



Mestrado e Doutorado em  
Medicina e Saúde Humana

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

**LICEMARY GUIMARÃES LESSA**

**EVOLUÇÃO DOS PARTOS E DESFECHOS PERINATAIS APÓS A INDUÇÃO DE  
PARTO COM MISOPROSTOL VAGINAL: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Salvador-BA

2025

**LICEMARY GUIMARÃES LESSA**

**EVOLUÇÃO DOS PARTOS E DESFECHOS PERINATAIS APÓS A INDUÇÃO DE  
PARTO COM MISOPROSTOL VAGINAL: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para a obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho  
Lima

Salvador-BA

2025

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

- L638 Lessa, Licemary Guimarães  
Evolução dos partos e desfechos perinatais após a indução de parto com misoprostol vaginal: um estudo transversal. / Licemary Guimarães Lessa. Salvador, 2025.  
41 f.: il.
- Orientador: Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima.  
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP, 2025.
- Inclui bibliografia
1. Ciências médicas. 2. Trabalho de parto – Indução. 3. Misoprostol. 4. Resultados perinatais. I. Lima, Bruno Gil de Carvalho. II. Título.

CDU: 61

**LICEMARY GUIMARÃES LESSA**

**“EVOLUÇÃO DOS PARTOS E DESFECHOS PERINATAIS APÓS A  
INDUÇÃO DE PARTO COM MISOPROSTOL VAGINAL: UM ESTUDO  
TRANSVERSAL.”**

Dissertação apresentada à Escola  
Bahiana de Medicina e Saúde  
Pública, como requisito parcial para  
a obtenção do Título de Mestre em  
Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 31 de janeiro de 2024.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. Rone Peterson Cerqueira Oliveira  
Doutora em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde pública, EBMSP

---

Dra. Renata Lopes Britto  
Doutora em Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde  
Universidade Federal da Bahia, UFBA

---

Dra. Marcia Sacramento Cunha Machado  
Doutora em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

## **INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

MCO – Maternidade Climério de Oliveira

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

## **EQUIPE**

Licemary Guimarães Lessa

Mestranda em Medicina e Saúde Humana na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima – Orientador

Prof. colaborador da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

A vida é navegar na imensidão do universo. Seguindo no tempo e no espaço, não percebemos o quanto somos pequenos diante da criação. Os registros da nossa memória fragmentam-se, como um prisma que vem em doces lembranças, sonhos que vão além da realidade, *insights* que ensinam, em muitos instantes, boas recordações. Assim vamos construindo o nosso presente, com momentos marcados em nós, impregnados da nossa história, pedaços que se juntam no vitral de diversos instantes. Ao nascermos na nave Terra, trazemos, em nós, um código deixado pelos nossos ancestrais, transmitido pelos nossos pais, que nos permitiram chegar e que cuidam de nós. Esse código preenche as nossas memórias, tal qual um livro de páginas ainda a escrever, onde são registradas sensações, sentimentos e pensamentos de interação. Nesse desenho das etapas da vida, vão se juntando a nós os nossos irmãos, amigos, familiares e colegas. Vão existindo momentos de conhecimento, habilidade e desafio em nosso ambiente escolar, faculdade e trabalho. Encontramos parceiros que nos apoiam na busca pelos nossos sonhos e construções de projetos. Vamos passando por tempos de tempestades e maresias que nos tornam, cada vez mais, exímios navegantes. Seguimos sustentados

pelo prisma da memória, a reluzir ideias, questões, intuições, e elaborar novos trajetos, a fim de nos levar ao que realmente somos. Ao seguirmos navegando pela vida, em cada porto de parada, encontramos histórias e pessoas. Aprendemos a trocar pequenos vidros, que vão colorir ainda mais o nosso vitral e iluminar por onde passamos. Assim seguimos, com as nossas cores, nesta pequena viagem que é a vida, na qual o Criador, artista maior, desenhou de forma tão perfeita a nossa nave-mãe flutuando no universo. Lembrando-me da minha trajetória até o momento desta dádiva (presente), dedico este momento aos meus pais, Antônio Lessa e Alice Otília, às minhas irmãs, Ângela, Anne e Glória, ao meu sobrinho, Lucca, ao meu esposo, João Roberto, aos meus enteados, Natália e Roman, ao meu cunhado, Fernando, aos meus amigos-irmãos, Magda, Gelma e Fábio, aos meus *pets*, Mingau, Dengoso, Katharino e Nino, aos meus amigos, meus familiares e agregados, que, apesar de não terem os seus nomes citados aqui, nesta folha, estão na memória do meu coração e da minha mente, aos colegas e colaboradores da Maternidade-Escola Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia, a todos os pacientes, alunos e professores que contribuíram para a minha formação e, em especial, ao maior professor e médico – o Criador.

