



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAROLYNE NEVES MOREIRA

FATORES MATERNS E FETAIS ASSOCIADOS À INDUÇÃO
DO PARTO COM MISOPROSTOL: UM ESTUDO TRANSVERSAL

FORTALEZA

2022

CAROLYNE NEVES MOREIRA

FATORES MATERNOS E FETAIS ASSOCIADOS À INDUÇÃO
DO PARTO COM MISOPROSTOL: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M837f Moreira, Carolyne Neves.
FATORES MATERNOS E FETAIS ASSOCIADOS À INDUÇÃO DO PARTO COM
MISOPROSTOL : UM ESTUDO TRANSVERSAL / Carolyne Neves Moreira. – 2021.
68 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza,
2021.

Orientação: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.

1. Trabalho de parto induzido. 2. Obstetrícia. 3. Misoprostol. 4. Enfermagem obstétrica. 5.
Parto. I. Título.

CDD 610.73

CAROLYNE NEVES MOREIRA

FATORES MATERNOS E FETAIS ASSOCIADOS À INDUÇÃO
DO PARTO COM MISOPROSTOL: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf. Ms. Juliana Oliveira Brito
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf. Ms. Tatiane da Silva Coelho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À Deus.

Aos meus pais, Glória e João.

Às minhas irmãs, Isabela e Louise.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por investirem em mim durante toda a vida e me mostrarem a importância da educação sem medir esforços para que eu tivesse a melhor possível. Obrigada por todo amor, valores e esperança que sempre me deram, sem vocês eu não seria quem sou hoje.

Às minhas irmãs, Isabela e Louise, que acompanharam toda a minha trajetória. Espero que eu tenha conseguido mostrar a importância da determinação, dedicação, disciplina e resiliência para chegar até aqui e que isso sirva de exemplo para vocês.

À minha prima, Gabriella Moreira, que sempre me deu forças e apoio antes mesmo de eu iniciar essa jornada da graduação, me ensinando que Deus sempre tem o melhor para mim.

Aos meus queridos amigos que a universidade me presenteou, Georgia Serpa, Maria de Jesus, Moisés Ferreira e Rebeca Amorim. Vocês tornaram esses cinco anos mais leves e foram essenciais para a minha formação, levarei cada um em meu coração.

À minha “duplinha”, Ana Sarah, que enfrentou comigo minhas aflições, minhas inseguranças e meus medos, mas também vibrou junto em cada alegria e conquista. Obrigada por estar sempre ao meu lado.

À minha turma, T82, pela união e por todos os momentos durante esses cinco anos que nos trouxeram até essa fase de conquista.

Às minhas amigas de longa data, Bárbara Heloísa, Caroline Picasso e Juliana Leite, por estarem comigo há dez anos e terem acompanhado, mesmo que de longe, toda a minha jornada desde o ensino médio até aqui, sempre me incentivando, apoiando, dando forças e acreditando no meu potencial. Vocês também fazem parte disso.

À Universidade Federal do Ceará, por ter me proporcionado tantas oportunidades, experiências e desafios que me fizeram crescer como profissional e como pessoa.

À minha orientadora, Professora Dra. Ana Kelve Damasceno, por ser um exemplo de excelência profissional e por ter aceitado me orientar, acreditando em mim e sempre disponível nos momentos em que precisei. Levarei seus ensinamentos por toda a minha carreira.

À Enfermeira Juliana Brito, por ter me acompanhando durante a construção desse projeto, por toda disponibilidade e ajuda, sem você teria sido tudo mais difícil. Serei eternamente grata pela sua orientação e pelas palavras de incentivo.

À Enfermeira Tatiane Coelho por ter aceitado participar da minha banca examinadora e contribuir fortemente com todo o seu conhecimento para as considerações deste trabalho e para a minha formação.

Às alunas da graduação, Emanuelle Nogueira e Lara Mesquita, por terem contribuído na etapa da coleta de dados desta pesquisa.

Por último, o mais importante, agradeço à Deus por ter me permitido chegar até aqui. Sem Ele nada disso teria acontecido. À Ele toda honra e toda a glória.

“If you have a dream, you gotta go on a journey to fulfill that dream.” (Katy Perry)

RESUMO

No Brasil, o elevado número de cesáreas faz parte do cenário obstétrico, sendo o segundo país com a maior taxa do mundo ultrapassando 55% dos partos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma taxa de 10-15% de cesarianas, pois estudos evidenciam maior morbimortalidade materna e perinatal associada a execução desse procedimento sem uma real indicação. Nesse sentido, ressalta-se a importância da indução do parto por meio de métodos eficazes e seguros visando o estímulo ao parto vaginal e, conseqüentemente, a redução da morbimortalidade materna e perinatal. O presente estudo teve como objetivo avaliar os fatores maternos e fetais associados à indução com misoprostol em gestações a termo, comparando os desfechos com a via de parto. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, transversal e com abordagem quantitativa realizado por meio de análises de prontuários de pacientes submetidas à indução do parto na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), em Fortaleza - CE, no período de 2020 e 2021. A coleta de dados foi realizada durante os meses de setembro e outubro de 2022, utilizando um instrumento contendo informações sobre o perfil sociodemográfico e gineco-obstétrico, informações sobre a gestação atual, desfechos maternos e desfechos neonatais. Os dados passaram por procedimento de tabulação no Microsoft Excel® 2019 e processamento por meio do software R for Windows versão 3.5.1, onde foram aplicadas medidas de síntese (estatística descritiva e distribuição de frequência) e aplicação dos testes analíticos de *Qui-quadrado* de independência, Teste Exato de Fisher e teste de soma dos postos de Wilcoxon, com o objetivo de estabelecer associação entre variáveis preditoras e o desfecho da via de parto. O total da amostra foi de 291 mulheres, sendo a taxa de cesarianas de 88 (30,0%) e a de partos vaginais de 203 (70,0%). Foi considerado insucesso da indução a resolução da gestação por parto cirúrgico e nossos resultados mostraram que as maiores taxas de cesárea após indução ocorreram mulheres primíparas, com trabalho não remunerado, com maiores índices de escolaridade, com síndromes hipertensivas, que não fizeram uso de ocitocina e tempo de indução prolongado. Ao analisar as indicações de cesarianas, as mais prevalentes foram desistência materna do processo de indução (36,0%), sofrimento fetal agudo (30,0%) e parada de progressão (12,0%). Analisando os desfechos neonatais, a falha da indução mostrou algumas repercussões negativas para o binômio mãe-bebê, como menores taxas de contato pele a pele e de estímulo à amamentação na primeira hora de vida. Por outro lado,

observou-se que a indução pode ser segura para o feto, visto que nenhum foi admitido na UTI neonatal. A partir dos resultados deste estudo, sugere-se que a indução do parto com misoprostol pode contribuir para a redução dos índices de cesárea, visto que a maioria resultou em parto vaginal, proporcionando uma rápida recuperação, reduzindo a dor pós-parto, promovendo o vínculo entre mãe e bebê e favorecendo o aleitamento materno. Além disso, ressalta-se a importância de se investigar e compreender os fatores associados ao processo e ao desfecho dos partos induzidos, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, a fim de contribuir para uma assistência segura, respeitosa e de qualidade.

Palavras-chave: Trabalho de parto induzido. Misoprostol. Obstetrícia.

ABSTRACT

In Brazil, the high number of cesarean sections is a part of the obstetric scenario, being the second country with the highest rate in the world, exceeding 55% of deliveries. The World Health Organization (WHO) recommends a rate of 10-15% of cesareans, as studies show greater maternal and perinatal morbidity and mortality associated with the execution of this procedure without a real indication. In this sense, the importance of inducing labor through effective and safe methods is highlighted, aiming at encouraging vaginal delivery and, consequently, reducing maternal and perinatal morbidity and mortality. The present study aimed to evaluate maternal and fetal factors associated with misoprostol induction in term pregnancies, comparing the outcomes with the mode of delivery. This is a descriptive, retrospective, cross-sectional study with a quantitative approach carried out through analysis of medical records of patients who underwent labor induction at the Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), in Fortaleza - CE, from 2020 and 2021. Data collection was carried out during the months of September and October 2022, using an instrument containing information on the sociodemographic and gynecological-obstetric profile, information on the current pregnancy, maternal and neonatal outcomes. The data underwent a tabulation procedure in Microsoft Excel® 2019 and processing using the R for Windows software version 3.5.1, where synthesis measures were applied (descriptive statistics and frequency distribution) and the application of analytical tests of independence Chi-square, Fisher's Exact Test and Wilcoxon rank sum test in order to establish an association between predictive variables and the outcome of the mode of delivery. The total sample consisted of 291 women, with a cesarean section rate of 88 (30,0%) and a vaginal delivery rate of 203 (70,0%). The resolution of pregnancy by surgical delivery was considered induction failure and our results showed that cesarean sections after induction occurred in primiparous women, with unpaid work, with higher levels of education, with hypertensive syndromes, who did not use oxytocin and induction time prolonged. When observing the indications for cesarean sections, the most prevalent were maternal withdrawal from the induction process (36,0%); acute fetal distress (30,0%) and progression arrest (12,0%). Analyzing the neonatal outcomes, induction failure showed some negative repercussions for the mother-baby binomial, such as lower rates of skin-to-skin contact and breastfeeding stimulation in the first hour of life. On the other hand, On the other hand, it was observed that induction can be safe for the fetus, since none was admitted to the neonatal ICU. From

the results of this study, it is suggested that the induction of labor with misoprostol can contribute to the reduction of cesarean rates, since the majority resulted in vaginal delivery, providing a quick recovery, reducing postpartum pain, promoting the bond between mother and baby and favoring breastfeeding. In addition, it is important to investigate and understand the factors associated with the process and outcome of induced deliveries, both for the mother and the newborn, in order to contribute to safe, respectful and quality care.

Keywords: Induced labor. Misoprostol. Obstetrics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis dos antecedentes clínicos e gineco-obstétricos de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE 2022.

Tabela 3 - Distribuição dos dados referentes à gestação atual de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza -CE, 2022.

Tabela 4 - Distribuição da quantidade de doses de misoprostol administradas em mulheres submetidas à indução do parto no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 5 - Distribuição das variáveis correspondentes ao processo de indução com misoprostol e relacionadas ao parto no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 6 - Distribuição dos desfechos maternos em partos sob indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 7 - Distribuição das indicações de cesárea em partos sob indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 8 - Distribuição dos dados de transferência materna de mulheres após o parto induzido com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 9 - Distribuição das variáveis associadas aos desfechos neonatais dos partos induzidos com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 10 - Distribuição da análise bivariada das variáveis sociodemográficas de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 11 - Distribuição das variáveis da análise bivariada de antecedentes obstétricos de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 12 - Distribuição das variáveis da análise bivariada da história da gestação atual de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 13 - Distribuição das variáveis da análise bivariada dos eventos ocorridos durante a indução com misoprostol durante o período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 14 - Distribuição das indicações de cesárea em trabalhos de parto induzidos com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 15 - Distribuição da análise bivariada das variáveis dos desfechos maternos das mulheres submetidas à indução do parto com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Tabela 16 - Distribuição da análise bivariada das variáveis dos desfechos neonatais de recém-nascidos das mulheres submetidas à indução do parto com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Alojamento conjunto

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

DMG - Diabetes *mellitus* gestacional

DU - Dinâmica uterina

DP - Desvio padrão

FCF - Frequência cardíaca fetal

FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

HPP - Hemorragia pós-parto

MEAC - Maternidade Escola Assis Chateaubriand

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PE - Pré-eclâmpsia

PT - Perímetro torácico

RAMO - Ruptura anteparto de membranas ovulares

RCIU - Restrição de crescimento intrauterino

RN - Recém-nascido

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SFA - Sofrimento fetal agudo

SRPA - Sala de recuperação pós-anestésica

UCINCO - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	20
	2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	METODOLOGIA.....	21
	3.1 Tipo de estudo.....	21
	3.2 Cenário da pesquisa.....	21
	3.3 População.....	22
	3.4 Critérios de inclusão.....	22
	3.5 Critérios de exclusão.....	23
	3.6 Coleta e análise dos dados.....	23
	3.7 Variáveis do estudo.....	25
	3.8 Aspectos éticos.....	26
4	RESULTADOS.....	28
5	DISCUSSÃO.....	45
6	CONCLUSÃO.....	51
	REFERÊNCIAS.....	53
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	59
	APÊNDICE B - EMENDA AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	67

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o elevado número de cesáreas faz parte do cenário obstétrico, sendo o segundo país com a maior taxa do mundo ultrapassando 55% do total de partos. Na rede pública, as cesarianas totalizam 42% dos partos realizados, e na rede privada, 86% (GUIMARÃES *et al.*, 2021). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma taxa de 10-15% de cesarianas, pois estudos evidenciam maior morbimortalidade materna e perinatal associada a execução desse procedimento sem uma real indicação (OMS, 2015).

