



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA



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

ANA CAROLINA GONÇALVES MONTENEGRO  
LARISSA TELES PAZ

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DAS  
GESTANTES QUE TIVERAM SEUS PARTOS  
INDUZIDOS POR MISOPROSTOL EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL –  
UM ESTUDO DESCRITIVO

BRASÍLIA  
2022

ANA CAROLINA GONÇALVES MONTENEGRO  
LARISSA TELES PAZ

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DAS  
GESTANTES QUE TIVERAM SEUS PARTOS  
INDUZIDOS POR MISOPROSTOL EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL –  
UM ESTUDO DESCRITIVO

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): Dra Aline Teixeira Alves

BRASÍLIA  
2022

ANA CAROLINA GONÇALVES MONTENEGRO  
LARISSA TELES PAZ

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DAS  
GESTANTES QUE TIVERAM SEUS PARTOS  
INDUZIDOS POR MISOPROSTOL EM UM HOSPITAL  
PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL – UM ESTUDO  
DESCRITIVO

Brasília, 03/05/2022

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Aline Teixeira Alves  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB  
Orientadora

---

Me. Marianna Vale D'Alessandro Barbosa  
Universidade de Brasília-UnB

---

Vanessa Brasil Varandas de Oliveira  
Hospital Universitário de Brasília - UnB

### ***Dedicatória***

*Este trabalho é dedicado a todas as mulheres:  
às que vivem, às que ainda virão e às que  
vieram e abriram todos esses caminhos para  
nós.*

## **AGRADECIMENTOS (Ana Carolina)**

*Primeiramente, agradeço a mim mesma por aprender a me amar, me priorizar e lutar pelos meus sonhos. Uma vez me disseram que se eu acreditasse em mim, tudo seria possível, e tudo tem sido! Sou grata ao Universo pelo dom da vida e seus aprendizados, que me trouxeram crescimento e oportunidades. Hoje percebo que estive e estou exatamente onde eu deveria estar.*

*Agradeço aos meus mestres e mentoras da faculdade, que me guiaram por diversos caminhos até a certeza de meu propósito: ao Guido Fregapani e ao André Marques, obrigada por me apresentarem o amor à profissão e o respeito para ensinar; à professora Aline Teixeira, obrigada pela excelência, por despertar meu amor pela saúde da mulher e pelas várias oportunidades de ser sua aluna, extensionista, pesquisadora e orientanda; à Carol Bertelli, obrigada por me adotar como sua pupila, me mostrando as virtudes mais dignas de nossa profissão: humildade e entrega; à professora Mariana Cecchi, obrigada pela sua dedicação aos alunos e ter nos encorajado a cada etapa do TCC; à Vanessa Brasil, obrigada por viver meu sonho lado a lado comigo; à minha amiga de profissão Georgia Gugelmin, muito obrigada por sempre estar disponível para nossas trocas; à Joana Santos, a fisioterapeuta mais visionária que já conheci; à nossa banca, por participar desse momento! Que eu também possa repassar adiante tudo aquilo que aprendi com todos vocês!*

*À minha mãe, agradeço, principalmente, por sempre investir em mim! Você sempre soube quem eu me tornaria, e fez questão de aproximar ao máximo esse caminho de mim, me apoiando em cada etapa dos meus estudos! Ao meu pai, obrigada por todos os ensinamentos desde a minha infância... mesmo pensando que eu nunca escutava, finalmente consegui compreender tudo; você me tirou a venda dos olhos e me apresentou um mundo de novas possibilidades! Aos meus dinhos, por terem sido casa durante a época mais conturbada da minha faculdade! Aos meus primos Evelyn e Luiz, por serem como irmãos! Às minhas avós, por cuidarem de mim de uma forma diferente, me nutrindo; cito em especial minha avó Alda, que sempre se empolga sobre eu estudar na UnB, ter professores doutores e estagiar no hospital que ela viu ser construído! Ao meu avô José, obrigada por ter sido meu norte na Terra, e ao meu avô Brasil, obrigada por me nortear do céu! O apoio de todos vocês foi essencial para essa conquista.*

*Ao meu maridinho, Leandro, obrigada por embarcar na maior aventura da minha vida! Por todo o cuidado, todo apoio, todo amor e todas as conquistas que tivemos juntos, te agradeço! Ao meu universo da dança do ventre, te honro por me transformar em uma mulher! Aos meus amigos sou grata por todas as memórias compartilhadas, pela compreensão e pela parceria! Em especial, agradeço à Mel por me ensinar o valor do trabalho, a elencar prioridades e a colocar 1000% de si em tudo o que se propor a fazer.*

*Obrigada, UnB, por me presentear com tantas experiências diversas! E por último, não menos importante, obrigada à Larissa, minha dupla, por dividir comigo responsabilidades, choros, medos e essa grande alegria! Você tornou esse processo muito mais leve! Aos outros professores que também participaram mais ativamente da minha vida acadêmica, também agradeço: Patrícia Garcia, Sérgio Thomaz, Leonardo Petrus, Josevan Leal e Luis Muehlman. Obrigada, também, às minhas preceptoras de estágio por participarem da minha primeira vivência profissional: Mariana Sayago, Raquel Jácomo, Major Cristiana, Cristina Souza e Júlia de Moura.*

*Agradeço, também, ao CNPq, à FAPDF e à Universidade de Brasília pelo apoio financeiro concedido aos projetos de pesquisa, à monitoria e à viagem acadêmica que realizei.*

## **AGRADECIMENTOS (Larissa)**

*Chegar até aqui foi muito mais difícil do que eu imaginava, foi um período de grandes mudanças e precisei de bastante resiliência para enfrentar os desafios. Acredito que o fator responsável para se cultivar a resiliência são relacionamentos positivos construindo ao longo da jornada e, graças a Deus, Ele colocou os melhores no meu caminho.*

*Agradeço ao meu lindo e paciente esposo que tem me acompanhado por toda minha trajetória acadêmica. Incentivou a entrar nesse curso, não me deixou desistir, e além de mostrar que era possível, ele estaria lá na reta final para me aplaudir juntamente com nosso filho.*

*Ao meu filho, minha motivação diária, sou grata por ter me mostrado uma versão minha muito forte e capaz de qualquer coisa. Obrigada por estar lá depois de um dia cansativo com o cheirinho mais gostoso do mundo que sempre me acalmava.*

*Aos meus pais e minha irmã, vocês são minha base, minha rede de apoio, meu seguro, meus parceiros de aventuras... vocês são os melhores e obrigada por terem estarem lá, por entrarem de cabeça comigo nesse projeto.*

