de parto, a fim de definir o fator de risco para lacerações e/ou episiotomias.
- Estabelecer uma correlação entre o tempo de trabalho de parto, a fim de definir o fator de risco para lacerações e/ou episiotomias.
- Estabelecer uma correlação entre o peso do recém-nascido, a fim de definir o fator de risco para lacerações e/ou episiotomias.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

“Riscos:

As autoras alteraram:

Os riscos dessa pesquisa podem ser de extravio de documento, perda de anonimato de paciente, divulgação de informações pertencentes á prontuário hospitalar.

Benefícios:

Os benefícios são o conhecimento adquirido ao desenvolver a pesquisa quanto às possibilidades de laceração e episiotomias relacionadas aos fatores que são encontrados na população estudada.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa do tipo Trabalho de Conclusão de Curso da Fisioterapia, orientado pela profª Drª Aline Teixeira Alves, e como membros da pesquisa as acadêmicas Débora François Porto e Serise Amaral Pequeno, da Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia e instituição coparticipante: Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram adequadamente apresentados.

Recomendações:

Os autores devem descrever como farão para prevenir os riscos descritos, bem como, como procederão no caso dos riscos ocorrerem.

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.658.189

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_880992.pdf	09/05/2018 22:57:12		Aceito
Outros	carta_parecer.pdf	09/05/2018 22:56:33	SERISE AMARAL PEQUENO	Aceito
Outros	carta_cep.pdf	23/01/2018 22:19:24	Aline Teixeira Alves	Aceito
Outros	Carta_Resposta_aos_questionamentos_do_CEP.docx	09/01/2018 18:36:23	Aline Teixeira Alves	Aceito
Outros	solicitacao_cep.pdf	26/11/2017 14:36:50	Aline Teixeira Alves	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_responsabilidade.pdf	26/11/2017 14:35:57	Aline Teixeira Alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	carta_requerimento.pdf	26/11/2017 14:35:16	Aline Teixeira Alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	carta_requerimento_s.pdf	26/11/2017 14:34:53	Aline Teixeira Alves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_de_pesquisa.pdf	23/11/2017 23:51:06	Aline Teixeira Alves	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66

Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA)

CEP: 72.220-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-8434

E-mail: cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.658.189

Investigador	projeto_de_pesquisa.pdf	23/11/2017 23:51:06	Aline Teixeira Alves	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	23/11/2017 23:43:33	Aline Teixeira Alves	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	23/11/2017 23:43:24	Aline Teixeira Alves	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	23/11/2017 22:39:19	Aline Teixeira Alves	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_L attes Debora Francoes Porto.pdf	23/11/2017 20:01:21	Aline Teixeira Alves	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_L attes Serise Amaral Pequeno.pdf	23/11/2017 20:00:48	Aline Teixeira Alves	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_L attes Aline Teixeira Alves.pdf	23/11/2017 20:00:20	Aline Teixeira Alves	Aceito
Outros	termo_de_ciencia_hub.pdf	13/11/2017 21:16:33	Aline Teixeira Alves	Aceito
Outros	termo_de_concordancia_hub.pdf	13/11/2017 21:15:37	Aline Teixeira Alves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 16 de Maio de 2018

Assinado por:
Dayani Galato
(Coordenador)

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com