Quando a cesárea é bem indicada, pode trazer inúmeros benefícios para o binômio mãe-bebê. Entretanto, o parto cirúrgico apresenta riscos imediatos e a longo prazo, como complicações anestésicas, hemorragia, infecção, atraso no estabelecimento da amamentação e do contato pele a pele e probabilidade de complicações em gestações futuras. Além disso, o tempo de recuperação é mais lento e doloroso quando comparado ao parto vaginal (MASCARELLO *et al.*, 2018).

Diante desse cenário de altas taxas de cesárea e seus riscos, é imprescindível a disponibilidade de recursos que possam melhorar os indicadores de parto vaginal. Um dos métodos utilizados é a indução do trabalho de parto, a qual deve ser oferecida pelos profissionais à gestante, explicando todo o processo e ressaltando a sua importância para a redução do número de cesáreas sem indicação.

Nesse sentido, destaca-se a importância da indução por meio de métodos eficazes e seguros visando o estímulo ao parto vaginal e, conseqüentemente, a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Em países desenvolvidos, cerca de 25% dos partos são induzidos. Em contrapartida, países de média e baixa renda apresentam taxas mais baixas. A indução consiste em estimular o útero artificialmente para iniciar o processo do trabalho de parto, esse estímulo pode ser realizado por métodos mecânicos, como a ruptura manual das membranas amnióticas, ou por métodos farmacológicos, como a administração de ocitocina ou prostaglandinas (WHO, 2018).

Entre os métodos farmacológicos de indução do parto, temos o misoprostol, um análogo sintético da prostaglandina E1. De acordo com a bula do Prostokos®, marca de referência do misoprostol, este medicamento exerce ação direta nos receptores de prostaglandina, provocando alterações físico-químicas no colágeno

cervical, o que acarreta o amolecimento, o apagamento e a maturação do colo uterino, favorecendo a sua dilatação, além de estimular e aumentar a força e a frequência das contrações uterinas ao ligar-se às células do músculo liso do útero.

O misoprostol foi inicialmente desenvolvido para o tratamento e a prevenção de úlceras gastroduodenais. Até o ano de 2002, a *Food and Drug Administration* (FDA) dos Estados Unidos da América (EUA) listava a gravidez como uma contraindicação absoluta para o uso do misoprostol, provavelmente pela forte controvérsia em torno do aborto e dos direitos reprodutivos, uma vez que seus efeitos podem induzir o aborto no início da gestação. Após uma extensa pesquisa e estudos respaldando os perfis de eficácia e segurança do misoprostol, este medicamento tem sido amplamente utilizado em práticas obstétricas. Para a indução do parto com misoprostol, as diretrizes atuais da OMS recomendam a dose oral de 25 mcg administrada a cada 2 horas ou a dose vaginal de 25 mcg a cada 6 horas (KUMAR; HAAS; WEEKS, 2021).

O misoprostol é indicado como indutor do trabalho de parto em gestantes com perfil obstétrico favorável ao parto vaginal e que possuem recomendação médica para o término da gestação, como síndromes hipertensivas da gravidez, doenças maternas sem resposta ao tratamento, corioamnionite, ruptura prematura de membranas, comprometimento fetal, crescimento intrauterino restrito, isoimunização fetal, oligodrâmnio, óbito fetal e pós-datismo (PARO; CATANI, 2019).

Embora haja evidências científicas sobre as indicações da indução do trabalho de parto, muitas mulheres desconhecem essa prática e são encaminhadas para cesárea eletiva, sendo submetidas aos riscos de um procedimento cirúrgico, desnecessariamente, podendo trazer consequências negativas, imediatas ou a longo prazo, para sua saúde e de seu bebê (AMANDO *et al.*, 2020). Por isso, é de suma importância que as explicações e orientações acerca da indução do parto sejam oferecidas desde as consultas de pré-natal, elevando o grau de conhecimento da gestante e promovendo o empoderamento necessário para o seu poder de decisão e protagonismo durante o trabalho de parto.

Apesar da eficácia e dos benefícios da indução, em alguns casos este método pode falhar, isso é denominado por algumas literaturas como malogro da indução, quando há ausência de trabalho de parto após administração da oitava dose

de misoprostol. Nessas ocorrências, deve-se aguardar até, no mínimo, 12 a 18h da administração da última dose de misoprostol, para que se dê o diagnóstico de malogro de indução (MEAC, 2021).

Quando o processo de indução é mal sucedido, é indicada a cesárea e, nessa situação, os riscos maternos tornam-se maiores que uma cesárea eletiva devido a falha do progresso do trabalho de parto, asfixia e outras complicações intrapartais (CNATTINGIUS; HÖGLUND; KIELER, 2009). Além do malogro de indução, existem outros fatores, maternos e/ou fetais, que podem predispor a gestante ao insucesso do processo de indução e resultar em indicação de cesárea.

Para relatar as condições do recém-nascido imediatamente após o parto utiliza-se o método do escore de Apgar, o qual avalia o estado clínico do bebê no primeiro e no quinto minuto de vida compreendendo 5 componentes: cor, frequência cardíaca, reflexo, tônus muscular e respiração. Sendo assim, o índice de Apgar pode determinar as condições do recém-nascido após o parto por indução (AUCOTT *et al.*, 2015).

Através do exposto surgiu o seguinte questionamento: Quais são os fatores maternos e fetais associados ao desfecho da indução do parto com misoprostol?

O que impulsionou a realização deste trabalho foi analisar a relação entre o perfil socioeconômico, sociodemográfico, histórico obstétrico e outras variáveis maternas e fetais associadas à indução do parto, de modo a apresentar resultados e instigar possíveis mudanças necessárias no cenário obstétrico para promover a melhoria nos serviços de saúde materna e neonatal.

O presente estudo tem relevância ao expor os fatores associados à indução do parto. Por meio dos resultados, comparando os desfechos das vias de parto, justificar a necessidade de abordagens obstétricas e contextos adequados e favoráveis ao desfecho do parto vaginal. E conduzir a um entendimento sobre as práticas de indução e a importância do protagonismo e empoderamento da mulher durante a gestação e na decisão da via de parto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os desfechos maternos e fetais associados a via de parto após indução com misoprostol.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o perfil sociodemográfico e os antecedentes gineco-obstétricos das gestantes que foram indicadas para indução do trabalho de parto com misoprostol;

Conhecer a história clínica e obstétrica atual das gestantes sob indução do trabalho de parto com misoprostol;

Verificar as variáveis maternas e fetais associadas ao insucesso da indução;

Relatar os desfechos obstétricos e neonatais após a indução do parto com misoprostol.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, retrospectivo, transversal, com abordagem quantitativa.

As pesquisas de conteúdo descritivo visam observar, registrar e descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis, sem interferências por parte do pesquisador. Envolvem o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, assumindo forma de levantamento, como entrevistas, questionários e formulários (MARCONI; LAKATOS, 2017).

O estudo retrospectivo é elaborado com base em registros do passado com seguimento até o presente. É apenas viável quando se dispõe de arquivos com protocolos completos e organizados (MARCONI; LAKATOS, 2017).

O aspecto transversal se dá pela investigação, no intervalo de tempo analisado, dos efeitos por causas que são permanentes ou por fatores dependentes de características permanentes dos indivíduos. A exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado (GIL, 2017).

Ao trabalhar em uma abordagem quantitativa, utilizam-se variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e empregam-se técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los. Possui uma maior precisão e confiabilidade, pois seus resultados são passíveis de generalização, sendo os mais indicados para o planejamento de ações coletivas (GIL, 2017).

3.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), fundada em 1963, localizada em Fortaleza-CE e vinculada ao Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). É uma instituição que atende a população gratuitamente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo, atualmente, a maior maternidade pública do Ceará (MEAC, 2020).

É uma unidade de assistência que também promove o ensino e a pesquisa, atuando na formação de profissionais especializados na área da saúde ao ser campo de teoria e prática para alunos da graduação e de residências médica e multiprofissional da UFC e outras escolas, como a Escola de Saúde Pública. Sua missão é prestar assistência, ensino e pesquisa para um cuidado de excelência à saúde da mulher e do recém-nascido (MEAC, 2020).

Entre os serviços ofertados, destacam-se os de obstetrícia, medicina fetal, ginecologia, mastologia e neonatologia. De acordo com dados de 2019, foram realizados, em média, 430 partos mensais, 458 cirurgias e 7.126 exames e procedimentos diagnósticos, entre outros serviços. A MEAC conta ainda com um Banco de Leite Humano de excelência e com a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. Além disso, a maternidade é uma Instituição Hospital Amigo da Criança e, em 2016, foi reconhecida pelo Ministério da Saúde (MS) como o primeiro Centro de Boas Práticas em Obstetrícia e Neonatologia do Brasil. Em 2019, foi condecorada pela Câmara dos Deputados com o Prêmio Dr. Pinotti como Hospital Amigo da Mulher (MEAC, 2020).

3.3 População

A população do estudo foi todas as mulheres internadas na referida instituição e submetidas ao processo de indução do trabalho de parto com misoprostol durante os anos de 2020 e 2021.

De modo inicial, 349 pacientes foram selecionadas para a análise dos prontuários a partir da busca de mulheres submetidas à indução do parto nos indicadores disponibilizados pela MEAC. Após a seleção dos prontuários, foram contempladas 291 gestantes para compor a população do estudo de acordo com os critérios de inclusão.

3.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os prontuários de pacientes que tiveram o trabalho de parto induzido com misoprostol e plano terapêutico “Indução do Trabalho

de Parto com Feto Vivo - Uso do Misoprostol” preenchido, associados ou não ao uso de ocitocina endovenosa, com gestação a termo a partir de 37 semanas + 0 dia a 41 semanas + 6 dias e com feto vivo, ocorridos nos anos de 2020 e 2021 (REZENDE, 2022).

3.5 Critérios de exclusão

Foram adotados como critérios de exclusão da pesquisa: prontuários com informações incompletas acerca do processo de indução do trabalho de parto, induções por outro método que não fosse com o misoprostol, prontuários indisponíveis ou não localizados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da instituição.

3.6 Coleta e análise dos dados

Para a coleta de dados, foi realizada uma busca nos indicadores de boas práticas de assistência ao parto da MEAC e nos prontuários das gestantes submetidas à indução do trabalho de parto com misoprostol e que possuíam o plano terapêutico de indução preenchido.

O plano terapêutico “Indução do Trabalho de Parto com Feto Vivo - Uso do Misoprostol” é um instrumento utilizado na maternidade que permite o acompanhamento e a documentação do processo de indução, no qual se registram as doses administradas na paciente e seu intervalo de tempo, a dinâmica uterina (DU), a frequência cardíaca fetal (FCF), as condições do colo uterino e os efeitos adversos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2022. A operacionalização da coleta efetuou-se por meio do levantamento das gestantes submetidas ao processo de indução e, em seguida, no SAME da maternidade, buscando e analisando os prontuários referentes aos anos de 2020 e 2021.

O instrumento de coleta (APÊNDICE A) utilizado abordava os seguintes dados: sociodemográficos, gineco-obstétricos, antecedentes obstétricos, informações sobre a gestação atual, desfechos maternos e desfechos neonatais.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora do estudo e acadêmicas do oitavo e quinto semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão aos 349 prontuários identificados por meio dos indicadores disponibilizados pela MEAC, 58 prontuários foram excluídos do presente estudo, resultando em uma amostra final de 291 partos induzidos com misoprostol. O processo de seleção da amostra está detalhado na Imagem 1.