## AGRADECIMENTOS

A meus pais, irmãs e esposo, pelo apoio e paciência durante o percurso de construção e execução desta dissertação.

À Maternidade Climério de Oliveira e à Universidade Federal da Bahia, que possibilitaram a realização do estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pelo apoio.

Aos colaboradores do sistema de arquivo médico da Maternidade Climério de Oliveira, Vanessa Lima Dias, Edileiza Araújo de Oliveira Duarte, Maurício da Silva Pereira, Sabrina Maria Cunha Barbosa Costa e Denise Conceição Dias de Cerqueira, que se mostraram sempre acolhedores e proativos no fornecimento de prontuários.

Às gestantes que confiaram momentos preciosos de suas vidas, da assistência ao parto, à Maternidade Climério de Oliveira e deixaram suas histórias registradas em prontuários.

Ao corpo docente, discente e de colaboradores da Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana, que estiveram presentes na construção de conhecimentos, a fim de realizar de forma mais elaborada este estudo.

A meu orientador Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima pela atenção, dedicação e exatidão, desde o momento inicial da elaboração do trabalho até a escrita desta dissertação.

À espiritualidade, pela permissão de edificar este projeto, executá-lo e apresentá-lo.

“Cada passo é a presença de todos que fazem  
parte de mim.

Assim construímos e realizamos a vida –  
um caminhar de aprendizado.”

Licemary Lessa

## RESUMO

**Introdução:** A Organização Mundial de Saúde define indução do parto como “o processo de estimulação artificial do útero para iniciar o trabalho de parto”. **Objetivo:** Comparar a evolução dos partos e desfechos perinatais em gestantes que foram submetidas a indução com misoprostol em trabalho de parto espontâneo. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, observacional e retrospectivo, com análise de dados obtidos na Maternidade Climério de Oliveira, por meio de prontuários. A coleta foi realizada no período de janeiro a outubro de 2019. **Resultados:** Foram incluídas 323 gestantes, das quais 41,7% foram induzidas com misoprostol. Entre as gestantes que passaram pela indução protocolar com misoprostol, o tempo médio observado foi de 16,12 horas durante o período de indução e nas gestantes em trabalho de parto espontâneo, foi de 6,27 horas até o parto. A média de duração da estadia hospitalar foi maior para as gestantes que passaram pela indução. **Conclusão:** Os partos submetidos à indução não apresentaram aumento significativo de desfechos negativos no cuidado ao parto, em comparação aos partos espontâneos.

**Palavras-chave:** trabalho de parto induzido; misoprostol; resultados perinatais.

## ABSTRACT

**Introduction:** The World Health Organization defines labor induction as “the process of artificial stimulation of the uterus to initiate labor”. **Objective:** To compare the evolution of deliveries and perinatal outcomes in pregnant women who underwent inductions with misoprostol and those in spontaneous labor. **Methods:** This is a cross-sectional, observational, and retrospective study, with analysis of data obtained from the Climério de Oliveira Maternity Hospital, through medical records. The collection was carried out from January to October 2019. **Results:** A total of 323 pregnant women were included, 41.7% of inductions with misoprostol. In pregnant women who underwent protocol induction with misoprostol, the average time observed was 16.12 hours, during the induction period. In pregnant women in spontaneous labor, it was 6.27 hours until delivery. The average length of hospital stay was longer for pregnant women who underwent induction. **Conclusion:** Neither induction nor spontaneous births significantly increased negative outcomes in childbirth care.

**Keywords:** induced labor; Misoprostol; perinatal outcomes.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVO GERAL	12
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
3. MÉTODOS	16
3.1 DESENHO DO ESTUDO	16
3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO	16
3.3 CENÁRIO DO ESTUDO	16
3.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	17
3.4 VARIÁVEIS	17
3.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	18
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	18
3.6.1 Cálculo do tamanho amostral	18
3.6.2 Elaboração do banco de dados	18
4. RESULTADOS	18
5. DISCUSSÃO	24
6. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	27
7. CONCLUSÕES	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICES	37
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	37