*Agradeço aos meus amigos por terem deixado essa caminhada mais leve, divertida, por estarem lá incentivando e escutando as lamúrias. Obrigada pelas memórias que guardarei com todo carinho.*

*À minha parceira de TCC, obrigada pelos ouvidos, dedicação e vontade de fazer dar certo. Tudo ficou muito mais leve e sem você nada disse seria possível.*

*Sou grata a Universidade de Brasília por ter me proporcionado experiências incríveis. E ao CNPq, a FAPDF pelo apoio financeiro concedido.*

*Agradeço aos meus mestres, mentores, orientadores e preceptores de estágio por serem inspiração, por se dedicarem, por ter me guiado até aqui e me mostrado como nossa profissão é linda.*

*E acima de tudo, agradeço a Deus por estar sempre comigo!*

*Obrigada!*

## Epígrafe

*“Quantas chances desperdicei quando o que eu mais queria era provar pra todo mundo que eu não precisava provar nada pra ninguém? (Legião Urbana)”*

## RESUMO

MONTENEGRO, Ana Carolina Gonçalves; PAZ, Larissa Teles; ALVES, Aline Teixeira. PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DAS GESTANTES QUE TIVERAM SEUS PARTOS INDUZIDOS POR MISOPROSTOL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL – UM ESTUDO DESCRITIVO. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília, curso de graduação de Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2022.

**Objetivo:** O objetivo foi descrever o perfil clínico e sociodemográfico das gestantes que tiveram seus partos induzidos por misoprostol em um hospital público do Distrito Federal no ano de 2019. **Métodos:** Estudo transversal, observacional, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados nos cadernos de evolução da enfermagem. Foram coletadas variáveis sociodemográficas, clínicas, do intercurso do trabalho de parto e os desfechos da indução (vias de parto). **Resultados:** Foram analisados 309 prontuários, 223 resultaram em parto vaginal e 86 em cesárea. Prevaleram mulheres entre 20 e 34 anos (64,1%), pardas (66,7%), com 9 a 11 anos de escolaridade (53,7%), solteiras (42,1%), que residiam a mais de 45 quilômetros do hospital (51,8%), que realizaram o mínimo de 6 consultas do pré-natal (79,6%), gestação de 37 a 40 semanas completas (75,1%), primíparas (50,2%), com doença gestacional (50,8%), sem cesárea (97,7%) ou doença prévia (77,0%), acompanhadas no trabalho de parto (92,2%) e parto (91,6%), sem presença de doula (98,1%) e sem uso de ocitocina após misoprostol (50,5%). **Discussão:** O principal achado foi a diferença de paridade e doença gestacional entre as mulheres que tiveram o parto como desfecho e as que evoluíram para uma cesárea: as primeiras eram, predominantemente, multíparas sem doenças gestacionais, e as últimas, primíparas com alguma doença gestacional. Além disso, mesmo o uso do misoprostol sendo contraindicado em casos de cesárea prévia, houve sua administração em 6 mulheres com esse histórico. 27,8% da amostra foi submetida à cesárea, mesmo que o objetivo final da indução fosse o parto vaginal. Foram limitações do estudo: erros de preenchimento do caderno de enfermagem e falta de dados sobre a aplicação do misoprostol e sua necessidade. Sugere-se a criação de um protocolo hospitalar de indução e estudos analíticos sobre o tema. **Conclusão:** Verifica-se a necessidade de melhores protocolos de assistência ao parto e novas ações voltadas às gestantes, como encontros com foco na educação pré-natal.

**Palavras-chave:** misoprostol, gestantes, trabalho de parto induzido, cesárea, parto vaginal.

## ABSTRACT

MONTENEGRO, Ana Carolina Gonçalves; PAZ, Larissa Teles; ALVES, Aline Teixeira. CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF PREGNANT WOMEN WHO HAD THEIR DELIVERIES INDUCED BY MISOPROSTOL IN A PUBLIC HOSPITAL OF THE FEDERAL DISTRICT - A DESCRIPTIVE STUDY. 35p. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, undergraduate course of Physicaltherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2022.

**Objectives:** The objective was to describe and analyze the clinical and sociodemographic profile of pregnant women who had their deliveries induced by misoprostol in a public hospital in the Federal District in 2019. **Methods:** Cross-sectional, observational, descriptive and retrospective study, with data collection in the nursing evolution notebooks. Sociodemographic, clinical, labor intercourse and induction outcomes (delivery routes) variables were collected. **Result:** A total of 309 medical records were analyzed, 223 resulted in vaginal delivery and 86 in cesarean section. Prevalent women between 20 and 34 years old (64.1%), brown (66.7%), with 9 to 11 years of schooling (53.7%), single (42.1%), who lived for more than 45 kilometers from the hospital (51.8%), who had a minimum of 6 prenatal consultations (79.6%), gestation from 37 to 40 completed weeks (75.1%), without cesarean section (97.7%) or previous illness (77.0%), accompanied during labor (92.2%) and delivery (91.6%), without the presence of a doula (98.1%) and without the use of oxytocin after misoprostol (50, 5%). **Discussion:** The main finding was the difference in parity and gestational disease between women who had childbirth as an outcome and those who underwent a cesarean section: the former were predominantly multiparous without gestational diseases, and the latter were primiparous with some gestational disease. In addition, even though the use of misoprostol is contraindicated in cases of previous cesarean section, it was administered to 6 women with this history. 27.8% of the sample underwent cesarean section, even though the ultimate goal of induction was vaginal delivery. Study limitations were: errors in filling out the nursing notebook and lack of data on misoprostol application and its need. We suggest the creation of a hospital protocol for induction and analytical studies on the subject. **Conclusion:** There is a need for better childbirth care protocols and new actions aimed at pregnant women, such as meetings focused on prenatal education.