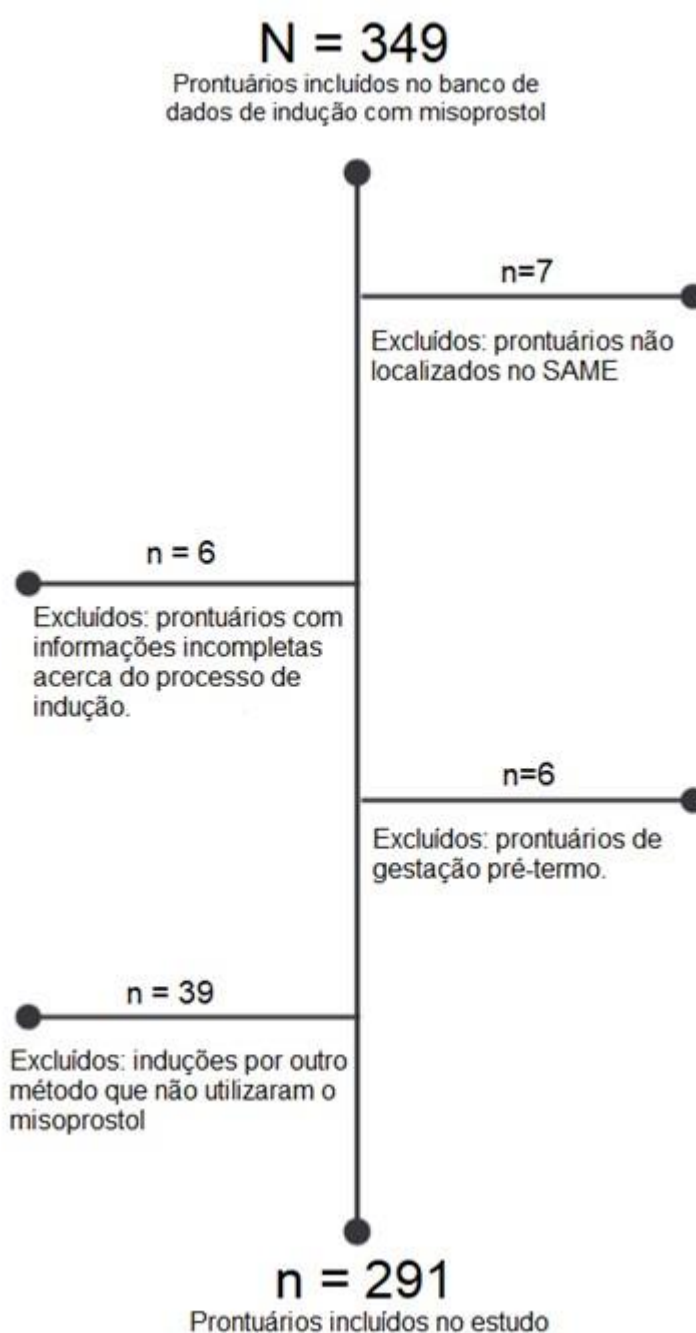


Imagem 1: Amostra final do estudo “Fatores maternos e fetais associados ao insucesso da indução do parto com misoprostol em gestações a termo” após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão. Fortaleza, Brasil, 2022. Fonte: dados da pesquisa.

Os dados passaram por procedimento de tabulação no Microsoft Excel® 2019, e processamento por meio do software R for Windows versão 3.5.1, onde foram aplicadas medidas de síntese (estatística descritiva e distribuição de frequência) e aplicação dos testes analíticos de *Qui-quadrado* de independência, teste exato de Fisher e teste de soma de postos de Wilcoxon, com o objetivo de estabelecer associação entre variáveis preditoras e o desfecho da via de parto. Adotou-se um Intervalo de Confiança (IC) de 95%, erro amostral (ϵ) de 5% e o nível de significância de $p \leq 0,05$.

3.7 Variáveis do estudo

3.7.1 Dados sociodemográficos

A pesquisa de dados sociodemográficos possibilita apurar informações de um grupo de pessoas e conhecer um perfil populacional. Neste estudo, foram coletados os seguintes dados: data de nascimento, idade, ocupação, procedência, estado civil, cor, escolaridade e religião.

3.7.2 Dados gineco-obstétricos

A coleta de informações gineco-obstétricas permite a identificação das características sexuais e reprodutivas das mulheres. Sendo assim, neste estudo foram apurados dados sobre menarca, sexarca, quantidade de gestações, paridade e aborto, tipo de parto, filhos nascidos vivos ou natimortos e complicações em gestações anteriores.

3.1 Gestação atual

Dados sobre a gestação atual permitem conhecer o contexto obstétrico e analisar com mais precisão o desfecho da indução do parto. Para isso, as informações

necessárias para essa análise foram a idade gestacional, se a gravidez foi planejada ou não, se houve pré-natal e quantas consultas, se comorbidades foram desenvolvidas durante a gestação e quais, quantidade de doses de misoprostol, se foi utilizada ocitocina para condução do trabalho de parto, desfecho do parto, data e hora do parto.

3.7.4 Desfechos maternos

Os dados sobre os desfechos maternos possibilitam avaliar a eficácia da indução do trabalho de parto com misoprostol e planejar abordagens mais qualificadas e específicas em assistências futuras. Para isso, foram coletadas informações sobre a indicação de indução, data e hora das doses de misoprostol, tempo do início da indução até o momento do parto, se houve trabalho de parto, uso de ocitocina durante o trabalho de parto e o Bishop de início, analgesia de parto, amniotomia, hemorragia pós-parto, rotura uterina, episiotomia, episiorrafia, laceração e seu grau, desistência do trabalho de parto ao longo da indução, indicação de cesárea, equipe que prestou assistência ao parto e local de transferência da paciente após o parto.

3.1 Desfechos neonatais

Os dados sobre os desfechos neonatais são importantes para analisar a repercussão da indução para o bebê e guiar condutas adequadas para a sua assistência. Portanto, coletaram-se informações a respeito do índice de Apgar no 1º e 5º minuto, clampeamento do cordão umbilical, uso de HOOD ou *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), reanimação em sala de parto, toco-traumatismo, peso, estatura, contato pele a pele, estímulo à amamentação na primeira hora e local de transferência do recém-nascido após o parto.

3.8 Aspectos éticos

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand via Plataforma Brasil, sendo aprovado sob

CAAE n. 48454021.0.0000.5050, acrescentando-se a emenda para extensão do período de coleta dos dados.

Os dados foram coletados respeitando-se os princípios éticos da pesquisa científica com seres humanos e garantindo a autonomia dos sujeitos, não maleficência e beneficência da pesquisa de acordo com os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

4 RESULTADOS

Após realizada a coleta de dados, observou-se que os partos vaginais corresponderam a 203 (70,0%) e as cesarianas a 88 (30,0%) do total de 291 gestantes estudadas. Os resultados a partir desse desfecho primário serão descritos a seguir.

Ao analisar o perfil sociodemográfico das participantes do estudo, foi constatado que a maioria delas possuía entre 16 e 34 anos, 235 (81,0%). A média de idade foi de 27 anos (DP \pm 7)

Em relação à ocupação, observou-se que 166 (60,0%) participantes exerciam atividades não remuneradas. Grande parcela das mulheres procedia de Fortaleza, 236 (81,0%), e de regiões metropolitanas, 31 (11,0%). Quanto ao estado civil, 234 mulheres (83,0%) referiram ter companheiro. A cor parda autodeclarada foi predominante em 249 (93,0%) delas. Ao observar a escolaridade, 167 (59,0%) possuíam entre 10 e 12 anos de estudo, correspondendo ao ensino médio completo ou incompleto. Houve grande ausência de registro sobre a religião, sendo evidenciado apenas 82 registros, dos quais 74 (90,0%) relataram professar fé. Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Perfil Sociodemográfico		
	n	%
Idade (n = 291)		
≤ 15 anos	8	3,0%
16 a 34 anos	235	81,0%
≥ 35 anos	48	16,0%
Média: 27 (DP \pm 7)		
Ocupação (n = 275)		
Não remunerada	166	60,0%
Remunerada	109	40,0%
Procedência (n = 291)		
Capital	236	81,0%
Região metropolitana	31	11,0%
Interior	24	8,0%

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022. Continuação.

Perfil Sociodemográfico		
	n	%
Estado civil (n = 281)		
Com companheiro	234	83,0%
Sem companheiro	47	17,0%
Cor (n = 269)		
Branca	14	5,0%
Preta	6	2,0%
Parda	249	93,0%
Anos de estudo (n = 281)		
Até 9 anos	79	28,0%
10 a 12 anos	167	59,0%
≥ 13 anos	35	13,0%
Religião (n = 82)		
Professa fé	74	90,0%
Não professa fé	8	10,0%

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto aos antecedentes clínicos e gineco-obstétricos, observou-se que 209 (73,0%) participantes do estudo não apresentavam comorbidades prévias. A menarca ocorreu antes dos 15 anos em 132 (92,0%) mulheres e a sexarca após os 15 anos em 66 (63,0%) delas, grande parte dessas informações não havia registro. Em relação ao número de gestações, quase metade das gestantes possuíam apenas uma gestação prévia, totalizando 128 (44,0%). A maioria das mulheres era primípara, 145 (51,0%). Entre as complicações em gestações anteriores, a maioria não se aplicava pois 128 (44,0%) participantes eram primigestas ou não havia registro das complicações no prontuário. Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis dos antecedentes clínicos e gineco-obstétricos de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE 2022.

Antecedentes clínicos e gineco-obstétricos		
	n	%
Comorbidades prévias (n = 287)		
Nega	209	73,0%
Uma ou mais comorbidades	78	27,0%

Tabela 2 - Distribuição das variáveis dos antecedentes clínicos e gineco-obstétricos de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE 2022. Continuação.

Antecedentes clínicos e gineco-obstétricos		
	n	%
Menarca (n = 143)		
Até 15 anos	132	92,0%
Após 15 anos	11	8,0%
Sexarca (n = 105)		
Até 15 anos	39	37,0%
Após 15 anos	66	63,0%
Paridade (n = 283)		
Primípara	145	51,00%
Múltipara	138	49,00%

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à história obstétrica atual, constataram-se 165 prontuários com ausência de registro quanto ao fato de a gestação ser planejada ou não, evidenciando uma lacuna na assistência ao pré-natal. Dos 126 registros identificados, 91 (72,0%) das gestações não foram planejadas. No que se refere a essa assistência, 239 (83,0%) gestantes iniciaram no primeiro trimestre e 262 (90,0%) realizaram 6 ou mais consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019). Além disso, foi observado que 149 (52,0%) desses pré-natais foram classificados como de risco habitual.

Ao analisar as morbidades na gestação, observou-se que 178 participantes (61,0%) desenvolveram alguma patologia durante o período gestacional, sendo 82 (30,0%) pré-eclâmpsia (PE) e 101 (37,0%) diabetes mellitus gestacional (DMG). Entre as indicações de indução do parto, tais morbidades apresentaram as maiores taxas, representando 105 (36,0%) de síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica e hipertensão gestacional) e 96 (33,0%) de DMG. Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos dados referentes à gestação atual de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza -CE, 2022.

Gestação atual		
	n	%
Gestação planejada (n = 126)		
Sim	35	28,0%
Não	91	72,0%
Classificação do pré-natal (n = 289)		
Risco habitual	149	52,0%
Alto risco	140	48,0%
Início do pré-natal (n = 288)		
1º trimestre	239	83,0%
2º trimestre	42	15,0%
3º trimestre	7	2,0%
Quantidade de consultas (n = 290)		
< 6 consultas	28	10,0%
≥ 6 consultas	262	90,0%
Morbidades na gestação (n = 291)		
Sim	178	61,0%
Não	113	39,0%
Pré-eclâmpsia na gestação (n = 273)		
Sim	82	30,0%
Não	191	70,0%
DMG na gestação (n = 276)		
Sim	101	37,0%
Não	175	63,0%
Indicação para indução (n = 291)		
Gestação prolongada		
Sim	34	12,0%
Não	257	88,0%
Síndromes hipertensivas		
Sim	105	36,0%
Não	186	64,0%
DMG		
Sim	96	33,0%
Não	195	67,0%
RAMO		
Sim	71	24,0%
Não	220	76,0%

Fonte: dados da pesquisa.

Foi possível identificar uma grande variação na quantidade de doses de misoprostol administradas no processo de indução. Na maioria das gestantes, 82 (28,0%) delas, foram administrados dois comprimidos. Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição da quantidade de doses de misoprostol administradas em mulheres submetidas à indução do parto no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Quantidade de doses de misoprostol	(n=290)	
	n	%
1	63	22,0%
2	82	28,0%
3	45	16,0%
4	30	10,0%
5	21	7,0%
6	20	7,0%
7	11	4,0%
8	18	6,0%

Fonte: dados da pesquisa.

O tempo de indução superior a 24 horas, da administração do primeiro comprimido até o momento do parto, foi prevalente em 115 (40,0%) casos. Além disso, 239 (82,0%) mulheres entraram em trabalho de parto com o uso do misoprostol. O uso de ocitocina associado ao misoprostol foi evidenciado em apenas 54 (19,0%) das induções e em 269 (92,0%) casos não havia o registro do índice de Bishop no início da ocitocina. Também foi evidenciada realização da amniotomia com o misoprostol, sendo apenas em 36 (18,0%) das induções registradas. Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das variáveis correspondentes ao processo de indução com misoprostol e relacionadas ao parto no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Variáveis relacionadas à indução e ao parto		
Tempo de indução até o parto (n = 289)	n	%
≤ 6 horas	11	3,0%
7 a 12 horas	72	25,0%
13 a 18 horas	51	18,0%
19 a 24 horas	40	14,0%
≥ 25 horas	115	40,0%

Tabela 5 - Distribuição das variáveis correspondentes ao processo de indução com misoprostol e relacionadas ao parto no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022. Continuação.

Variáveis relacionadas à indução e ao parto		
	n	%
Trabalho de parto (n = 290)		
Sim	239	82,0%
Não	51	18,0%
Uso de ocitocina (n = 291)		
Sim	54	19,0%
Não	237	81,0%
Amniotomia (n = 199)		
Sim	36	18,0%
Não	163	82,0%

Fonte: dados da pesquisa.