## **1 INTRODUÇÃO**

O parto vaginal é um evento natural, na maioria das vezes, ocorrido no final da gestação de forma espontânea. No decorrer do período gestacional, pode surgir a necessidade de induzir o parto artificialmente, em decorrência de patologias ou por prolongamento da gestação, o que pode aumentar os riscos fetais e neonatais, incluindo maior risco de morte. Assim, tanto a gestação prolongada como as patologias na gestação podem aumentar os riscos para o binômio, antes, durante ou após o nascimento. Uma das formas de assegurar boas práticas na assistência à gestação e ao parto são as condutas por protocolos institucionais, pela literatura médica e pelas evidências científicas. Observando as intercorrências clínicas na gestação, como também gestações prolongadas, uma das condutas previstas é o processo da indução do parto, que tem como finalidade de provocar o parto vaginal de forma segura, a fim de melhorar os desfechos perinatais. Um dos procedimentos para a indução de parto é o uso do misoprostol, medicação descrita na literatura como efetiva, a maturidade cervical. Ao acompanhar a dinâmica da assistência ao parto, este estudo levantou a hipótese de que o processo da indução do trabalho de parto com a utilização de misoprostol propicia a evolução para parto vaginal e bons desfechos perinatais. A resposta para esse questionamento e o resultado das análises desses dados permitirão avaliar o processo de indução do parto, a evolução clínica da parturiente e os desfechos sobre o recém-nascido e a puérpera, contribuindo com as literaturas existentes e a melhoria da assistência ao parto.

### **1.1 Objetivo Geral**

Comparar a evolução dos partos e desfechos perinatais de mulheres que foram submetidas tanto a indução com misoprostol com os daquelas admitidas em trabalho de parto espontâneo, na Maternidade Climério de Oliveira.

### **1.2 Objetivos Específicos**

Descrever o perfil epidemiológico e clínico das gestantes que evoluíram para o parto vaginal após a indução com misoprostol ou que foram admitidas em trabalho de parto espontâneo. Quantificar a média do tempo dos partos induzidos, dos partos espontâneos, da permanência em UTI neonatal e de internamento materno.

Identificar a presença de infecções em recém-nascidos e puérperas, o Apgar menor que sete no quinto minuto e o peso ao nascer.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A assistência ao parto, tanto espontâneo quanto induzido, tem por finalidade conduzir de forma segura o binômio, a fim de proporcionar a redução de efeitos adversos, que possam influenciar a morbimortalidade perinatal. O trabalho de parto espontâneo é desencadeado por contrações uterinas rítmicas e dilatação de colo uterino, enquanto que a indução de parto é definida como “o processo de estimulação artificial do útero para iniciar o trabalho de parto”, segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>1</sup>. Estimular ou conduzir o trabalho de parto é aumentar, por meios artificiais, a frequência ou intensidade das contrações uterinas em parturiente cujo trabalho de parto teve início espontâneo, mas que apresenta padrão disfuncional<sup>2</sup>. A decisão de induzir o parto é realizada quando a continuidade da gestação é associada com o aumento do risco materno ou fetal e não existe nenhuma contraindicação ao parto vaginal, devendo ser levada em consideração quando de fato a via vaginal é considerada a mais adequada para o parto<sup>3,4</sup>. Dentre algumas indicações, observam-se doenças maternas descompensadas complicando a gravidez, rotura prematura de membranas, gestação com 41 semanas, corioamnionite, diabetes mellitus e restrição de crescimento fetal<sup>4</sup>. Para o processo inicial da indução, exige-se o conhecimento das técnicas que favorecem a maturidade cervical e a progressão da fase de dilatação na clínica do parto.

As taxas de indução do parto aumentaram nas últimas décadas, com variações entre os países. Em países desenvolvidos, a indução é utilizada em cerca de 1 em cada 5 gestantes, a partir de 37 semanas de gestação<sup>5</sup>. A indução do parto é uma forma de reduzir o parto cesariano, trabalho de parto prolongado, hemorragia pós-parto e melhorar os resultados de saúde para mulheres e seus recém-nascidos. Mais de 22% de todas as mulheres grávidas são submetidas à indução do parto nos Estados Unidos e a taxa global de indução do parto neste país duplicou desde 1990 para 225 por 1.000 nascidos-vivos em 2006<sup>6</sup>. Na Europa, as taxas de indução do trabalho de parto variam de 7% a 33,0%, sendo uma das indicações mais comuns de gestação prolongada<sup>7</sup>. De acordo com o *National Center for Health Statistics*, a taxa geral de indução do parto foi de 31,4% em 2020, em comparação com 27,1% em 2018 e 9,6% em 1990<sup>6,10</sup>.