**Keywords:** misoprostol, pregnant women, induced labor, cesarean section, vaginal delivery.

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<b>Tabela 1.</b> Dados sociodemográficos das gestantes que induziram o trabalho de parto com misoprostol em 2019 no Hospital Universitário de Brasília .....	17
<b>Tabela 2.</b> Variáveis clínicas das gestantes que induziram o trabalho de parto com misoprostol em 2019 no Hospital Universitário de Brasília .....	18
<b>Tabela 3.</b> Variáveis intraparto de apoio contínuo e uso de ocitocina das gestantes que induziram o trabalho de parto com misoprostol em 2019 no Hospital Universitário de Brasília .....	19

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**CAEE** – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**DF** – Distrito Federal

**DMG** – Diabetes Mellitus Gestacional

**DUM** – Data da Última Menstruação

**FCE** – Faculdade de Ceilândia

**HAG** – Hipertensão Arterial Gestacional

**HUB** – Hospital Universitário de Brasília

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**KM** – Quilômetros

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. OBJETIVOS .....	13
3. METODOLOGIA .....	13
4. RESULTADOS .....	14
5. DISCUSSÃO .....	18
6. CONCLUSÃO .....	23
7. REFERÊNCIAS .....	24
8. ANEXOS .....	30
ANEXO A – Normas da Revista Científica .....	30
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética .....	31

## 1. INTRODUÇÃO

Anualmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ocorrem milhões de nascimentos ao redor do mundo, sendo, aproximadamente, 3 milhões no Brasil.<sup>1</sup> O trabalho de parto compreende a modificação cervical (apagamento e dilatação do colo uterino até os 10 cm) associada a contrações dolorosas, que resultam no nascimento do bebê.<sup>2</sup> No entanto, quando não ocorre espontaneamente, realiza-se a indução do trabalho de parto após ponderar se os riscos de prolongar a gestação superaram os associados à indução e ao parto, tanto para a mãe quanto para o bebê, pois se pauta na redução de efeitos indesejáveis de uma conduta expectante (como hemorragia pós-parto).<sup>3,4,5,6</sup>

O objetivo da indução é desencadear um parto vaginal em um intervalo de 24 a 48 horas, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que seja realizada “apenas quando houver indicação médica clara”, considerando “desejos e preferências de cada mulher”, estado cervical, método escolhido e condições associadas (como paridade).<sup>4,7</sup> Portanto, deve ser discutida previamente com as gestantes, a fim de compreenderem esse cenário.<sup>7</sup> Quando realizado sem qualquer indicação (em gestantes saudáveis com feto único), é considerado um procedimento eletivo, contraindicado antes da 39ª semana de gestação pelo parto estar associado ao aumento de morbidade neonatal.<sup>8,9</sup>

Visando as preferências da gestante, o pré-natal é o momento ideal para orientar e educá-la na preparação para o parto e para o puerpério, como parte do processo de cuidar, com a realização de, no mínimo, seis consultas (preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro).<sup>10,11,12</sup> Mesmo assim, aparenta estar havendo uma falha nessas ações educativas durante o pré-natal, pois até a gestante que frequenta o serviço demonstra despreparo para vivenciar o parto.<sup>10</sup>

As indicações para realizar esse procedimento incluem: ruptura prematura de membranas a termo, idade gestacional de 41 semanas completas (quando estimada de forma

confiável), suspeita de restrição de crescimento fetal (reduz mortalidade perinatal), pré-eclâmpsia (a partir da 37ª semana), doença gestacional não controlada, gestação de alto risco e corioamnionite.<sup>4,5,13,14,15</sup> Já as contraindicações são: rupturas uterinas prévias, deformidades estruturais pélvicas e apresentação fetal anormal.<sup>4</sup> Além disso, conta com o risco associado de hiperestimulação e ruptura uterina, e sofrimento fetal.<sup>7</sup>

A indução pode ser realizada por estímulos ao amadurecimento cervical e/ou às contrações uterinas.<sup>6</sup> No primeiro caso, o objetivo é “suavizar, apagar ou dilatar o colo do útero”, pois o preparo cervical impacta o desfecho da indução, e pode ser feito através de fármacos (como as prostaglandinas) ou meios mecânicos.<sup>4,5,6</sup> As contrações, por sua vez, podem ser estimuladas através da amniotomia (ruptura artificial das membranas) e/ou da administração de ocitocina.<sup>6</sup> A escolha do método é definida pelo exame cervical digital, que identifica se o colo já está favorável ao trabalho de parto (deve estimular as contrações) ou não (uso de agente de maturação cervical, como o misoprostol), e a paridade, a idade gestacional e a idade materna podem influenciar seu desfecho.<sup>16</sup>

O misoprostol é um medicamento que relaxa o colo do útero e possui propriedades uterotônicas, facilitando sua abertura e estimulando as contrações uterinas.<sup>4</sup> É similar à prostaglandina E1, e não é recomendado quando há histórico de cesárea, antes das 41 semanas na ausência de complicação gestacional, na gestação gemelar a termo sem complicações, no caso da diabetes como única intercorrência gestacional e quando há suspeita de macrosomia fetal.<sup>4,13</sup> Pode ser administrado por diferentes vias (oral, sublingual, bucal, vaginal ou cervical) em diversas doses e frequências, mas apesar de não haver uma padronização, a OMS recomenda uma baixa dose vaginal de 25 microgramas (µg), a cada 6 horas.<sup>4,5,13,17</sup>

Apesar da preocupação sobre o elevado número de cesáreas, as taxas de indução do trabalho de parto têm aumentado nas últimas décadas, excedendo 20% dos nascimentos na maioria dos países, e a probabilidade é que sigam crescendo.<sup>4,6,17</sup>

Ao compreender a indução de parto como uma intervenção, espera-se que ocorra a partir de uma indicação médica. E considerando a maturação cervical como o primeiro acontecimento necessário ao seguimento do trabalho de parto, nos interessa compreender o perfil das mulheres que foram admitidas no Centro Obstétrico para uso do misoprostol.

## **2. OBJETIVO**

O objetivo geral deste estudo foi descrever o perfil clínico e sociodemográfico das gestantes que tiveram seus partos induzidos por misoprostol no Hospital Universitário de Brasília (HUB), um hospital público do Distrito Federal (DF), no ano de 2019. Já o objetivo específico foi descrever as diferenças do perfil, dentre essas mulheres, das que tiveram o desfecho esperado da indução (parto vaginal) e daquelas cujo desfecho foi a cesárea.

## **3. METODOLOGIA**

A pesquisa foi caracterizada como um estudo transversal, observacional, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados nos cadernos de evolução da enfermagem na Maternidade do Hospital Universitário de Brasília, um hospital público do DF. A população estudada foi composta por todas as mulheres que tiveram um parto neste hospital, de feto único e vivo, induzido por misoprostol, entre os dias 01 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2019.

Os critérios de elegibilidade adotados foram: gestação de feto único, parto realizado no hospital em questão no período estabelecido, indução de parto por misoprostol e recém-nascido vivo. O critério de exclusão foi a ausência de dados da idade gestacional.

Foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos referentes ao escopo principal da pesquisa. Os dados sociodemográficos foram: idade, cor (autodeclarada), escolaridade, distância em quilômetros (km) da região administrativa de residência ao HUB e estado civil (autodeclarado). As variáveis clínicas analisadas na admissão da parturiente foram: número de

consultas pré-natal, doenças prévias à gestação, doenças adquiridas na gestação (diabetes e hipertensão gestacional), paridade (referente ao número de partos) e idade gestacional em semanas completas. Foram consideradas, também, variáveis do intercurso do parto: a presença de acompanhante no trabalho de parto e no parto, se houve uso de ocitocina e a presença de doula. Além disso, os dados também foram descritos em referência ao desfecho da indução (via de parto – vaginal ou cesárea).

A análise de dados foi feita utilizando a estatística descritiva, com emprego de frequências absolutas e percentuais, sendo demonstrada em tabelas. O programa utilizado foi o Excel. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE), CAAE 80704617.5.0000.8093. Como se baseia em dados secundários, foi isenta a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **4. RESULTADOS**

De 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2019, ocorreram 1856 nascimentos no HUB. Destes, 1023 foram via vaginal (55,1%), e 833 ocorreram através de cesárea (44,9%). Durante esse período, 353 mulheres tiveram seus partos induzidos por misoprostol. Após a análise dos dados, 9 foram excluídas da amostra por terem tido feto morto e 35 por não ter informação da idade gestacional, restando a informação de 309 mulheres para a análise. Dessas induções, 223 resultaram em partos via vaginal (72,2%) e 86 evoluíram para cesárea (27,8%).

Na Tabela 1 encontram-se os dados sociodemográficos, apresentados no total da amostra (total de indução) e separados entre as que obtiveram o parto vaginal (indicações resultando em parto vaginal) e as que realizaram cesárea (indicações resultado em cesárea). Nessas 3 colunas, os dados foram muito similares. Em síntese, a média das idades das gestantes submetidas à indução foi 27,5 ( $\pm$  7,1) anos. Prevaecem em nosso estudo mulheres

dos 20 aos 34 anos (64,1%), pardas (67,6%), solteiras (42,1%), com 9 a 11 anos completos de estudos concluídos (53,7%) e residiam a mais de 45 km de distância do hospital (51,8%).

Tabela 1. Dados sociodemográficos das gestantes que induziram o trabalho de parto com misoprostol em 2019 no Hospital Universitário de Brasília

Variável	n (% aproximada)		
	Total de Induções	Induções resultando em parto vaginal	Induções resultando em cesárea
População total	309 (100,0)	223 (72,2)	86 (27,8)
Idade (em anos)			
13 - 19	49 (15,9)	39 (12,6)	10 (3,2)
20 - 34	198 (64,1)	139 (45,0)	59 (19,1)
≥ 35	61 (19,7)	44 (14,2)	17 (5,5)
Dado faltante	1 (0,3)	1 (0,3)	0 (0,0)
Cor			
Branca	53 (17,2)	38 (12,3)	15 (4,9)
Parda	206 (66,7)	152 (49,2)	54 (17,5)
Preta	44 (14,2)	30 (9,7)	14 (4,5)
Dado faltante	6 (1,9)	3 (1,0)	3 (1,0)
Escolaridade (em anos)			
1 - 8	76 (24,6)	62 (20,1)	14 (4,5)
9 - 11	166 (53,7)	121 (39,2)	45 (14,6)
≥ 12	57 (18,4)	37 (12,0)	20 (6,5)
Dado faltante	10 (3,2)	3 (1,0)	7 (2,3)
Estado civil			
Casada	97 (31,4)	73 (23,6)	24 (7,8)
Divorciada	4 (1,3)	2 (0,6)	2 (0,6)
Solteira	130 (42,1)	94 (30,4)	36 (11,7)
União estável	68 (22,0)	49 (15,9)	19 (6,1)
Viúva	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,3)
Dado faltante	9 (2,9)	5 (1,6)	4 (1,3)
Distância da residência ao hospital (em quilômetros)			
≤15	9 (2,9)	7 (2,3)	2 (0,6)
16 - 30	120 (38,8)	81 (26,2)	39 (12,6)
31 - 45	20 (6,5)	15 (4,9)	5 (1,6)

> 45 160 (51,8) 120 (38,8) 40 (12,9)

Fonte: dados da pesquisa (2019). Legenda: n = quantidade de sujeitos; % = percentual.

A respeito dos dados clínicos (Tabela 2), coletados no momento da admissão, as prevalências também foram similares entre os grupos: gestantes que realizaram um mínimo de 6 consultas pré-natal (79,6%), com idade gestacional das 37 às 40 semanas completas (75,1%), que não possuíam nem doenças prévias (77,5%) nem cesárea anterior (97,7%), eram primíparas (50,2%) e possuíam doenças gestacionais (50,8%). Apesar de o misoprostol ser contraindicado em casos de cesárea prévia, foi observado que 6 das mulheres que foram submetidas à indução já haviam realizado essa cirurgia anteriormente. Destas, 3 evoluíram para um parto e 3 realizaram outra cesárea.

Tabela 2. Variáveis clínicas das gestantes que induziram o trabalho de parto com misoprostol em 2019 no Hospital Universitário de Brasília

Variável	n (% aproximada)		
	Total de Induções	Induções resultando em parto vaginal	Induções resultando em cesárea
População total	309 (100,0)	223 (72,2)	86 (27,8)
Nº de consultas pré-Natal			
1 a 5	51 (16,5)	42 (13,6)	9 (2,9)
A partir de 6	246 (79,6)	170 (55,0)	76 (24,6)
Dado faltante	12 (3,9)	11 (3,6)	1 (0,3)
Idade gestacional (em semanas completas)			
≤ 25	1 (0,3)	1 (0,3)	0 (0,0)
25 a 36	14 (4,5)	8 (2,6)	6 (1,9)
37 a 40	232 (75,1)	163 (52,8)	69 (22,3)
≥ 41	62 (20,1)	51 (16,5)	11 (3,6)
Paridade			
Primípara	155 (50,2)	95 (30,7)	60 (19,4)
Múltipara	153 (49,5)	127 (41,1)	26 (8,4)
Dado faltante	1 (0,3)	1 (0,3)	0 (0,0)
Cesárea prévia			
Sim	6 (1,9)	3 (1,0)	3 (1,0)
Não	302 (97,7)	219 (70,9)	83 (26,9)
Dado faltante	1 (0,3)	1 (0,3)	0 (0,0)

Doença prévia			
Sim	70 (22,7)	53 (17,2)	17 (5,5)
Não	238 (77,0)	169 (54,7)	69 (22,3)
Dado faltante	1 (0,3)	1 (0,3)	0 (0,0)
Doença gestacional			
Sim	157 (50,8)	103 (33,3)	54 (17,5)
DMG	68 (22,0)	45 (14,6)	23 (7,4)
HAG	41	23 (7,4)	18 (5,8)
DMG e HAG	10	6 (1,9)	4 (1,3)
Outras	38	29 (9,4)	9 (2,9)
Não	151 (48,9)	119 (38,5)	32 (10,4)
Dado faltante	1 (0,3)	1 (0,3)	0 (0,0)

Fonte: dados da pesquisa (2019). Legenda: n = quantidade de sujeitos; % = percentual; DMG = diabetes mellitus gestacional; HAG = hipertensão arterial gestacional. A idade gestacional foi calculada de acordo com a data da última menstruação (DUM).