Dentre os desfechos maternos, a hemorragia pós-parto (HPP) ocorreu em apenas 13 (4,0%) partos e não houve registros de rotura uterina. A episiotomia foi realizada em apenas 3 (1,0%), casos as lacerações perineais aconteceram em 150 (75,0%) mulheres, sendo 69 (45,0%) de 1º grau, 79 (51,0%) de 2º grau, 3 (2,0%) de 3º grau e 3 (2,0%) de 4º grau. A sutura foi necessária em 119 do total de lacerações (70,0%). Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos desfechos maternos em partos sob indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Desfechos maternos		
	n	%
Tipo de parto (n = 291)		
Vaginal	203	70,0%
Cesárea	88	30,0%
Hemorragia pós-parto (n = 291)		
Sim	13	4,0%
Não	278	96,0%
Episiotomia (n = 202)		
Sim	3	1,0%
Não	199	99,0%
Laceração perineal (n = 200)		
Sim	150	75,0%
Não	50	25,0%

Tabela 6 - Distribuição dos desfechos maternos em partos sob indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022. Continuação.

Desfechos maternos		
	n	%
Grau da laceração (n = 154)		
1º grau	69	45,0%
2º grau	79	51,0%
3º grau	3	2,0%
4º grau	3	2,0%
Sutura (n = 168)		
Sim	119	70,0%
Não	49	30,0%

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação aos 88 partos cirúrgicos, foram predominantes as indicações por: desistência materna do processo de indução totalizando 32 (36,0%), sofrimento fetal agudo (SFA), totalizando 27 (30,0%) e parada de progressão, totalizando 11 (12,0%). Os dados obtidos foram detalhados na tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição das indicações de cesárea em partos sob indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Indicações de cesárea		
	n	%
Malogro de indução (n = 88)		
Sim	9	10,0%
Não	79	90,0%
SFA - mecônio (n = 87)		
Sim	7	8,0%
Não	80	92,0%
SFA - CTG patológica (n = 88)		
Sim	10	11,0%
Não	78	89,0%
SFA - taqui ou bradicardia fetal (n = 88)		
Sim	10	11,0%
Não	78	89,0%
Taquissístolia (n = 88)		
Sim	6	7,0%
Não	82	93,0%

Tabela 7 - Distribuição das indicações de cesárea em partos sob indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022. Continuação.

Indicações de cesárea		
	n	%
Desistência materna da indução (n = 88)		
Sim	32	36,0%
Não	56	64,0%
Parada de progressão (n = 88)		
Sim	11	12,0%
Não	77	88,0%

Fonte: dados da pesquisa.

No que se refere à transferência materna, 196 puérperas (67,0%) foram para o alojamento conjunto, 76 (26,0%) para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) e 19 (7,0%) para o centro cirúrgico após HPP e lacerações perineais. Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos dados de transferência materna de mulheres após o parto induzido com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Transferência materna	(n = 291)	
	n	%
Alojamento conjunto	196	67,0%
Sala de recuperação pós-anestésica	76	26,0%
Centro cirúrgico	19	7,0%

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar as variáveis relacionadas ao recém-nascido (RN), o índice de Apgar no 1º minuto de vida foi maior ou igual a 7 em 285 (98,0%) bebês e no 5º minuto, maior ou igual a 7 em 289 (99,7%) bebês. O clameamento oportuno do cordão umbilical ocorreu em 259 (91,0%) casos. Não foi necessário o uso de HOOD/CPAP em 282 (97,0%) casos e nem reanimação em sala de parto. O tocotraumatismo ocorreu em apenas 3 (1,0%) casos. Em relação à média de peso ao nascer, foi observada a média de 3,233g (DP ± 431). Quanto à estatura do bebê, evidenciou-se a média de 48,58 cm (DP ± 2,93). O contato pele a pele foi realizado em 220 (77,0%) nascimentos e o estímulo à amamentação na primeira hora de vida,

em 176 (64,0%). No que se refere à transferência do RN, 276 (96,0%) bebês foram transferidos para o alojamento conjunto (AC). Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição das variáveis associadas aos desfechos neonatais dos partos induzidos com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Desfechos neonatais		
	n	%
Índice de APGAR no 1º minuto (n = 290)		
< 7	5	2,0%
≥ 7	285	98,0%
Índice de APGAR no 5º minuto (n = 290)		
< 7	1	0,3%
≥ 7	289	99,7%
Clampeamento do cordão umbilical (n = 286)		
Oportuno	259	91,0%
Imediato	27	9,0%
Uso de HOOD/CPAP (n = 290)		
Sim	8	3,0%
Não	282	97,0%
Reanimação em sala de parto (n = 290)		
Sim	0	0,0%
Não	290	100,0%
Tocotraumatismo (n = 291)		
Sim	3	1,0%
Não	288	99,0%
Peso ao nascer		
Média ± DP (Mediana):		
3,233 ± 431 (3,230)		
Estatura		
Média ± DP (Mediana):		
48.58 ± 2.93 (49.00)		
Contato pele a pele (n = 284)		
Sim	220	77,0%
Não	64	23,0%
Estímulo à amamentação na 1ª hora (n = 274)		
Sim	176	64,0%
Não	98	36,0%
Transferência do RN (n = 289)		
Alojamento conjunto	276	96,0%
UCINCO	13	4,0%

Fonte: dados da pesquisa.

Após descrever as principais variáveis e os principais desfechos ocorridos nos partos submetidos à indução com o misoprostol, buscou-se realizar análises bivariadas comparando as vias de parto (vaginal ou cesárea) a fim de compreender os fatores associados à falha da indução, ou seja, resolução da gestação por via alta (cesárea).

As variáveis sociodemográficas (idade, ocupação, procedência, estado civil, raça, religião e escolaridade) não apresentaram diferenças significativas entre as vias de parto, exceto pela escolaridade, a qual mostrou maiores taxas de parto vaginal em mulheres com mais níveis de escolaridade, totalizando 109 (39,0%). Os dados estão distribuídos na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição da análise bivariada das variáveis sociodemográficas de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Variáveis sociodemográficas	Via de parto		p-valor*
	Vaginal	Cesárea	
Idade (n = 291)	27 ± 7 (26)	26 ± 7 (26)	0.177
Ocupação (n = 275)			0.662
Não remunerada	117 (43,0%)	49 (18,0%)	
Remunerada	77 (28,0%)	32 (11,0%)	
Procedência (n = 291)			0.797
Capital	166 (57,0%)	70 (24,0%)	
Região metropolitana	20 (7,0%)	11 (4,0%)	
Interior	17 (6,0%)	7 (2,0%)	
Estado civil (n = 281)			0.535
Com companheiro	159 (57,0%)	75 (26,0%)	
Sem companheiro	36 (13,0%)	11 (4,0%)	
Raça (n = 269)			
Branca	12 (5,9%)	2 (2,3%)	
Preta	5 (2,5%)	1 (1,1%)	
Parda	176 (87,0%)	73 (83,0%)	
Religião (n = 82)			0.116
Professa fé	54 (66,0%)	20 (24,0%)	
Não professa fé	8 (10,0%)	0 (0,0%)	

Tabela 10 - Distribuição da análise bivariada das variáveis sociodemográficas de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022. Continuação.

Variáveis sociodemográficas	Via de parto		p-valor*
	Vaginal	Cesárea	
Escolaridade (n = 281)			0.051
Até 9 anos de estudo	63 (22,0%)	16 (6,0%)	
10 a 12 anos de estudo	109 (39,0%)	58 (21,0%)	
≥ 13 anos de estudo	26 (9,0%)	9 (3,0%)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste de soma de postos de Wilcoxon; Teste exato de Fisher; Teste qui-quadrado de independência.

Também foram analisados os seguintes tópicos: antecedentes gineco-obstétricos, história da gestação e do parto atual, indicações de cesárea e os desfechos maternos e fetais. Ao analisar a quantidade de gestações anteriores, verificou-se que a maior taxa de cesárea ocorreu em mulheres primigestas, totalizando 50 (57,0%). As primíparas também apresentaram as maiores taxas de cesárea, totalizando 57 (71,0%). Sendo assim, não foi possível analisar a variável de complicações em gestações anteriores, uma vez que a maioria das mulheres era primigesta. Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição das variáveis da análise bivariada de antecedentes obstétricos de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Antecedentes obstétricos	Via de parto		p-valor*
	Vaginal (n = 203)	Cesárea (n = 88)	
Primigesta	78 (38,0%)	50 (57,0%)	0.003
Primípara	88 (46,0%)	57 (71,0%)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste de soma de postos de Wilcoxon; Teste exato de Fisher; Teste qui-quadrado de independência

Ao comparar a classificação do pré-natal, 45 (51,0%) das gestantes que tiveram parto cirúrgico realizaram pré-natal de alto risco. Das 88 mulheres submetidas a cesárea após indução, 58 (66,0%) desenvolveram alguma morbidade durante a gestação, sendo as morbidades prevalentes: síndromes hipertensivas e DMG. Foi evidenciada uma associação significativa entre pré-eclâmpsia e desfecho de parto cesárea após a indução. Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição das variáveis da análise bivariada da história da gestação atual de mulheres submetidas à indução com misoprostol no período de 2020 a 2021. Fortaleza - CE, 2022.

Gestação atual	Via de parto		p-valor*
	Vaginal (n=203)	Cesárea (n=88)	
Pré-natal de alto risco	95 (47,0%)	45 (51,0%)	0.493
Morbidades na gestação	120 (59,0%)	58 (66,0%)	0.275
Pré-eclâmpsia	49 (24,0%)	33 (38,0%)	0.034
DMG	68 (33,0%)	33 (38,0%)	0.545

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste de soma de postos de Wilcoxon; Teste exato de Fisher; Teste qui-quadrado de independência

No que se refere à quantidade de doses de misoprostol administradas durante o processo de indução, a grande maioria das gestantes receberam até dois comprimidos, não sendo verificada associação entre o número de doses de misoprostol e o desfecho do parto. Houve associação entre o uso da ocitocina e o desfecho de parto vaginal, visto que as induções que evoluíram para parto vaginal foram associadas ao uso da ocitocina para condução do trabalho de parto. Das 88 mulheres submetidas à cesárea após a indução, 79 (90,0%) não utilizaram a ocitocina associada com o misoprostol no processo de indução. Em relação ao tempo da indução desde a administração do primeiro comprimido de misoprostol até o momento do parto, 38 (43,0%) gestantes submetidas a cesárea passaram pelo processo de indução por mais de 25 horas. Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição das variáveis da análise bivariada dos eventos ocorridos durante a indução com misoprostol durante o período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Eventos durante a indução	Via de parto		p-valor*
	Vaginal (n=203)	Cesárea (n=88)	
Doses de misoprostol			
1 dose	47 (23,0%)	16 (18,0%)	
2 doses	61 (30,0%)	21 (24,0%)	
3 doses	28 (14,0%)	17 (19,0%)	
4 doses	21 (11,0%)	9 (10,0%)	
5 doses	12 (6,0%)	9 (10,0%)	
6 doses	15 (7,0%)	5 (6,0%)	
7 doses	8 (4,0%)	4 (5,0%)	
8 doses	11 (5,0%)	7 (8,0%)	
Uso de ocitocina			
Sim	43 (21,0%)	9 (10,0%)	0.025
Não	160 (79,0%)	79 (90,0%)	
Tempo da indução			
≤ 6 horas	11 (5,0%)	0 (0,0%)	0.033
7 a 12 horas	52 (26,0%)	20 (23,0%)	
13 a 18 horas	39 (19,0%)	12 (14,0%)	
19 a 24 horas	24 (12,0%)	18 (20,0%)	
≥ 25 horas	77 (38,0%)	38 (43,0%)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste de soma de postos de Wilcoxon; Teste exato de Fisher; Teste qui-quadrado de independência

Quanto às indicações das 88 cesáreas, foram evidenciadas as seguintes prevalências: solicitação materna por desistência da indução, totalizando 32 (36,0%); parada de progressão, totalizando 11 (12,0%); SFA (taquicardia ou bradicardia fetal), totalizando 10 (11,0%) e SFA (cardiotocografia patológica), totalizando 10 (11,0%). Além disso, foi observada uma associação significativa entre o tempo de indução e o desfecho de parto cesárea. Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição das indicações de cesárea em trabalhos de parto induzidos com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Indicações de cesárea	(n = 88)		p-valor*
	Sim	Não	
Desistência materna da indução	32 (36,0%)	56 (64,0%)	>0.999
Parada de progressão	11 (12,0%)	77 (88,0%)	>0.999

Tabela 14 - Distribuição das indicações de cesárea em trabalhos de parto induzidos com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022. Continuação.