Os métodos de indução do parto visam a induzir o amadurecimento cervical e/ou o início das contrações uterinas e incluem, principalmente, métodos farmacológicos (como prostaglandinas e ocitocina) e métodos mecânicos (cateter de Foley, cateter de balão duplo e dilatadores osmóticos)<sup>3,8</sup>. As prostaglandinas (misoprostol: prostaglandina E1 – com

administração oral, bucal/sublingual ou vaginal; e dinoprostona: prostaglandina E2 – disponível como géis vaginais ou pessários) são comumente usadas quando o colo do útero não é favorável<sup>3</sup>. Quando o colo do útero é favorável, a ocitocina é geralmente usada. Tanto o cateter de Foley quanto a amniotomia podem ser usados isoladamente ou em associação com ocitocina ou misoprostol<sup>9</sup>. Há diversas experiências clínicas com o misoprostol e vários estudos publicados, apoiando a sua segurança e sua eficácia, quando usado adequadamente. Não há estudos indicando que a exposição intraparto ao misoprostol (ou outros agentes de amadurecimento cervical, como prostaglandina) tenha qualquer consequência adversa em longo prazo para a saúde do feto, na ausência de sofrimento fetal<sup>3</sup>. Embora o misoprostol seja aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) dos EUA, para a prevenção de úlceras pépticas, a FDA, em 2002, aprovou um novo rótulo sobre o uso de misoprostol durante a gravidez para o amadurecimento cervical e para a indução do trabalho de parto<sup>3,10</sup>. A literatura coloca vias de administração vaginal, oral, sublingual e retal do misoprostol<sup>1-4</sup>. A via vaginal pode variar de 25mcg a 50 mcg, em tomadas de 4/4h para a indução de parto<sup>10</sup>. Os efeitos colaterais incluem febre, tremores, hiperpirexia, diminuição da frequência cardíaca, hiperestimulação uterina e ruptura uterina<sup>10</sup>. O baixo custo, estabilidade térmica, facilidade de administração e armazenamento são vantajosos em muitos cenários de poucos recursos em relação a outros uterotônicos. As aplicações obstétricas incluem indução e aumento do trabalho de parto, prevenção e tratamento de hemorragia pós-parto, evacuação do útero após falha da gravidez e aborto induzido<sup>2</sup>.

O colo do útero, de forma espontânea, ou por meio de procedimentos, modificará a sua estrutura durante as fases do trabalho de parto. Essas mudanças podem ocorrer de forma lenta, evoluindo para uma forma mais rápida, com o aumento e a regularidade da dinâmica uterina. Em 1954, Friedman publicou um estudo de análise de curvas de trabalho de parto<sup>11-14</sup>. Por mais de meio século, essa curva de trabalho de parto idealizada e as definições correspondentes de trabalho de parto anormal foram usadas para orientar o gerenciamento do trabalho de parto. Segundo Friedman e Cohen (2023), a fase ativa do trabalho de parto começa em vários graus de dilatação, quando a taxa de dilatação transita da inclinação, relativamente plana da fase latente para uma inclinação mais rápida. Nenhuma manifestação diagnóstica demarca o seu início além da dilatação acelerada. Ela termina com uma desaceleração aparente da dilatação, uma fase de desaceleração, que geralmente é curta em duração e frequentemente não detectada<sup>11-16</sup>. De acordo com Friedman, o percentil 50 da velocidade de dilatação nas nulíparas foi de 1,2cm/h e, nas múltiparas 1,5 cm/h.<sup>11,13,14</sup>. Em 2002, Zhang *et al.*<sup>17</sup> publicaram

abordagens contemporâneas sobre a dilatação cervical no trabalho de parto. Métodos estatísticos modernos revelaram vários pontos que se diferenciam das conclusões publicadas em estudos anteriores sobre o progresso do trabalho de parto e exploraram vários aspectos do trabalho de parto e suas complicações<sup>11,12,18,19</sup>. Esse trabalho confirmou ainda mais observações anteriores de que os padrões de trabalho de parto variam tremendamente de pessoa para pessoa<sup>12</sup>. Nas últimas décadas, houve modificações nas diretrizes de prática clínica para o gerenciamento do parto<sup>11</sup>. Essas publicações foram emitidas pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas e pela Sociedade de Medicina Materno-Fetal (ACOG/SMFM)<sup>3</sup> e, depois, modificadas, adotadas e disseminadas pela OMS<sup>11</sup>. Nos resultados desse trabalho, não foram diferenciadas as fases latente e ativa, até por dificuldade de encontrar dados na literatura que definam um tempo mais objetivo. No seguimento da fase ativa de todas as gestantes, foi possível identificar que as pacientes primigestas têm uma fase mais lenta em relação às múltiparas, estando de acordo com diversos autores<sup>11-13,17</sup>.