Sobre a presença de apoio contínuo (Tabela 3), a maioria das parturientes foi admitida com o acompanhante previsto por lei (92,2%), cuja maioria permaneceu, também, no momento do parto (91,6%), e apenas duas tiveram o acompanhamento de uma doula (0,6%). O uso de ocitocina, por sua vez, não foi prevalente (50,5%).

Tabela 3. Variáveis intraparto de apoio contínuo e uso de ocitocina das gestantes que induziram o trabalho de parto com misoprostol em 2019 no Hospital Universitário de Brasília

Variável	n (% aproximada)		
	Total de Induções	Induções resultando em parto vaginal	Induções resultando em cesárea
População total	309 (100,0)	223 (72,2)	86 (27,8)
Acompanhante no trabalho de parto			
Sim	285 (92,2)	205 (66,3)	80 (25,9)
Não	18 (5,8)	15 (4,9)	3 (1,0)
Dado faltante	6 (1,9)	3 (1,0)	3 (1,0)
Acompanhante no parto			
Sim	283 (91,6)	202 (64,3)	81 (26,2)
Não	23 (7,4)	18 (5,8)	5 (1,6)
Dado faltante	3 (1,0)	3 (1,0)	0 (0,0)
Doula			
Sim	2 (0,6)	1 (0,3)	1 (0,3)

Não	303 (98,1)	218 (70,6)	85 (27,5)
Dado faltante	4 (1,3)	4 (1,3)	0 (0,0)
Ocitocina			
Sim	114 (36,9)	90 (29,1)	24 (7,8)
Não	156 (50,5)	115 (37,2)	41 (13,3)
Dado Faltante	39 (12,6)	18 (5,8)	21 (6,8)

Fonte: dados da pesquisa (2019). Legenda: n = quantidade de sujeitos; % = percentual.

## 5. DISCUSSÃO

Dentre as mulheres submetidas à indução, prevaleceram aquelas entre 20 e 34 anos (64,1%), pardas (66,7%), com 9 a 11 anos de escolaridade (ensino médio, 53,7%), solteiras (42,1%), que residiam a mais de 45 km do HUB (51,8%), que realizaram o mínimo de consultas previstas para o pré-natal (79,6%), possuíam uma gestação a termo (de 37 a 41 semanas e 6 dias), não haviam realizado cesárea prévia (97,7%) nem possuíam doença prévia (77,0%), eram primíparas (50,2%, uma diferença de 2 mulheres em relação às múltiparas) e possuíam doença gestacional (50,8%). A maioria dessas mulheres esteve acompanhada no trabalho de parto (92,2%) e no parto (91,6%), não contaram com o apoio de uma doula (98,1%) e não realizaram uso de ocitocina (50,5%).

As doenças gestacionais mais prevalentes foram a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e a Hipertensão Arterial Gestacional (HAG). A DMG aumenta o risco de complicações na gravidez, como pré-eclâmpsia e nascimento prematuro, além do risco de crescimento excessivo fetal (bebê macrossômico, fator de risco para distocia de ombro); essa condição também influencia o desenvolvimento da criança no que tange à glicose e à insulina, além do risco de ser natimorto.<sup>18</sup> Já a HAG se refere às síndromes hipertensivas que surgem na gestação, e resulta em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal.<sup>19</sup> A maioria das mulheres estava na presença de seu acompanhante durante o trabalho de parto e o parto, não contratou uma doula nem precisou do uso de ocitocina após o misoprostol. Esse

perfil clínico e sociodemográfico encontrado assemelha-se ao de outros estudos sobre o perfil de mulheres ou adolescentes em trabalho de parto.<sup>20, 21, 22</sup>

Ao compararmos os resultados em relação ao desfecho final da indução (via de parto), verificamos que as diferenças entre essas mulheres que tiveram o parto vaginal como desfecho e as que evoluíram para uma cesárea foi nas variáveis paridade e doença gestacional: as primeiras (que pariram via vaginal) eram, em sua maioria, múltíparas (127 de 223 mulheres) sem nenhuma doença gestacional (119 de 223); as outras (que realizaram cesárea) eram, em sua maioria, primíparas (60 de 86) com alguma doença gestacional (54 de 86).

Da amostra do estudo, 51 mulheres realizaram menos consultas do que o recomendado durante o pré-natal. O acesso a esse serviço ocorre de forma desigual entre a população, e Mallman et al. (2018) demonstraram que menor escolaridade, idade até os 18 anos e cor preta da pele associam-se à menor probabilidade de cumprir o número adequado de consultas, enquanto a cor branca prediz o oposto.<sup>11</sup> Da amostra do atual estudo, 66,7% era composta por mulheres pardas, e 14,2% por mulheres pretas, as quais possuem um acesso mais restrito aos sistemas de saúde no geral.<sup>11</sup> Mesmo assim, a maioria da amostra (79,6%) realizou o mínimo de consultas previsto. As mães com idade inferior aos 20 anos compreenderam 15,9% da amostra (49 mulheres), e essa idade define a gravidez na adolescência, fator de risco para desfechos adversos.<sup>22</sup> Além disso, apenas 18,4% frequentou o ensino superior, e 24,6% nunca ingressou no ensino médio, mas Mallman et al. (2018) observaram melhor compreensão das informações adquiridas no pré-natal, autonomia e cuidado diante de complicações entre as gestantes com maior nível de escolaridade, pois possuem mais consciência sobre seus direitos reprodutivos.<sup>11</sup>

Este estudo contava com 61 mulheres de, ao menos, 35 anos, e delas, 44 evoluíram para um parto vaginal após a indução. A idade materna é considerada avançada a partir dos 35 anos, e por muitos anos foi considerada um fator de aumento do risco gestacional.<sup>23</sup> A

indução pode se tornar necessária a essas mulheres por possíveis complicações que surjam, sendo o misoprostol seguro para tal.<sup>23</sup> Zeteroglu, Sahin e Sahin (2006) relataram taxas de parto vaginal de 80%, e 20% de cesáreas neste grupo.<sup>23</sup> No presente estudo, a proporção foi similar, visto que 72,1% dessas gestantes tiveram o desfecho esperado (44 de 61 tiveram parto vaginal), enquanto apenas 27,9% necessitaram de uma cesárea (17 de 61).