Indicações de cesárea	(n = 88)		p-valor*
	Sim	Não	
SFA - taqui ou bradicardia fetal	10 (11,0%)	78 (89,0%)	>0.999
SFA - cardiocografia patológica	10 (11,0%)	78 (89,0%)	>0.999
SFA - mecônio	7 (8,0%)	80 (92,0%)	>0.999
Taquissistolia	6 (7,0%)	82 (93,0%)	>0.999
Malogro de indução	9 (10,0%)	79 (90,0%)	>0.999

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste de soma de postos de Wilcoxon; Teste exato de Fisher; Teste qui-quadrado de independência.

Nos desfechos maternos analisados, foi possível identificar a via de parto associando com as indicações de indução, evidenciando as mais prevalentes em cesáreas: síndromes hipertensivas, totalizando 38 (43,0%) e DMG, totalizando 32 (36,0%). Além disso, evidenciou-se com significância estatística que 50 (56,0%) gestantes submetidas à cesárea não entraram em trabalho de parto, ou seja, desistiram da indução antes mesmo de alcançar o trabalho de parto. A hemorragia pós-parto (HPP) ocorreu em apenas uma (1,1%) mulher que teve o parto cirúrgico. Foi observada uma associação estatística em relação ao desfecho de parto e a transferência materna, somente oito (9,0%) mulheres foram transferidas para o alojamento conjunto (AC) após o parto cesárea. Em contrapartida, 188 (93,0%)

mulheres foram transferidas para o AC após o parto vaginal. Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição da análise bivariada das variáveis dos desfechos maternos das mulheres submetidas à indução do parto com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Desfechos maternos	Via de parto		p-valor*
	Vaginal (n=203)	Cesárea (n=88)	
Indicações de indução			
Gestação prolongada	28 (14,0%)	6 (6,8%)	0.089
Síndromes hipertensivas	67 (33,0%)	38 (43,0%)	0.097
DMG	64 (32,0%)	32 (36,0%)	0.420
RAMO	53 (26,0%)	18 (20,0%)	0.302

Tabela 15 - Distribuição da análise bivariada das variáveis dos desfechos maternos das mulheres submetidas à indução do parto com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022. Continuação.

Desfechos maternos	Via de parto		p-valor*
	Vaginal (n=203)	Cesárea (n=88)	
Trabalho de parto			<0.001
Sim	201 (99,0%)	38 (44,0%)	
Não	2 (1,0%)	50 (56,0%)	
Hemorragia pós-parto	12 (5,9%)	1 (1,1%)	0.118
Transferência materna			<0.001
Alojamento conjunto	188 (93,0%)	8 (9,0%)	
Sala de recuperação	4 (2,0%)	72 (82,0%)	
Centro cirúrgico	11 (5,0%)	8 (9,0%)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste de soma de postos de Wilcoxon; Teste exato de Fisher; Teste qui-quadrado de independência.

Nos desfechos neonatais analisados, não houve associação significativa entre índices de APGAR no 1º e 5º minutos e a via de parto, assim também ocorreu com o clampeamento do cordão umbilical, peso ao nascer e estatura. Entretanto, evidenciou-se que o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida foram realizados em sua maioria nos partos vaginais, totalizando 171 (60,0%) e 142 (52,0%) respectivamente. Quanto à transferência do recém-nascido, foi observado que a maior parte dos bebês foram transferidos para o alojamento conjunto

independente da via de parto, sendo 196 (97,0%) após o parto vaginal e 80 (91,0%) após o parto cesárea. Os dados obtidos foram detalhados na Tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição da análise bivariada das variáveis dos desfechos neonatais de recém-nascidos das mulheres submetidas à indução do parto com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022.

Desfechos neonatais	Via de parto		p-valor*
	Vaginal (n=203)	Cesárea (n=88)	
APGAR 1º minuto			>0.999
< 7	4 (2,0%)	1 (1,0%)	
≥ 7	199 (98,0%)	87 (99,0%)	
APGAR 5º minuto			0.514
< 7	0 (0,0%)	1 (1,0%)	
≥ 7	203 (100,0%)	87 (99,0%)	

Tabela 16 - Distribuição da análise bivariada das variáveis dos desfechos neonatais de recém-nascidos das mulheres submetidas à indução do parto com misoprostol no período de 2020 a 2021, MEAC. Fortaleza - CE, 2022. Continuação.

Desfechos neonatais	Via de parto		p-valor*
	Vaginal (n=203)	Cesárea (n=88)	
Clampeamento do cordão			0.388
Oportuno	186 (92,0%)	78 (89,0%)	
Imediato	17 (8,0%)	10 (11,0%)	
Peso ao nascer			0.184
Média ± DP (mediana)	3,207 ± 438 (3,210)	3,294 ± 411 (3,308)	
Estatura			0.559
Média ± DP (mediana)	48.50 ± 3.32 (49.00)	48.75 ± 1.74 (49.00)	
Contato pele a pele (n=284)			<0.001
Sim	171 (60,0%)	49 (17,0%)	
Não	28 (10,0%)	36 (13,0%)	
Amamentação na 1ª hora (n=274)			<0.001
Sim	142 (52,0%)	34 (12,0%)	
Não	50 (18,0%)	48 (18,0%)	
Uso de HOOD/CPAP			>0.999
Sim	6 (3,0%)	2 (2,0%)	
Não	197 (97,0%)	86 (98,0%)	
Tocotraumatismo			0.690
Sim	3 (1,0%)	0 (0,0%)	
Não	200 (99,0%)	88 (100,0%)	
Transferência do RN para AC (n=276)	196 (97,0%)	80 (91,0%)	0.061

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste de soma de postos de Wilcoxon; Teste exato de Fisher; Teste qui-quadrado de independência.

5 DISCUSSÃO

O percentual de cesárea evidenciado na pesquisa (30,0%) se encontra longe do proposto pela OMS, a qual recomenda uma taxa de 10% a 15% de partos cirúrgicos realizados em um serviço de saúde (OMS, 2015). Acredita-se, então, que a análise dessas induções pode contribuir para a diminuição do número de cesáreas eletivas.

Por se tratar de uma pesquisa retrospectiva com coleta dos dados nos prontuários, diversos dados não foram encontrados ou estavam incompletos. O IMC das gestantes não foi registrado em quase todos os prontuários, não permitindo incluir essa variável na análise do estudo. Além disso, houve ausência de registros do índice de Bishop no início do uso da ocitocina associada ao misoprostol na maioria dos prontuários.

A faixa etária predominante de todas as participantes do estudo foi de 26 anos, independentemente do desfecho do parto, o que contradiz com um estudo observacional retrospectivo realizado na República da Coreia que avaliou o efeito da idade materna nos resultados após indução, o qual afirmou que a taxa de cesárea após indução foi significativamente maior em mulheres com idade avançada (≥ 35 anos) (JEONG *et al.*, 2021).

Em um estudo descritivo realizado em Fortaleza - CE com gestantes submetidas à indução também se observou a predominância de mulheres em idade reprodutiva com média de 23,7 anos, de cor parda em processo de indução e provenientes da capital (FURTADO, 2018). Em nosso estudo a maior taxa de mulheres possuía companheiro, discordando dos dados encontrados em uma pesquisa transversal elaborada em uma maternidade de Salvador - BA sobre o uso do misoprostol, que revelaram maiores taxas de mulheres sem companheiro (GONÇALVES, 2022). Dados evidenciados em nossa pesquisa mostraram que a maioria das cesarianas ocorreu em mulheres com trabalho não remunerado, discordando de uma pesquisa realizada em um hospital de referência no norte do Brasil que avaliou os fatores associados à cesárea, a qual evidenciou que metade das entrevistadas afirmou possuir trabalho remunerado (MOREIRA *et al.*, 2022).

Resultados encontrados em uma pesquisa de base nacional elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2021 mostraram que mulheres com

mais anos de estudo são as que mais se submetem à cesariana, justificando-se pelas taxas de partos vaginais em mulheres de nível médio completo e superior incompleto (42,2%), sendo ainda menor entre aquelas com superior completo (21,3%). Na população aqui estudada encontraram-se resultados semelhantes quanto à escolaridade, evidenciando que das 88 (30,0%) das cesáreas, 58 (21,0%) ocorreram em mulheres com 10 a 12 anos de estudo.

Em relação à cor, percebeu-se diferença em comparação com uma pesquisa transversal realizada em uma maternidade no oeste catarinense, a qual relatou que a maior taxa de cesáreas ocorreu em mulheres autodeclaradas brancas, indo de encontro aos resultados deste presente estudo, onde as mulheres autodeclaradas pardas foram as mais submetidas ao parto cesariano (ROSSETO *et al.*, 2020).

Este estudo identificou que as indicações de indução do trabalho de parto prevalentes foram síndromes hipertensivas (36,0%), DMG (33,0%) e RAMO (24,0%). Já em uma pesquisa observacional retrospectiva realizada no Paquistão mostrou que as indicações de indução mais frequentes foram gestação prolongada (34,2%), seguida de RAMO (16,5%), síndrome hipertensiva (10,7%), oligodrâmnio (8,6%), redução de movimentos fetais (7,7%), e diabetes (7,7%) (RAZA; SHAMS, 2019). Um estudo transversal elaborado no leste da Etiópia também constatou que as maiores indicações de indução foram as síndromes hipertensivas (46,70%) e RAMO (33,5%) (BESHIR *et al.*, 2021).

Neste estudo foi observado que a maior taxa de cesárea ocorreu em primíparas (71,0%), corroborando com um estudo de coorte retrospectivo sobre resultados maternos e fetais após indução desenvolvido nos Estados Unidos, que ao comparar a população de nulíparas e múltíparas que foram submetidas à indução do parto, constatou que a taxa de cesárea foi maior (23,2%) no primeiro grupo, sendo apenas 3,3% nas múltíparas (SOUTER *et al.*, 2019). A partir desse dado surge uma preocupação para as gestações futuras, uma vez que na prática obstétrica a alta taxa de cesariana prévia é um dos principais fatores que impactam os índices de partos cesáreas em um país (PEREIRA *et al.*, 2017).

Dados semelhantes aos deste estudo em relação à classificação do pré-natal e ao desenvolvimento de comorbidades na gestação associados à cesariana

são encontrados por um estudo de coorte prospectivo desenvolvido em hospital público universitário em Porto Alegre - RS, o qual relata que as gestações de alto risco e com desenvolvimento de distúrbios hipertensivos e diabetes tiveram prevalência do parto cesárea (ACCETTA *et al.*, 2013). Tal dado corrobora com as indicações de indução com maiores taxas de desfecho de cesariana encontradas neste estudo, as quais foram síndromes hipertensivas e DMG.

Diversos dados encontrados na literatura apontam que gestantes com distúrbios hipertensivos evoluem para o parto cesárea. Os achados de uma pesquisa realizada no sul do Brasil evidenciaram que as síndromes hipertensivas nas gestações de alto risco representam um fator de risco significativo para o parto cesárea (ANTUNES; ROSSI; PELLOSO, 2020).

Comparando o presente estudo com os estudos que associam a quantidade de doses de misoprostol ao sucesso da indução, foram observadas diferenças na média de comprimidos administrados. Em uma pesquisa retrospectiva realizada na África do Sul, evidenciou-se a média de 5,4 doses utilizadas no processo de indução, sendo as induções bem sucedidas após 4,8 doses e as mal sucedidas após 6,0 doses (BOSHOMANE; SEBLITOANE, 2019). No atual estudo observou-se que a maioria (28,0%) das gestantes utilizaram até dois comprimidos, corroborando com dados encontrados em um estudo observacional descritivo de análise retrospectiva em Hospital das Clínicas em Minas Gerais, no qual a maioria das mulheres (20,16%) fez uso de dois comprimidos de misoprostol (CORRÊA, 2021).

Ao analisar o uso da ocitocina no processo de indução do parto com misoprostol, este estudo identificou que entre as cesarianas a maioria (90,0%) não fez uso de ocitocina. Tal achado foi corroborado por uma pesquisa transversal elaborada em um hospital de referência no sul do Brasil, a qual evidenciou que o uso de ocitocina isolada ou associada ao misoprostol se mostrou mais eficaz, sendo observado maior índice de parto vaginal neste grupo (HINTZ, 2018).

Neste estudo, o tempo de indução prevalente foram as induções que duraram mais de 25 horas, discordando dos dados evidenciados pelo estudo observacional realizado em Minas Gerais, o qual identificou uma prevalência do tempo de indução de até 12 horas (48,68%) (CORRÊA, 2021). Este estudo identificou que quase metade (43,0%) das cesáreas passaram por um processo de indução por mais

de 25 horas, semelhante a uma pesquisa retrospectiva descritiva realizada em uma maternidade escola em Ribeirão Preto - SP, a qual mostrou que os partos cirúrgicos passaram pelo processo de indução por mais de 16 horas, desde o início da indução até o momento do parto (GOMES *et al.*, 2019). Tais dados podem sugerir uma associação positiva entre o tempo de indução prolongado e o desfecho do parto cesariana.