Resultados perinatais são descritos na literatura como forma de avaliação da boa assistência ao parto. Taxas aumentadas de febre materna, corioamnionite, distocia de ombro, laceração perineal de terceiro ou quarto grau, partos instrumentais, parto cesáreo e transfusão pós-parto e de morbidade materna foram observados quando a duração média da fase ativa aumentou<sup>18,19</sup>. O estudo do processo de indução quanto a resultados perinatais é uma forma de observar os benefícios do procedimento, embora alguns dados aparentam ser discordantes na literatura. O *trial* ARRIVE, de Grobman *et al.* (2018), concluiu que a indução do parto em torno de 39 semanas em mulheres nulíparas de baixo risco não resultou em uma frequência significativamente menor de um resultado perinatal adverso composto, mas resultou em uma frequência significativamente menor para parto cesáreo<sup>20</sup>. A OMS (2022), em suas recomendações, pontua que as evidências de benefícios perinatais podem não ser generalizáveis para cenários de menores recursos<sup>21</sup>. Harper *et al.* (2012) descreviam que a fase latente do trabalho de parto é significativamente mais longa no trabalho de parto induzido em comparação ao trabalho de parto espontâneo, embora a fase ativa do trabalho de parto seja semelhante entre os dois grupos<sup>22</sup>. Saccone e Berghella *et al.* (2015) pontuaram que as induções a termo foram associadas a uma taxa significativamente menor de líquido amniótico meconial e menor peso médio ao nascer em gravidezes únicas e não complicadas<sup>23,24</sup>. Sotiriadis *et al.* (2019) concluem que a indução eletiva do parto em gestação única sem complicações com 39 semanas de gestação não está associada a complicações maternas ou

perinatais e pode reduzir a necessidade de cesárea, risco de doença hipertensiva da gravidez e necessidade de suporte respiratório neonatal<sup>25</sup>. Espada-Trespacios (2021) relata que a frequência de induções de parto entre mulheres de baixo risco excede o nível recomendado por organizações científicas na Catalunha e na Espanha, e está associada a resultados adversos no parto, como aumento nas taxas de cesárea, partos vaginais assistidos e taxas de episiotomia<sup>26</sup>. Assim, a variação de resultado dessas induções e evolução de partos irá depender de regiões e de protocolos seguidos. Em revisão da Cochrane, Middleton *et al.* (2020) concluem que há uma clara redução na mortalidade perinatal com uma política de indução do parto após 37 semanas em comparação com a conduta expectante<sup>27</sup>. Também houveram menores taxas de cesárea sem aumento nas taxas de partos vaginais operatórios e menos admissões na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) com uma política de indução. Os resultados neonatais são um parâmetro que deve ser avaliado em termos da segurança do método utilizado para indução do parto<sup>8</sup>. Embora os estudos existentes ainda não relatam o neurodesenvolvimento infantil, essa é uma área importante para pesquisas futuras<sup>1-27</sup>. Muitos parâmetros, como índice de Apgar, análise de pH do cordão umbilical e internação na UTIN são utilizados para avaliar resultados neonatais<sup>28</sup>. Uma política de indução do parto após 41 semanas ou mais, comparada à espera do parto espontâneo, está associada a menos mortes perinatais<sup>29</sup>. Por conseguinte, a OMS reforça que os cenários devem ser capazes de fornecer cuidados obstétricos, monitoramento da frequência cardíaca fetal em intervalos frequentes, acesso imediato à cesárea, se necessário, e acesso ao alívio da dor<sup>21</sup>. Manter uma assistência ao parto, seja induzido ou espontâneo, seguindo as recomendações e evidências na literatura tem potencial para reduzir desfechos adversos perinatais.

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 Desenho do Estudo**

Trata-se de um estudo transversal, observacional, retrospectivo com análise de dados obtidos na Maternidade Climério de Oliveira, por intermédio de prontuários físicos. A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a outubro de 2019.