O estado civil mais frequente foi de solteira (42,1%), seguido por casada (31,4%). No entanto, não foram encontrados estudos relacionando o estado civil à indução do parto. Mais de 90% das mulheres estavam acompanhadas, seja no decorrer do trabalho de parto ou no parto em si, cuja diferença entre os dois dados é explicada pela falta de desejo dos acompanhantes em ver o nascimento. No entanto, a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, instaura como direito das parturientes a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato no Sistema Único de Saúde, caso do hospital deste estudo.<sup>24</sup> Mesmo com esse direito garantido, ao menos 5,8% das parturientes estavam desamparadas, e sabemos que o apoio contínuo durante o parto pode melhorar os desfechos para o binômio mãe-bebê, aumentando os índices de parto vaginal espontâneo, menor duração do trabalho de parto e redução das cesáreas, dos partos vaginais instrumentais e do uso de analgesia, com nenhum efeito nocivo desse suporte.<sup>25</sup> A presença da doula também é garantida legalmente (Projeto de Lei nº 8.363, de 2017), no entanto só 2 mulheres puderam contar com essa profissional.<sup>26</sup> Essa presença reduzida, mesmo em um Hospital Público, pode estar relacionada à falha de informações no pré-natal, conforme estudo de Rios e Vieira (2007), dificuldades de acesso ou limitação de renda das gestantes, informação não coletada.<sup>10</sup>

A cesárea anterior traz um risco maior de rotura uterina, principalmente ao induzir o parto através de prostaglandinas (caso do misoprostol), que se associa ao risco de hemorragia pós-parto (necessitando de transfusão de sangue) e morte materna.<sup>27</sup> No entanto, 6 mulheres com essa contraindicação receberam a indução. Essa decisão clínica é uma justificativa para a

criação de um protocolo hospitalar para iniciar a indução, a fim de garantir o cumprimento de todas as indicações e contraindicações de órgãos internacionais.

As doenças gestacionais não controladas e a idade gestacional de 41 semanas completas, quando bem estimada, são indicações para dar início à indução.<sup>4,13</sup> Neste estudo apenas 157 das 309 mulheres possuíam doença gestacional, sendo 68 as portadoras de diabetes mellitus gestacional (associada ou não a outras doenças), 41 as de hipertensão arterial gestacional (também com ausência ou presença de outros diagnósticos) e 10 que portavam as duas complicações, sendo 38 a quantidade de mulheres com outras condições clínicas (infecção do trato urinário tratada, sífilis tratada, tromboembolismo pulmonar, hipotireoidismo, plaquetopenia, anemia, ansiedade, polidrâmnio, depressão, descolamento de placenta, varizes, trombose venosa profunda, sorologia de HTLV reagente). Além disso, apenas 62 haviam completado as 41 semanas de gestação. Dessa forma, não podemos afirmar quais induções foram realizadas de forma eletiva ou por indicação médica.

Dentre as múltiparas, a maioria teve um parto vaginal (127 de 223 mulheres), enquanto entre as primíparas o número de cesáreas foi maior (60 de 86). Cheng et al (2010) avaliaram a duração do trabalho de parto ativo entre as mulheres nulíparas e múltiparas que tiveram seus partos induzidos, e a diferença foi de 2 horas a menos entre as múltiparas, grupo que também necessitou menos doses de misoprostol para o sucesso da indução, verificando uma diferença na resposta do colo cervical desses dois perfis de mulheres.<sup>28</sup> No entanto, o dado da quantidade de comprimidos de misoprostol utilizados não foi encontrado durante a coleta de dados atual.

Mais de metade das mulheres que tiveram seus partos induzidos residiam a uma distância superior a 45 km do hospital da pesquisa. A residência a longas distâncias já era esperada pela abrangência do hospital: Região Leste do Distrito Federal (Paranoá, Itapoã, São Sebastião e Jardim Botânico), além de outros territórios do DF e entorno (como Águas

Lindas) conforme demanda e capacidade do hospital. Não foram encontrados estudos que associam residir em longas distâncias à realização de indução por internação precoce, mesmo sabendo que a pressa em provocar o nascimento é uma característica da atenção obstétrica brasileira e que pode ocorrer a internação precoce social, considerando o longo deslocamento da gestante para casa e para a reavaliação em algumas horas.

Necessitaram ocitocina, além do misoprostol, 114 mulheres. O uso das duas medicações de forma concomitante é contraindicada, mas a ocitocina pode ser utilizada após 6 horas de inserção do último comprimido de misoprostol conforme protocolo do Ministério da Saúde, recomendação para o esvaziamento uterino no 3º trimestre gestacional (em caso de óbito fetal).<sup>29,30</sup> Pela ausência dos dados relacionados à quantidade e intervalo das doses de misoprostol, além do início da administração de ocitocina, não é possível afirmar se foi realizado o uso concomitante dos medicamentos ou se foi seguido o protocolo de esvaziamento uterino.

Mesmo que o objetivo final fosse alcançar um parto vaginal a partir da indução, 27,8% da amostra foi submetida à cesárea, e essas mulheres tinham, predominantemente, idade entre 20 e 34 anos (59 das 86), cor parda (54 das 86), com 9 a 11 anos de estudo (45 das 86), solteiras (36 das 96), residindo acima dos 45 km de distância do hospital (40 das 86), tendo comparecido a pelo menos 6 consultas de pré-natal (76 das 86), com idade gestacional das 37 às 40 semanas completas (69 das 86), primíparas (60 das 86), sem cesárea (83 das 86) ou doença prévia (69 das 86), com doença gestacional associada (54 das 86), com a presença de acompanhante de parto (81 de 86), mas não da doula (85 de 86), e que não realizaram uso de ocitocina durante o trabalho de parto (41 de 86). Dentre todos os partos realizados no HUB em 2019, a taxa de cesáreas está em 44,9%, mesmo a OMS estabelecendo uma taxa de 10 a 15% como ideal, considerando necessidades da intervenção desde o ano de 1985.