Ao analisar as indicações de cesárea, este estudo identificou prevalência de desistência materna, parada de progressão e SFA. A desistência materna do processo de indução resultando em cesárea pode ser explicada pela preferência de mulheres por este tipo de parto pela crença de ser menos doloroso, sendo um dos principais motivos da cesárea a pedido ou mudança de opinião quanto ao tipo de parto (OLIVEIRA; PENNA, 2018). Uma pesquisa observacional realizada no Paquistão sobre o uso do misoprostol em induções mostrou que das 25% das mulheres que passaram pelo processo de indução do parto e foram submetidas à cesárea, 16% tiveram como indicação o SFA e 6% falha de progressão, resultados que se assemelham a este estudo (AMIN *et al.*, 2018).

Outro dado bastante representativo deste estudo apresenta que mais da metade (56,0%) dos partos cirúrgicos ocorreram antes da gestante entrar em trabalho de parto. Este dado sugere uma associação com a desistência materna do processo de indução. Dados semelhantes a de uma pesquisa do Painel de Indicadores de Atenção Materna e Neonatal (2021) mostram que mais da metade (56,71%) das cesáreas foram realizadas antes do início do trabalho de parto.

Em relação à hemorragia pós-parto, este estudo evidenciou que as maiores taxas de HPP (5,9%) ocorreram após o parto vaginal, onde é comum a ocorrência de lacerações perineais (75,0%), como evidenciado neste estudo. A atonia uterina é a principal causa de HPP, entretanto, o trauma genital (lacerações) está entre as causas mais comuns desse evento, podendo explicar a associação entre HPP e parto vaginal (WHO, 2012).

Este estudo demonstrou a transferência materna após o parto, onde foi observado que a maioria das mulheres que tiveram parto vaginal foram para o alojamento conjunto (93,0%), enquanto grande parte (82,0%) das que tiveram parto cesárea foram para sala de recuperação pós-anestésica. Com essas informações

pode-se afirmar que a resolução do parto por via alta constitui um fator que dificulta o vínculo entre mãe e bebê, uma vez que o alojamento conjunto nas primeiras horas após o parto fortalece tal vínculo afetivo (BRASIL, 2022).

Quanto aos desfechos neonatais, em ambas as vias de parto o índice de Apgar maior que 7 no 5º minuto de vida foi prevalente, resultados semelhantes aos de um estudo observacional realizado no Paquistão, o qual relatou que quase todos os bebês pontuaram mais que 7 no Apgar em partos induzidos com misoprostol, concluindo que a indução não interfere negativamente na vitalidade do recém-nascido (AMIN *et al.*, 2018).

O clampeamento do cordão umbilical foi outro desfecho neonatal avaliado em nosso estudo. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendam o clampeamento oportuno (1 a 3 minutos) de acordo com diretrizes de 2022 com o objetivo de reduzir a anemia infantil. Neste estudo foi evidenciado que a via de parto não interferiu significativamente em tal desfecho, visto que o clampeamento oportuno ocorreu em 91,0% dos partos.

Outro achado importante quanto ao desfecho neonatal foi em relação ao contato pele a pele e à amamentação na primeira hora de vida. Nossos resultados relataram que após o parto cesárea tais ações foram menos executadas, indicando uma desvantagem para o binômio mãe e bebê. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo transversal que observou a interação entre mãe e RN, mostrando uma associação entre nascimentos de parto vaginal e contato pele a pele (ABDALA; CUNHA, 2019). O contato pele a pele e a amamentação precoce estão associados a uma maior probabilidade de transferência do recém-nascido para o alojamento conjunto (LEDO *et al.*, 2021). Apesar disso, nosso estudo evidenciou que quase todos os bebês foram transferidos para o AC, independentemente da via de parto, evidenciando que a indução é segura para o feto. Uma pesquisa elaborada em um centro obstétrico de um hospital universitário do Sul do Brasil mostrou que apenas 6,5% bebês tiveram como destino a UTI neonatal após indução do parto (SCAPIN *et al.*, 2018).

Além disso, o contato pele a pele facilita o processo de transição do bebê para o meio extrauterino, contribuindo para uma estabilização mais rápida da

frequência respiratória e da temperatura corporal. Um estudo transversal realizado no centro obstétrico de um hospital universitário no sul do Brasil relatou que o contato pele a pele favorece o início da amamentação na primeira hora de vida (ABDALA; CUNHA, 2019). O aleitamento materno é um importante fator para o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê, além de auxiliar na involução uterina como mecanismo de diminuir o risco de HPP, pois a sucção do bebê promove a produção de ocitocina (ACOG, 2020). Portanto, pode-se concluir que o insucesso da indução do trabalho de parto, resultando em parto cesárea, pode trazer repercussões negativas para a mãe e o bebê.

6 CONCLUSÃO

Este estudo se propôs a analisar os desfechos maternos e fetais associados à via de parto após indução com misoprostol, tendo como referência do insucesso do método o desfecho do parto por cesárea.

Concluimos que o perfil sociodemográfico das mulheres submetidas à indução foi caracterizado por gestantes na faixa etária de 16 a 34 anos, de cor parda, procedentes da capital, com ocupação não remunerada, com companheiro e média de 10 a 12 anos de estudo.

Foram evidenciados também os antecedentes clínicos e gineco-obstétricos, os quais mostraram que grande parte das participantes não apresentava comorbidades prévias, tiveram menarca antes dos 15 anos e sexarca após os 15 anos e eram primíparas. Já em relação à história obstétrica atual, a maioria não planejou a gestação, entretanto realizou pré-natal de risco habitual e iniciado do 1º trimestre gestacional com mais de seis consultas, evidenciando grande adesão ao pré-natal. Grande parte das gestantes desenvolveu morbidades durante a gravidez, constituindo as principais indicações de indução. A pré-eclâmpsia constituiu um fator significativo para o insucesso da indução.

Analisando o uso do misoprostol, percebeu-se que a quantidade prevalente de doses foi de dois comprimidos e tempo de indução superior a 24 horas, tanto em partos vaginais quanto em cesáreas. O uso de ocitocina associado ao comprimido foi pouco evidenciado, entretanto houve associação significativa entre o seu uso e o desfecho de parto vaginal, mostrando uma contribuição da administração do hormônio para o sucesso da indução.

Quanto aos desfechos maternos após a indução, a HPP esteve mais associada ao parto vaginal devido às lacerações perineais, as quais geralmente necessitam de sutura. Ao verificar a transferência materna após o parto, a maioria foi encaminhada para o alojamento conjunto, porém esse dado foi menos observado nos partos cirúrgicos, onde as mulheres eram encaminhadas para a SRPA. No que se refere aos desfechos neonatais, os bebês nasceram com boa vitalidade em ambas as vias de parto de acordo com o índice de Apgar e clampeamento oportuno do cordão umbilical. A média de peso ao nascer foi maior que três quilos. O contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida foram realizados na maioria dos casos,

entretanto foram menos evidenciados nos partos cesáreas. Concluiu-se, também, que a indução é segura para o feto, visto que não houve internação na UTI neonatal na amostra estudada.

Diante dos resultados encontrados com a realização dessa pesquisa, observa-se que as condições que mais contribuíram para a cesárea foram a desistência materna do processo de indução, o sofrimento fetal agudo e a parada de progressão. O fator mais associado ao insucesso da indução, a desistência materna, necessita de mais atenção por parte da equipe multiprofissional que presta assistência às gestantes desde o momento do pré-natal, que devem ser acompanhadas recebendo informações não só sobre a gravidez, mas também sobre o parto. Nesse contexto, é crucial que essas mulheres tenham conhecimento acerca das opções de indução, como são realizadas, seus benefícios, riscos e consequências, para assim desenvolverem um senso crítico a fim de nortear as suas escolhas.

Vale ressaltar que os resultados desse estudo demonstraram que a indução com misoprostol pode reduzir a taxa de cesárea em um serviço de saúde, visto que mais da metade das induções resultaram em parto vaginal. Portanto, o sucesso da indução é uma importante ferramenta para proporcionar uma rápida recuperação, reduzir a dor pós-parto, promover o vínculo entre mãe e bebê e favorecer o aleitamento materno.

Como limitação do estudo, pode-se destacar o fato de a coleta de dados ter sido feita por meio de prontuários, não possibilitando a verificação de informações importantes para a análise, seja por falta de registro ou por preenchimento incorreto. Além disso, pode ser apontada a dificuldade de acesso a alguns prontuários por não terem sido localizados no SAME.

Quanto às contribuições do estudo, ressalta-se a importância de conhecer e analisar os principais fatores associados ao processo e ao desfecho dos partos induzidos, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, complementando os dados disponíveis na literatura e constituindo informações necessárias para uma assistência segura, respeitosa e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, Leticia Gabriel; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz da. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. **Clinical & Biomedical Research**, Porto Alegre - RS, v. 38, n. 4, 2019. DOI <https://doi.org/10.4322/2357-9730.82178>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/82178>. Acesso em: 11 nov. 2022.
- ACCETTA, Solange Garcia; SALAZAR, Cristiano Caetano; VETTORAZZI, Janete; CAPP, Edison; OPPERMANN, Maria Lucia Rocha; PASSOS, Eduardo Pandolfi. Cesariana primária em nulíparas – fatores de risco em hospital público universitário. **Clinical & Biomedical Research**, [s. l.], v. 33, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/41009>. Acesso em: 24 set. 2022.
- ACOG, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Breastfeeding Benefits. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.acog.org/womens-health/infographics/breastfeeding-benefits>. Acesso em: 29 nov. 2022.
- AMANDO, Alexandra Rodrigues; COSTA, Lucivânia de Oliveira; ARAÚJO, Marianna dos Santos; MORAIS, Ramon José Leal de; FERNANDES, L Flávia Emília Cavalcante Valença; MELO, Rosana Alves de. Vivência de puérperas no processo de indução do trabalho de parto. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Pernambuco, ano 2020, p. 156-167, DOI 10.31011/reaid-2020-v.92-n.30-art.660. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1291059/660-texto-do-artigo-2924-1-10-20200629.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2022.
- AMIN, Nuzhat; GUL, Himasa; NISAR, Shahana. MISOPROSTOL IS SAFE FOR LABOUR INDUCTION IN TERM PREGNANCIES. **Journal of Medical Sciences, Paquistão**, v. 26, n. 3, p. 198-201, 2018.
- ANTUNES, Marcos Benatti; ROSSI, Robson Marcelo; PELLOSO, Sandra Marisa. SM. Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, 2020. DOI doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018042603526>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kqvyvpxg7XkznD4HgnTmLft/?lang=en>. Acesso em: 27 nov. 2022.
- AUCOTT, Susan *et al.* The Apgar Score. **American Academy of Pediatrics**, [s. l.], v. 136, ed. 4, p. 819-822, 2015. DOI 10.1542/peds.2015-2651. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/136/4/819/73821/The-Apgar-Score?autologincheck=redirected>. Acesso em: 29 nov. 2022.
- BESHIR, Yimer Mohammed; KURE, Mohammed Abdurke; EGATA, Gudina; ROBA, Kedir Teji. Outcome of induction and associated factors among induced labours in public Hospitals of Harari Regional State, Eastern Ethiopia: A two years' retrospective analysis. **PLoS ONE**, Índia, v. 16, n. 11, 2021. DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259723>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0259723>. Acesso em: 27 nov. 2022.

BOSHOMANE, J.M.; SEBITLOANE, H.M. Factors associated with successful induction of labour with oral misoprostol in term or post-term pregnancies. **Obstetrics and Gynaecology Forum**, South Africa, v. 29, n. 3, p. 25-28, 2019. DOI <https://hdl.handle.net/10520/EJC-17aa3c661b>. Disponível em: <https://journals.co.za/doi/10.10520/EJC-17aa3c661b>. Acesso em: 26 ago. 2022.

CESÁREAS respondem por 84% dos partos realizados por planos em 2019: Painel mostra que 56,7% dos partos foram realizados antecipadamente. Agência Brasil: Léo Rodrigues, 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/cesareas-respodem-por-84-dos-partos-realizados-por-planos-em-2019>. Acesso em: 16 nov. 2022.

CNATTINGIUS, Ragnhild; HÖGLUND, Berit; KIELER, Helle. Emergency cesarean delivery in induction of labor: an evaluation of risk factors. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, [s. l.], v. 84, n. 5, p. 456-462, 2009. DOI <http://dx.doi.org/10.1080/j.0001-6349.2005.00620.x>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0001-6349.2005.00620.x>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CORRÊA, Thayane Delazari. **ANÁLISE DE VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM NA TAXA DE SUCESSO DA INDUÇÃO DO PARTO COM MISOPROSTOL NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)**. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher) - Faculdade de Medicina, Minas Gerais, 2021

FILHO, Jorge Rezende. **Obstetrícia**. 14. ed. [S. l.]: Guanabara Koogan, 2022. 1100 p. ISBN 8527737779.