#### **3.2 População do Estudo**

A amostra do estudo foi composta por gestantes vinculadas e reguladas na Maternidade Climério de Oliveira, que evoluíram para parto normal neste serviço, no período de janeiro a outubro de 2019. As gestantes eram provenientes dos distritos sanitários Barra/Rio Vermelho, Centro Histórico e cidades do interior da Bahia.

#### **3.3 Cenário do Estudo**

A pesquisa foi realizada na Maternidade Climério de Oliveira (MCO) situada em Salvador, no Estado da Bahia. A MCO é maternidade-escola pertencente à Universidade Federal da Bahia (UFBA) e filiada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sendo uma instituição pública federal de ensino, pesquisa e assistência à saúde da mulher e da criança. A MCO é uma referência no atendimento à gestação de alto risco no Estado da Bahia.

A MCO foi inaugurada em 30 de outubro de 1910, no bairro de Nazaré, na capital baiana, representando um importante instrumento de saúde pública no Estado. Atende à população, exclusivamente via Sistema Único de Saúde (SUS), prestando assistência gratuita à saúde da mulher e da criança, realizando pré-natal de risco habitual, de alto risco e todos os exames e consultas relacionados ao serviço, além de internamentos para partos e cirurgias eletivas. A instituição é credenciada como Hospital Amigo da Criança (1996) e Hospital de Ensino (2006), recebeu o Prêmio Dr. Pinotti – Hospital Amigo da Mulher (2013), abriga o primeiro Banco de Leite Humano da Região Metropolitana de Salvador, certificado na categoria ouro de excelência por anos seguidos desde 2014 e possui a primeira Casa da Gestante, Bebê e Puérpera da cidade, inaugurada em 2017. Ao longo da sua história, a Maternidade formou profissionais de renome, prestando atendimento humanizado e de referência nas áreas de ginecologia e obstetrícia.

### **3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídas todas as gestantes internadas de 22 semanas a 41 semanas e 6 dias, para a indução de parto, que fizeram uso do misoprostol vaginal, como também as que chegaram em trabalho de parto espontâneo para assistência e vigilância ao parto.

Excluídas as gestantes em processo de indução em situações ameaçadoras à vida, sob os cuidados de palição, em indução por autorização judicial, em indução de fetos mortos, partos cesarianos e partos instrumentalizados.

### **3.4 Variáveis**

Foram avaliadas as variáveis sociodemográficas (idade cronológica, etnia, grau de escolaridade e estado civil), e as variáveis clínicas (idade gestacional, paridade, quantidade de consultas de pré-natal, comorbidades, patologias perinatais, uso de álcool, tabagismo, realização de exames de coleta de estreptococos do grupo B, de ultrassonografia, de cardiotocografia e de partograma, tempo de duração da indução e de duração do trabalho de parto fase ativa, duração da rotura prematura de membranas, uso de ocitocina, febre intraparto, peso do recém-nascido, Apgar do quinto minuto, admissão em unidade de terapia intensiva, hemorragia pós-parto, infecção materna e infecção neonatal).

### **3.5 Instrumentos e técnica de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada por intermédio de formulários (*Google Forms*), colhidos nos prontuários físicos das gestantes, a partir da anamnese, da evolução médica e do exame físico. Estes dados estão registrados em prontuários na Maternidade Climério de Oliveira, arquivados nos sistemas de arquivos médicos da instituição.

### **3.6 Análise Estatística**

Foram realizadas as análises descritiva e exploratória de dados e a apresentação dos resultados por meio de frequências, percentuais, média ou mediana e desvio-padrão ou intervalo interquartil, dependendo do nível de mensuração de cada variável.

Foi feito o teste de normalidade para identificar variáveis com distribuição normal de probabilidades, teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher para identificar associação entre duas variáveis e teste de Mann-Whitney para verificar diferença entre grupos.

### **3.6.1 Cálculo do tamanho amostral**

Considerando a proporção de 1,39 parto espontâneo para cada parto induzido na Maternidade Climério de Oliveira, com a *odds ratio* de 2,21 de qualquer desfecho negativo entre partos induzidos e espontâneos detectada por Senanayake *et al.* (2022)<sup>71</sup> e proporção de 27,1% de tais desfechos entre partos espontâneos na mesma referência, a amostra necessária para alcançar nível de confiança de 95% e poder de 80% seria de 249 mulheres, pelo método de Fleiss, com correção de continuidade, segundo a ferramenta Statcalc do EpiInfo versão 7.2.5.0 do *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC).