O estudo contou com as seguintes limitações: (1) o caderno de enfermagem conta com informações limitadas e está sujeito a erros de preenchimento, além dos dados faltantes; (2) a variedade farmacêutica de aplicação do misoprostol e a carência deste dado; (3) a carência de informações sobre a indicação do uso deste medicamento, pois não ficou claro se a indução foi necessária ou eletiva. Foram pontos fortes deste estudo a necessidade de estudar esse tema, visto que as taxas de indução tendem a crescer no mundo, e as diferenças encontradas sobre paridade e presença de doenças gestacionais entre as mulheres que realizaram cesárea ou pariram via vaginal.<sup>17</sup> Reitera-se que um protocolo sobre indução com misoprostol deveria ser confeccionado nos hospitais, em concordância com diretrizes internacionais e nacionais.

Sugere-se novos estudos para avaliar (1) a densidade de conhecimento obtido pelas mulheres sobre indução de parto durante o pré-natal (a fim de verificar as reais falhas que estão ocorrendo nesse atendimento) e (2) a influência da distância do local de residência ao do parto no processo da indução e em seus possíveis desfechos. Além disso, sugere-se o desenvolvimento de estudos analíticos sobre este tema e estas variáveis.

## **6. CONCLUSÃO**

O perfil clínico e sociodemográfico das mulheres submetidas à indução pode ser descrito como: idade materna entre 20 e 34 anos, cor parda, de 9 a 11 anos de estudo, sem doenças prévias, com presença de acompanhante, idade gestacional de 37 a 40 semanas completas, mínimo de 6 consultas no pré-natal, estado civil solteira e residência acima dos 45 km de distância do hospital. O diferencial deste estudo foi as discrepâncias entre o perfil das mulheres que tiveram falha ou sucesso da indução: mulheres primíparas portando doenças gestacionais possuíram maiores taxas de cesárea, enquanto as multíparas sem doenças gestacionais associadas evoluíram para o parto vaginal com maior frequência.

A partir desses dados, verifica-se a necessidade de melhores protocolos de assistência ao parto, treinamento dos profissionais da enfermagem a fim do preenchimento correto do caderno da maternidade, novas ações ou políticas públicas para melhorar os índices relativos ao parto para o binômio mãe-bebê e formulação de encontros de gestantes, nos quais se possa trocar informações e promover uma assistência educativa de pré-natal através de uma equipe multidisciplinar.

## 7. REFERÊNCIAS

1. IBGE | Portal do IBGE [Internet]. População, projeções e estimativas da população do Brasil; [citado abr 2022]. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm\\_source=portal&utm\\_medium=popclock&utm\\_campaign=novo\\_popclock](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock)
2. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Coleção institucional do Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal – Recomendações [Internet]. Publicado 2017 [citado abril de 2022]. Disponível em: [diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf \(saude.gov.br\)](diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf (saude.gov.br)).
3. Justus Hofmeyr G. Induction of labour with an unfavourable cervix. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology [Internet]. Out 2003 [citado maio 2022];17(5):777-94. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s1521-6934\(03\)00037-3](https://doi.org/10.1016/s1521-6934(03)00037-3)
4. Chatsis V, Frey N Misoprostol for Cervical Ripening and Induction of Labour: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2018 Nov 23 [cited 2022 April]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538944/>
5. Dadashaliha M, Fallah S, Mirzadeh M. Labor induction with randomized comparison of cervical, oral and intravaginal misoprostol. BMC Pregnancy Childbirth [Internet].

- Published 2021 Oct 27 [cited 2022 April]; 21(1):721. Available from: [Indução do trabalho com comparação aleatória de misoprostol cervical, oral e intravaginal - PMC \(nih.gov\)](#)
6. Middleton P, Shepherd E, Morris J, Crowther CA, Gomersall JC. Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. Published 2020 Jul 15 [cited 2022 April ]. 7(7):CD004945. Available from: [Indução do trabalho de parto a ou além da gestação de 37 semanas - PMC \(nih.gov\)](#)
  7. WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. Geneva: World Health Organization [Internet]; Published 2018 [cited 2022 April]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535795/>
  8. Committee Opinion No. 561: nonmedically indicated early-term deliveries. Obstetrics & Gynecology [Internet]. Published Abr 2013 [citado maio 2022];121(4):911-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000428649.57622.a7>
  9. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. New England Journal of medicine [Internet]. 8 jan 2009 [citado maio 2022];360(2):111-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejmoa0803267>
  10. Rios C, Vieira N. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. Publicado 2007 [Acessado Abril 2022] v. 12, n. 2 pp. 477-486. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>
  11. Mallmann M, Boing A, Tomasi Y, Anjos J, Boing A. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet].

- Publicado 2018 [Acessado Abril 2022] v. 27, n. 4, e2018022. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400014>
12. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), Seção 1:4-6. Publicado 2000 jun 08 [citado April 2022]. Disponível em: [Ministerio da Saude \(saude.gov.br\)](http://Ministerio da Saude (saude.gov.br))
13. WHO recommendations: Induction of labour. Geneva: World Health Organization [Internet]; Published 2011 [cited 2022 April]. Available from: [9789241501156\\_eng.pdf;jsessionid=538B4226A6A796327F2073F33248E521 \(who.int\)](http://9789241501156_eng.pdf;jsessionid=538B4226A6A796327F2073F33248E521 (who.int))
14. Souza A, Costa A, Coutinho I, Noronha C, Amorim M. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. Feminina. Publicado Abril 2010 [citado abril 2022]. 38 (4). Disponível em: [a003.pdf \(bvs.br\)](http://a003.pdf (bvs.br))
15. Sgayer I, Frank M. Induction of labor at 39 weeks of gestation versus expectante management. Hebrew. Harefuah [Internet]. Published 2019 Dec [cited 2022 April]. 158(12):802-806. Available from: [INDUCTION OF LABOR AT 39 WEEKS OF GESTATION VERSUS EXPECTANT MANAGEMENT\] - PubMed \(nih.gov\)](http://INDUCTION OF LABOR AT 39 WEEKS OF GESTATION VERSUS EXPECTANT MANAGEMENT] - PubMed (nih.gov))
16. Wormer K, Bauer A, Williford A. Bishop Score. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls; Publishing 2022 Jan [cited April 2022]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470368/>
17. Handal O, Roxane C, Friedman A, Chouinard S, Eke A, Feinberg B, et al. Oral or Vaginal Misoprostol for Labor Induction and Cesarean Delivery Risk. Obstetrics & Gynecology [Internet]. Published July 2019 [cited april 2022]. 134 (1) - p 10-16.