FURTADO, Marília Alves. **DESFECHOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS DE PARTURIENTES SUBMETIDAS À INDUÇÃO E/OU CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO COM OCITOCINA**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza - CE, 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017. 174 p.

GOMES, Karen; SOUSA, Ana Maria Magalhães; MAMEDE, Fabiana Villela; MAMEDE, Marli Villela. Indução do trabalho de parto em primíparas com gestação de baixo risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Ribeirão Preto - SP, n.12, 2010. DOI doi: 10.5216/ree.v12i2.10359. Disponível em: <https://www.mendeley.com/catalogue/9e1b0d9d-8bef-3c41-af5b-7a2f2c9daacd/>. Acesso em: 8 ago. 2022.

GONÇALVES, Edielson Filipe e Silva; LAGE, Fernanda Mirelle Gondim; CARDOSO, Thiago Marconi de Souza; LESSA, Licemary Guimarães. RESPOSTA AO USO DO MISOPROSTOL VAGINAL NA DILATAÇÃO UTERINA PARA INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO. **Graduação em Movimento - Ciências da Saúde**, Salvador - BA, v. 1, n. 3, 2022. Disponível em:

<https://periodicos.uniftc.edu.br/index.php/gdmsaude/article/view/138>. Acesso em: 1 dez. 2022.

GROBMAN, William A *et al.* Defining failed induction of labor. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, [s. l.], v. 218, n. 1, 2018. DOI 10.1016/j.ajog.2017.11.556. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29138035/>. Acesso em: 6 out. 2022.

GUIMARÃES, Nara Moraes *et al.* Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 12, p. 11942-11958, 2021. DOI:10.34117/bjdv7n2-019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24110/19302>. Acesso em: 15 jul. 2022.

HINTZ, Micheli Cristiane. **Misoprostol e ocitocina na indução do parto em um hospital de referência no Sul do Brasil**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) - Universidade do Sul de Santa Catarina, [S. l.], 2018. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/9486>. Acesso em: 6 nov. 2022.

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO. 6. ed. Ceará: **Maternidade Escola Assis Chateaubriand**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/obstetricia/pro-med-obs-017-v6-inducao-do-trabalho-de-parto-com-feto-vivo.pdf/view>. Acesso em: 22 jul. 2022.

JEONG, Yeonseong; CHOO, Sung Pil; YUN, Jisun; KIM, Eui Hyeok. Effect of maternal age on maternal and perinatal outcomes including cesarean delivery following induction of labor in uncomplicated elderly primigravidae. **Medicine**, [s. l.], v. 100, n. 34, 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000027063>. Disponível em: https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2021/08270/Effect_of_maternal_age_on_maternal_and_perinatal.47.aspx. Acesso em: 11 out. 2022.

KUMAR, Nimisha; HAAS, David M.; WEEKS, Andrew D. Misoprostol for labour induction. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, [s. l.], v. 77, p. 53-63, 2021. DOI <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.09.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693421001267?via%3Dihub>. Acesso em: 7 jul. 2022.

LEDO, Beatriz Cabral; GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; SANTOS, Andressa Silva Torres dos; ÁVILA, Fernanda Maria Vieira Pereira; SILVA, Aline Cerqueira Santos Santana da; BASTOS, Mayara Pacheco da Conceição. Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, n. 25, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0102>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Ky5RBYkyMTCFL5CWtXmQQrn/?lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2022.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MASCARELLO, Keila Cristina; MATIJASEVICH, Alicia; SANTOS, Iná da Silva dos; SILVEIRA, Mariângela Freitas. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, 2018. DOI 10.1590/1980-549720180010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/dc8g7c9Lq7xvFgqdCTZTCCB/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

MEAC: Sobre a Maternidade. Fortaleza - CE: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 23 nov. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/assistencia/meac/sobre-o-hospital>. Acesso em: 5 jul. 2022.

MOREIRA, Kátia Fernanda Alves; PEREIRA, Priscilla Perez da Silva; FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha; MELO, Nayra Carla de; FERREIRA, Lerissa Nauana; RODRIGUES, Marcos Antônio Sales. FATORES ASSOCIADOS À CESÁREA EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL: UM ESTUDO TRANSVERSAL. **Revista de Pesquisa em Saúde**, Porto Velho - RO, v. 22, n. 1, 2022. Disponível em: <http://cajapio.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/15067>. Acesso em: 27 nov. 2022.

OLIVEIRA, Tenilson Amaral; AQUINO, Márcia Maria A. de; NETO, Corintio Mariani. Indução do parto em pacientes com cesárea anterior. **Femina**, [s. l.], n. 37, p. 427-432, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-534963>. Acesso em: 28 set. 2022.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Claudia Maria de Mattos. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Belo Horizonte - MG, v. 71, n. 3, 2018. DOI 10.1590/0034-7167-2016-0497. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326209102_Every_birth_is_a_story_process_of_choosing_the_route_of_delivery. Acesso em: 1 nov. 2022.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Suíça: OMS, 2015, 8 p. Disponível em: [WHO RHR 15.02 por.pdf](#). Acesso em: 07 jul. 2022.

PARO, Helena Borges Martins da Silva; CATANI, Renata Rodrigues. INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO EM MULHERES COM OU SEM CESÁREA ANTERIOR: **Protocolo Assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia**. 30. ed. Uberlândia: EDUFU, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/25310/1/Indicac%cc%a7o%cc%83es%20de%20cesarea_HCU_UFU.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

PEREIRA, Marcos Nakamura; PEREIRA, Ana Paula Esteves; GAMA, Silvana Granado; LEAL, Maria do Carmo. FATORES ASSOCIADOS À CESÁREA ELETIVA

EM MULHERES ELEGÍVEIS PARA O PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA. In: ANAIS DO CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2017, . **Anais eletrônicos...** Campinas, Galoá, 2017. Disponível em: <<https://proceedings.science/epi/papers/fatores-associados-a-cesarea-eletiva-em-mulheres-elegiveis-para-o-parto-vaginal-apos-cesariana>>. Acesso em: 27 nov. 2022.

PFÜTZENREUTER, Glaucia Regina; CAVALIERI, Juliana Coutinho; FRAGOSO, Ana Paula de Oliveira; CORREGIO, Karine Souza Da; FREITAS, Paulo Fontoura; JÚNIOR, Alberto Trapani. Factors Associated with Intrapartum Cesarean Section in Women Submitted to Labor Induction. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [s. l.], v. 41, n. 6, p. 363-370, 2019. DOI <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688966>. ISSN 0100-7203. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0039-1688966>. Acesso em: 27 nov. 2022.

PROSTOKOS® (misoprostol): MODELO DE BULA PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE. [S. l.]: **INFAN INDUSTRIA QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL S/A**, 2022. Disponível em: https://bula.gratis/infan_industria_quimica_farmaceutica_nacional_s_a/1/prostokos/profissional. Acesso em: 28 jul. 2022.

RAZA, Fazia; SHAMS, Roeda. Risk of Cesarean Delivery In Induced Labour. **Medical Forum Monthly**, Paquistão, p. 55-58, 2019. Disponível em: <http://medforum.pk/article/15-risk-of-cesarean-delivery-in-induced-labour>. Acesso em: 27 nov. 2022.

ROSSETTO, Maíra; SCHMALFUSS, Joice Moreira; BEDIN, Karine; PINHEIRO, Adelaine Marília; BATISTA, Joanna d'Arc Lyra. Fatores associados à cesariana eletiva em mulheres atendidas em um hospital referência do oeste catarinense. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Chapecó - SC, v. 10, ed. 54, p. 1-17, 2020. DOI 10.5902/2179769239398. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/39398>. Acesso em: 29 ago. 2022.

SAÚDE, Ministério da. Pré-Natal e Parto. [S. l.], 4 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto>. Acesso em: 30 nov. 2022.

SAÚDE: IBGE: 55% dos partos no Brasil são cesarianas, mostra pesquisa. [S. l.]: O Globo, 26 ago. 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/ibge-55-dos-partos-no-brasil-sao-cesarianas-mostra-pesquisa-25170578>. Acesso em: 23 nov. 2022.

SCAPIN, Soliane Quitolina; GREGÓRIO, Vitória Regina Petters; COLLAÇO, Vânia Sorgatto; KNOBEL, Roxana. INDUÇÃO DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: MÉTODOS E DESFECHOS. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 27, n. 1, 2018. DOI 10.1590/0104-07072018000710016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cCpfS7xth6BTZK5h4cRdwqv/>. Acesso em: 14 nov. 2022.

SILVA, Larissa Pires Marquite da. SBP e FEBRASGO publicam diretriz sobre o clampeamento do cordão umbilical. [S. l.]: PEBMED, 3 dez. 2022. Disponível em: <https://pebmed.com.br/sbp-e-febrasgo-publicam-diretriz-sobre-o-clampeamento-do-cordao-umbilical/>. Acesso em: 29 nov. 2022.

SOUSA, Alex Sandro Rolland; COSTA, Aurélio Antônio Ribeiro; COUTINHO, Isabela; NETO, Carlos Noronha; AMORIM, Melania Maria Ramos. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. **Femina**, [s. l.], n. 38, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2022.

SOUTER, Vivienne; PAINTER, Ian; SITCOV, Kristin; CAUGHEY, Aaron B. Maternal and newborn outcomes with elective induction of labor at term. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, [s. l.], v. 220, p. 220-273, 2019. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.01.223>. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(19\)30253-4/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(19)30253-4/fulltext). Acesso em: 18 ago. 2022.

WHO. **WHO recommendations for Induction of labour**. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501156>. Acesso em: 19 jul. 2022.

WHO. **WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage**. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf;jsessionid=6C9CC8B575534DD34476EBC0835AB8C9?sequence=1. Acesso em: 27 jul. 2022.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Nº do instrumento: ____ PARTO: VAGINAL CESÁREA

Nº Prontuário: _____ Data da Coleta: ____/____/____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	LEGENDAS	CAT
1.1. Nome: _____ 1.2. Data de Nascimento: ____/____/____ 1.2.1 Idade: _____ 1. () 2. () 3. ()	DN: 1. Até 15 ^a 2. 15 a 34a 3. ≥ 35a	ID ____
1.3 Ocupação: 1. Não remunerada () 2. Remunerada () 10. NÃO REGISTRADO ()	1. NR 2. R 10. N.R	OCU ____
1.4 Procedência: 1. Capital () 2. Região Metropolitana () 3. Interior ()	1. C 2. RM 3. I	PROC _____
1.5 Estado Civil: 1. Com companheiro () 2. Sem companheiro () 10. NÃO REGISTRADO ()	1. COM 2. SEM 10. N.R	EST.C _____
1.6 Cor (auto informada): 1. Branca () 2. Preta () 3. Amarela () 4. Parda () 5. Indígena () 10. NÃO REGISTRADO ()	1. B 2. P 3. A 4. P 5. I 10. N.R	COR _____
1.7 Religião: 1. Professa fé () 2. Não professa fé () 10. NÃO REGISTRADO ()	1. PF 2. NPF 10. N.R.	REL ____

<p>1.8 Escolaridade (em anos de estudo):</p> <p>1. Ensino fundamental: 1º ano () 2º ano () 3º ano () 4º ano () 5º ano () 6º ano () 7º ano () 8º ano () 9º ano ()</p> <p>2. Ensino médio: 1º ano () 2º ano () 3º ano ()</p> <p>3. Superior: Incompleto () Completo ()</p> <p>3. Pós-graduação: Especialização () Mestrado () Doutorado ()</p> <p>0. NÃO ESTUDOU ()</p> <p>10. NÃO REGISTRADO ()</p>	<p>0. NA</p> <p>1. Até 9a</p> <p>2. 10 a 12a</p> <p>3. ≥ 13ª</p> <p>10. N.R</p>	<p>ESC ____</p>
<p>1.9 Comorbidades prévias:</p> <p>1. HAS ()</p> <p>2. DM ()</p> <p>3. CARDIOPATIA ()</p> <p>4. RENAL ()</p> <p>5. RESPIRATÓRIA ()</p> <p>6. OUTRAS () Especificar: _____</p> <p>10. NÃO REGISTRADO ()</p>	<p>0. N.A</p> <p>1. NEGA</p> <p>2. HAS</p> <p>3. DM</p> <p>4. CARDIO</p> <p>5. RENAL</p> <p>6. RESP</p> <p>7. OUTRA</p> <p>10. N.R</p>	<p>COM _____</p>
2. DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS		
2.1 Antecedentes Ginecológicos		
<p>2.1.1 Menarca: _____</p> <p>2.1.2 Sexarca: _____</p> <p>10. NÃO REGISTRADO ()</p>	<p>0. NÃO INFORMOU</p> <p>1. Até 15a</p> <p>2. ≥ 15</p> <p>10. N.R.</p>	<p>MEN ____</p> <p>SEX ____</p> <p>QUAL ____</p>
2.2 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
<p>2.2.1 G ____ P ____ A ____</p> <p>1. Primípara () 2. Multípara ()</p> <p>2.2.2 Pv: ____ Pc: ____ Instrumental: ____</p> <p>2.2.3 Nascidos-vivos (NASC): ____ Natimortos (NAT): ____</p>	<p>1. Primípara</p> <p>2. Multípara</p> <p>10. N.R</p>	<p>GESTA ____</p> <p>PARA ____</p> <p>NASC ____</p> <p>NAT ____</p>