### **3.6.2 Elaboração do banco de dados**

Os dados coletados foram tabulados e armazenados no Microsoft EXCEL e analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

## 4 RESULTADOS

O presente trabalho incluiu 323 gestantes, com idade variando de 12 a 43 anos, média de 27,13 anos e desvio-padrão de 7,11. Foi observado que 48,8% tinham o ensino médio completo, 79,3% eram pardas e 84,2% solteiras. Em relação aos dados obstétricos, observou-se que 73% tinham idade gestacional de 37 a 40 semanas e 6 dias, 57,3% eram multíparas, 77,7% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, 64,4% tinham alguma comorbidade na gestação, sendo as mais comuns: infecção do trato urinário (20,4%), síndrome hipertensiva na gestação (8,4%), rotura prematura de membrana (6,8%) e diabetes gestacional (5,6%). Dentre outras comorbidades presentes nos antecedentes patológicos e familiares, estavam hipertensão crônica, diabetes mellitus 1 e 2, obesidade, asma, hipotireoidismo, hipertireoidismo, cardiopatia, anemia, úlcera péptica, insuficiência renal crônica, infecção do trato urinário, hepatite C, sífilis, hanseníase, trombofilia, psoríase, nódulo mamário, insuficiência istmocervical, miomatose uterina, transtorno depressivo, esquizofrenia, transtorno de ansiedade, transtorno de personalidade, epilepsia, gemelaridade e malformação congênita.

Foram alcançadas 41,7% de induções protocolares com uso de misoprostol. Dos métodos verificados para a assistência ao parto, 53,3% das gestantes admitidas tiveram acesso a ultrassonografia, 73,3% a cardiotocografia, 82,2% partograma, 25,9% utilizaram ocitocina e 18,8% realizaram amniotomia. Em relação às complicações observadas intraparto, 2,2% apresentaram febre e 22,3% necessitaram de antibiótico (ATB). Quanto aos desfechos maternos no pós-parto, 7,8% apresentaram hemorragia pós-parto (HPP), 1,9% evoluiu com infecção puerperal, e não foi observada nenhuma admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) materna. O tempo médio de internamento materno foi de 3,78 dias com desvio-padrão de 2,35. Entre os desfechos dos recém-nascidos (RNs), a média do peso foi de 3.032g e o Apgar foi maior que sete em todos os nascimentos 5,6% foram encaminhados para a UTI. Dos RNs internados em UTI, 38,89% foram por prematuridade, 0,3% necessitou de ventilação mecânica e droga vasoativa, 72,22 % fizeram uso de ATB. A média de dias de internamento foi de 12,05, e 55,56 % dos RNs foram encaminhados para alojamento conjunto após alta. Não foi observado óbito pelo período de 60 dias após o nascimento dos RNs em UTI.

Comparando as mulheres que foram admitidas em trabalho de parto espontâneo e as que foram submetidas ao processo da indução, observou-se que as gestantes, em sua maioria, eram solteiras ( $p=0,033$ ), pardas e com segundo grau completo (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos de gestante submetidas ao trabalho de parto espontâneo e trabalho de parto por indução.

<b>Variáveis</b>	<b>TP espontâneo N(%) N=187</b>	<b>TP indução N(%) N=134</b>	<b>p-valor*</b>
<b>Etnia n=312</b>			0,088
Branca	12(6,6)	2(1,5)	
Preta	26(14,3)	24(18,5)	
Parda	144(79,1)	103(79,2)	
Amarela	-	1(0,8)	
<b>Estado civil n=313</b>			0,033
Casada	25(13,6)	16(12,4)	
Solteira	158(85,9)	105(81,4)	
União Estável	1(0,5)	7(5,4)	
Viúva	-	1(0,8)	
<b>Escolaridade n=320</b>			0,128
Fundamental	11(5,9)	13(9,7)	
Fundamental incompleto	28(15,1)	37(27,6)	
Médio completo	97(52,2)	59(44,0)	
Médio incompleto	17(9,1)	8(6,0)	
Superior completo	9(4,8)	5(3,7)	
Superior incompleto	14(7,5)	6(4,5)	
Analfabeto	1(0,5)	1(0,7)	
<b>Outros</b>	9(4,8)	5(3,7)	

\*Teste do qui-quadrado

Quanto aos dados do histórico gestacional e antecedentes clínicos, as gestantes tinham, em sua maioria, a idade gestacional entre 37 e 40 semanas e 6 dias ( $p=0,000$ ), com antecedentes patológicos e familiares negativos (Tabela 2).