- Available from: Oral or Vaginal Misoprostol for Labor Induction and Cesarean... :  
Obstetrics & Gynecology (lww.com)
18. Plows J, Stanley J, Baker P, Reynolds C, Vickers M. The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus. *International journal of molecular sciences*. Published 2018 Oct 26 [cited 2022 April]. 19(11), 3342. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijms19113342>
  19. Assis T, Viana F, Rassi S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online]. Publicado 2008 [Citado Abril 2022]. v. 91, n. 1, pp. 11-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300002>
  20. Savi MM. Perfil das pacientes em trabalho de parto e práticas obstétricas na Maternidade Carmela Dutra. *Repertório Institucional da UFSC* [Internet]. Florianópolis, SC. Publicado nov 2019 [citado abril 2022]. Disponível em: [Perfil das pacientes em trabalho de parto e práticas obstétricas na Maternidade Carmela Dutra \(ufsc.br\)](https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/12345)
  21. Carniel F, Oliveira M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos no município de Ji-paraná (RO). *Rev Cient Fac Educ e Meio Ambient* [Internet]. Publicado 14 de julho de 2015 [citado abril de 2022]; 4(2):18-3. Disponível em: <https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/183>
  22. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*. Published 2014 Mar [Cited 2022 April]. 121 Suppl 1, 40–48. Available from: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12630>

23. Zeteroglu S, Sahin GH, Sahin HA. Induction of labor with misoprostol in pregnancies with advanced maternal age. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Published 2006 Dec [Cited 2022 April]. 129(2), 140–144. Available from: [Induction of labor with misoprostol in pregnancies with advanced maternal age - European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology \(ejog.org\)](#)
24. Presidência da república. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. [Internet]. Lei nº 11.108; Publicada 7 abr 2005 [citada abr 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)
25. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Published 6 jul 2017 [citado abr 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003766.pub6>
26. Kokay E. Portal da Câmara dos Deputados [Internet]. Projeto de Lei nº 8363/2017; 23 ago 2017 [citado 23 abr 2022]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2148936>
27. West HM, Jozwiak M, Dodd JM. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Published 9 jun 2017 [citado abr 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009792.pub3>
28. Cheng SY, Hsue CS, Hwang GH, Chen W, Li TC. Comparison of labor induction with titrated oral misoprostol solution between nulliparous and multiparous women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* [Internet]. Published Feb 2010 [cited april 2022]; 36(1):72-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2009.01118.x>

29. Leal MD, Pereira AP, Domingues RM, Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. Publicado Ago 2014 [citado abr 2022]; 30(suppl 1):S17—S32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00151513>
30. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde da Mulher. Protocolo Misoprostol. [Internet]. Publicado 2017 [citado abril de 2022]. Disponível em: [protocolo\\_utilizacao\\_misoprostol\\_obstetricia.pdf \(saude.gov.br\)](http://protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf (saude.gov.br))

## 8. ANEXOS

### ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA

Disponível em: [Instrues-aos-Autores.pdf \(febrasgo.org.br\)](https://febrasgo.org.br/Instrues-aos-Autores.pdf)

#### **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.

#### **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.

#### **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 **Vancouver**.

## ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**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:** 7

**CAAE:** 80704617.5.0000.8093

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ceilândia - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.924.999

**Apresentação do Projeto:**

RESUMO: "Estudo 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), 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. Os dados obtidos serão expressos em média, mediana e desvio-padrão para as variáveis contínuas, e em porcentagem e frequência para as variáveis categóricas. Para análise de distribuição dos dados será utilizado o teste Kolmogorov-

Smirnov, verificando se a distribuição é normal ou não normal. Em seguida a amostra será dividida em dois grupos de mulheres que pariram em posição vertical e mulheres que pariram em posição horizontal. As diferenças entre os dois grupos, para as variáveis contínuas será analisada utilizando o teste Mann-Whitney U e para as variáveis categóricas será utilizado o teste Qui-quadrado. Posteriormente, será feito a análise dos tipos de postura horizontais e verticais para análise dos subgrupos. Para analisar associação entre as variáveis contínuas será utilizado o teste de Correlação de Spearman, em que valores de coeficiente de correlação de 0 a 0,25 representaram ausência de correlação, de 0,26 a 0,49 correlação baixa, de 0,50 a 0,69 correlação moderada, de 0,70 a 0,89 correlação alta e os valores de 0,90 a 1,00 correlação muito alta. Os testes terão nível de significância de 5% e o programa utilizado será o Statistical Package for Social Sciences, versão 16.0."(extraído PB 07/03/20)

**Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo primário: Avaliar se há correlação entre as posições do trabalho de parto, a fim de definir o fator de risco para lacerações e/ou episiotomias.

- Investigar se há correlação entre o tempo de trabalho de parto, a fim de definir o fator de risco para lacerações e/ou episiotomias.
- Avaliar se há correlação entre o peso do recém-nascido, a fim de definir o fator de risco para lacerações e/ou episiotomias." (extraído PB 07/03/20)

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora cita como:

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

"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 DrAline 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). A pesquisadora solicita emenda com

alteração do período de coleta de dados, inicialmente era os partos que ocorreram entre 2014 e 2017 e altera os partos realizados para de 2017 até 2023. Para tanto apresenta como justificativa " Houve dificuldades para a coleta de dados. No hospital o horário de coleta de prontuários é permitido de segunda a sexta das 8 as 13 e das 14 as 18. São permitidos apenas dois pesquisadores por turno para todas as pesquisas que estão sendo feitas no hospital. O que gera dificuldades para conseguir horários disponíveis. Uma vez que conseguimos o horário só podemos solicitar 15 prontuários por vez, sendo que desses 15 nem todos estão disponíveis no dia, diminuindo assim o numero de prontuários. Os prontuários de janeiro de 2014 até dezembro de 2016 não são possíveis de localizar no hospital sem ter a identificação completa do paciente" (extraído do documento para emenda de 04/07/19). Na carta resposta a pendência a pesquisadora informa que a coleta de dados de dados tem uma lacuna temporal de seis meses, entre o atendimento do participante no hospital e a análise do prontuário. Ainda, informa que a coleta de dados ocorrerá nos prontuários de pacientes atendidas até final de 2022

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos estão adequados.

**Recomendações:**

não há

**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.

**O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.**

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Sim

BRASILIA, 19 de Março de 2020

---

**Assinado por:**  
**Mariana Sodario Cruz**  
**(Coordenador(a))**

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