<p>2.2.4 Complicações anteriores: 0. Não se aplica () 1.Sim () 2.Não () 10. NÃO REGISTRADO ()</p> <p>2.2.5 Se sim, especificar (1 para sim; 2 para não): () Eclâmpsia () Pré-Eclâmpsia () Diabetes Mellitus Gestacional () Trabalho de Parto Prematuro () Hemorragia Pós-Parto () Outra, qual? _____ 10. NÃO REGISTRADO ()</p>	0. NA 1. S 2. N 10. NR	COMPL _____ ECL ____ PE ____ DMG ____ TPP ____ HPP ____ OUTRO _____
2.3 GESTAÇÃO ATUAL		
2.3.1 Idade Gestacional: _____ 1. < 37s () 2. 37s a 41s6d () 3. ≥ 42s ()	1. Pré-termo 2. Termo 3. Pós-termo	IG _____
2.3.2 Gravidez Planejada: 1.Sim () 2.Não () 10. NÃO REGISTRADO ()	1. S 2. N 10. N.R.	PLAN_____
2.3.3 Realizou Pré-Natal: 1. Sim () 2. Não ()	1. S 2. N	PN _____
2.3.4 1. Risco Habitual () 2. Alto Risco ()	1. RH 2. AR	RISC_____
2.3.5 Trimestre de início: 1. 1º T () 2. 2º T () 3. 3º T ()	1. 1º T 2. 2º T 3. 3º T	TRI_____
2.3.6 Nº de consultas: ____ 1. < 6 consultas () 2. ≥ 6 consultas ()	1. < 6 2. ≥ 6	CONS____
2.3.7 Desenvolveu alguma comorbidade durante a gestação: 1. Sim () 2. Não () 10. NÃO REGISTRADO () Se sim, especificar qual e o momento do diagnóstico:	1. S 2. N 10. N.R.	COMOR__

<p>2.3.8 () Pré-Eclâmpsia: 0. Não se aplica () 1. 2º T () 2. 3º T () 3. Emergência Obstétrica/Internação () 10. NÃO REGISTRADO ()</p>	0. NA 1. 1º T 2. 2º T 3. 3º T 4. E/I 10. N.R	PE_____
<p>2.3.9 () DMG: 1º T () 2º T () 3º T () Emergência Obstétrica/Internação () 10. NÃO REGISTRADO ()</p>	0. NA 1. 1º T 2. 2º T 3. 3º T 4. E/I 10. N.R	DMG_____
<p>() Outra, qual? _____ 1º T () 2º T () 3º T () Emergência Obstétrica/Internação () 10. NÃO REGISTRADO ()</p>	0. NA 1. 1º T 2. 2º T 3. 3º T 4. E/I 10. N.R	OUTRA__
<p>2.3.10 Doses de misoprostol: _____</p>		MISO_____
<p>2.3.11 Uso de ocitocina durante o TP: 1. Sim () 2. Não ()</p>	1. S 2. N	CAT _____
<p>2.3.12 Desfecho do Parto: 1. Vaginal () 2. Cesáreo () 3. Instrumental FÓRCEPS () 4. Instrumental VÁCUO EXTRATOR</p>	1. V 2. C 3. F 4. VE	PARTO__
<p>2.3.13 Data e hora do parto: ___/___/___ às ___: ___</p>		
3. DESFECHOS MATER NOS		
<p>3.1 Indicação de indução: 3.1.1. Gravidez prolongada 1. Sim () 2. Não ()</p>	1. Sim 2. Não	GP _____

<p>3.1.2 Síndromes Hipertensivas 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>3.1.3. Diabetes Mellitus Gestacional 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>3.1.4 RAMO 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>3.1.5 Outra 1. Sim () 2. Não () Especifique: _____</p>		<p>SHEG ____</p> <p>DMG _____</p> <p>RAMO _____</p> <p>OUTRA _____</p>
<p>3.2 Data e hora de início da indução (1° dose de misoprostol):</p> <p>____/____/____ às _____: _____</p> <p>TEMPO DO INÍCIO DA INDUÇÃO ATÉ O PARTO (em horas): _____</p>	<p>1. ≤ 6h</p> <p>2. 7h a 12h</p> <p>3. 13h a 18h</p> <p>4. 19h a 24h</p> <p>5. ≥ 25h</p>	<p>TEMPO _____</p>
<p>3.3 Trabalho de parto: 1. Sim () 2. Não ()</p>	<p>1. S</p> <p>2.N</p>	<p>TP _____</p>
<p>3.4 Uso de ocitocina no TP? 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>Se sim, BISHOP de início: _____ (0 se NÃO REGISTRADO)</p>	<p>1. S</p> <p>2.N</p>	<p>OCITO____</p> <p>BISHOP__</p>
<p>3.5 Analgesia de parto: 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>10. NÃO REGISTRADO ()</p>	<p>1. S</p> <p>2.N</p> <p>10. N.R</p>	<p>ANALG____</p>
<p>3.6 Amniotomia: 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>10. NÃO REGISTRADO ()</p>	<p>1. S</p> <p>2.N</p> <p>10. N.R</p>	<p>AMNIO____</p>
<p>3.7 Hemorragia Pós-parto: 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>10. NÃO REGISTRADO ()</p>	<p>1. S</p> <p>2.N</p> <p>10. N.R</p>	<p>HPP_____</p>
<p>3.8 Rotura Uterina: 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>10. NÃO REGISTRADO ()</p>	<p>1. S</p> <p>2.N</p> <p>10. N.R</p>	<p>ROT_____</p>
<p>3.9 Episiotomia: 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>10. NÃO REGISTRADO ()</p>	<p>1. S</p> <p>2.N</p> <p>10. N.R</p>	<p>EPISIO____</p>

3.10 Episiorrafia: 1. Sim () 2. Não () 10. NÃO REGISTRADO ()	1. S 2.N 10. N.R	RAFIA ____
3.11 Laceração perineal: 1. Sim () 2. Não () 10. NÃO REGISTRADO ()	1. S 2.N 10. N.R	LAC_____
3.12 Grau da laceração perineal: 0. Não se aplica () 1. 1º grau () 2. 2º grau () 3. 3º grau () 4. 4º grau ()	0. NA 1. 1º G 2. 2º G 3. 3º G 4. 4º G	GRAU____
3.13 Realizada sutura? 0. N.A () 1. Sim () 2. Não () 10. NÃO REGISTRADO ()	0. N.A 1. S 2.N 10. N.R	SUT_____
3.14 Assistiu o parto: 1. Médico obstetra () 2. Médico residente () 3. Enfermeira obstetra () 4. Enfermeira residente () 5.Outro: _____	1. MO 2. MR 3. EO 4. ER 5. OUTRO	ASSIST _____
3.15 Desistiu do TP ao longo da indução? 1. Sim () 2. Não () 10. NÃO REGISTRADO ()	1. S 2.N	DES_____
3.16 Se Cesárea, indicação: 3.16.1. Malogro: 0. N.A () 1. Sim () 2. Não () 3.16.2. SFA-mecônio: 0. N.A () 1. Sim () 2. Não () 3.16.3.SFA-CTG patológica: 0. N.A()1. Sim () 2. Não() 3.16.4. SFA-taquí ou bradicardia fetal: 0. N.A () 1. Sim () 2. Não () 3.16.5. Taquissístolia: 0. N.A () 1. Sim () 2. Não () 3.16.6. Distócia: 0. N.A () 1. Sim () 2. Não () 3.16.7. Desistência materna: 0. N.A () 1. Sim () 2. Não ()	0. N.A 1.Sim 2. Não 10. N.R	INDIC 3.16.1. ____ 3.16.2. ____ 3.16.3. ____ 3.16.4. ____ 3.16.5.____ 3.16.6.____ 3.16.7.____

3.16.8. Parada de progressão: 0. N.A() 1. Sim () 2. Não ()		3.16.8.___
3.16.9. Outra: _____ 0. N.A () 1. Sim () 2. Não ()		3.16.9.___
3.17 Transferência materna para: 1. AC () 2. SR () 3. CC () 4. UTI materna () 5. Outro () 10. NÃO REGISTRADO ()	1. AC 2. SR 3. CC 4. UTI M 5. UTI 10. N.R	TRANSF_
4. DESFECHOS NEONATAIS		
4.1 Resultado perinatal: 1. Nativo () 2. Óbito após nascimento ()	1. NV 2. O	NASC____
4.2 Distócia de ombros: 1. Sim () 2. Não ()	1. S 2.N	DIST____
4.3 Contato pele a pele: 1. Sim () 2. Não ()	1. S 2.N	PELE____
4.4 Motivo: 0. Não se aplica () 1. Vitalidade do RN () 2. Disposição do profissional () 3. Complicações maternas () 4. Solicitação da mãe ()	0. NA 1. VIT 2. DP 3. CM 4. SM	MOT____
4.5 APGAR 1ºminuto ____ 1. () 2. ()	1. < 7 2. ≥ 7	APGAR 1____
4.6 APGAR 5º minuto ____ 1. () 2. ()		APGAR 5____
4.7 Peso: _____ Estatura: _____		
4.8 Estímulo à amamentação na primeira hora: 1. Sim () 2. Não ()	1. S 2.N	AME____
4.9 Clampeamento do cordão umbilical: 1. () oportuno 2. () imediato	1. O 2. I	ONFALO_

4.10 Uso de HOOD/CPAP: 1. Sim () 2. Não ()	1. S 2.N	O2_____
4.11 Reanimação em Sala de parto: 1. Sim () 2. Não ()	1. S 2.N	RCP_____
4.12 Toco-traumatismo: 1. Sim () 2. Não ()	1. S 2.N	TOCO ____
4.13 Transferência do RN para: 1. AC () 2. UCINCO () 3. UCINCA () 4. UTIN () 5. Outro ()	1. AC 2. UCINCO 3. UCINCA 4. UTIN 5. O	TRANSF_

APÊNDICE B - EMENDA AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Fortaleza, 01 de agosto de 2022.

EMENDA

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) via Plataforma Brasil, sendo aprovado sob CAAE n. 48454021.0.0000.5050.

O protocolo aprovado é uma pesquisa do tipo transversal, documental e retrospectivo com abordagem quantitativa dos dados obtidos. Foram coletados dados nos prontuários de mulheres que induziram o trabalho de parto com misoprostol em 2020. Pretende-se estender a pesquisa para os anos de 2022 e 2023 com novos objetivos. Além disso, pretende-se dar continuidade à pesquisa também de forma prospectiva, coletando dados por meio de um questionário estruturado com as gestantes em indução do trabalho de parto, devido ao fato de diversas informações não constarem nos prontuários, tornando-se necessário um acompanhamento com as pacientes para uma coleta de informações mais fidedignas.

Os objetivos primários da pesquisa foram: Descrever o perfil sociodemográfico de gestantes sob indução do trabalho de parto; Conhecer os antecedentes gineco-obstétricos e história obstétrica atual das gestantes sob indução do trabalho de parto com misoprostol; Identificar comorbidades das gestantes que foram indicadas para indução do trabalho de parto com misoprostol; Descrever os desfechos maternos após o parto induzido por misoprostol; Identificar os desfechos relacionados ao neonato por indução. Com essa emenda, propõe-se incluir novos objetivos específicos na pesquisa, os quais são: Identificar os antecedentes gineco-obstétrico e perfil sociodemográfico das gestantes que foram indicadas para indução do trabalho de parto com misoprostol; Conhecer a história clínica e obstétrica atual das gestantes sob indução do trabalho de parto com misoprostol; Verificar as variáveis maternas e fetais associadas à falha do processo da indução; Relatar os desfechos obstétricos após a indução do parto com misoprostol. Além disso, alterar o objetivo geral “Elencar os desfechos maternos e neonatais associados ao parto e nascimento sob indução com misoprostol em uma maternidade de nível terciário do Ceará.” para “Avaliar os fatores maternos e/ou fetais associados ao insucesso da indução com misoprostol.”

Esta emenda propõe também a alteração do período da coleta de dados, de forma a ficar coerente com a continuidade da pesquisa. Portanto, pretende-se estender a coleta para agosto de 2022 até julho de 2023.