Tabela 2 - Histórico gestacional, antecedentes clínicos e dados pré e pós-parto de gestantes submetidas ao trabalho de parto espontâneo e trabalho de parto por indução

Variáveis	TP espontâneo N(%) N=187	TP indução N(%) N=134	p-valor*
<b>Consultas pré-natal n=317</b>			0,279
< 6	28(15,2)	15(11,3)	
>= 6	156(84,8)	118(88,7)	
<b>Idade gestacional n=317</b>			0,000
24-36 semanas e 6 dias	11(5,9)	10(7,6)	
37-40 semanas e 6 dias	160(86,5)	71(53,8)	
Mais de 41 semanas	14(7,6)	51(38,6)	
<b>Comorbidades na gestação n=321</b>			0,119
	114(61,0)	93(69,4)	
<b>Antecedentes patológicos<sup>1</sup> n=321</b>			0,004
	32(17,1)	41(30,6)	
<b>Antecedentes familiares<sup>1</sup> n=319</b>			0,003
	93(49,7)	88(66,7)	
<b>Antecedentes cirúrgicos n=318</b>			0,196
	34(18,3)	17(12,9)	
<b>Ingestão de álcool n=291</b>			0,815
	27(15,9)	18(14,9)	
<b>Tabagismo n=319</b>			0,291
	12(6,5)	5(3,8)	
<b>Resultado EGBS positivo n=220</b>			0,959
	46(36,5)	34(36,2)	
<b>Realizou USG n=321</b>			0,000
	62(33,2)	110(82,1)	
<b>Realizou Amniotomia n=311</b>			0,072
	29(15,7)	30(23,8)	
<b>Realizou CTG n=320</b>			0,000
	110(59,1)	126(94,0)	
<b>Uso de Ocitocina n=318</b>			0,104
	42(22,7)	41(30,8)	

\*Teste do qui-quadrado

<sup>1</sup> Descrição das comorbidades em primeiro parágrafo do texto dos resultados

Na evolução da assistência ao parto, tanto os trabalhos de parto espontâneos (80,1%) quanto os induzidos (84,8%) foram monitorados mediante partograma e, em relação a hemorragia pós-parto (HPP), foi observado que nas gestantes que evoluíram de forma espontânea ao trabalho de parto 8,6% apresentaram HPP (Tabela 3).

Tabela 3 - Histórico gestacional, antecedentes clínicos e dados pré e pós-parto de gestantes submetidas ao trabalho de parto espontâneo e trabalho de parto por indução

<b>Variáveis</b>	<b>TP espontâneo N(%) N=187</b>	<b>TP indução N(%) N=134</b>	<b>p-valor*</b>
<b>Primeira gestação</b>	84(44,9)	53(39,6)	0,338
<b>Partograma n= 318</b>	149(80,1)	112(84,8)	0,277
<b>Distocia funcional n= 310</b>	47(25,7)	30(23,6)	0,680
<b>Distocia cervical n=312</b>	1(0,5)	2(1,6)	0,371**
<b>Febre intraparto n=319</b>	4(2,2)	3(2,2)	0,625**
<b>ATB intraparto n=321</b>	37(19,8)	35(26,1)	0,180
<b>HPP n=318</b>	16(8,6)	9(6,8)	0,539

\*Teste do qui-quadrado \*\*Teste exato de Fisher

Dos recém-nascidos admitidos em UTI neonatal, 7,5% foram de partos induzidos (Tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação dos desfechos perinatais em gestantes (321) submetidas ao trabalho de parto espontâneo e trabalho de parto por indução

Variáveis	TP espontâneo N(%) N=187	TP indução N(%) N=134	p-valor*
<b>Admissão na UTI neonatal n=320</b>	8(4,3)	10(7,5)	0,226
<b>Uso de ventilação mecânica n=320</b>	1(0,5)	-	0,581**
<b>Infecção neonatal n=318</b>	8(4,3)	8(6,0)	0,513
<b>Infecção puerperal n= 318</b>	2(1,1)	4(3,0)	0,199**

\*Teste do qui-quadrado \*\*Teste exato de Fisher

Os dados idade materna, antecedentes de parto vaginal e cesariano, além abortamento estão descritos, a seguir (Tabela 05)

Tabela 05: Análise de idade e antecedentes de parto e abortamento em 321 gestantes submetidas ao trabalho de parto espontâneo e trabalho de parto por indução

Variáveis	TP espontâneo N=187 ( $\mu \pm \sigma^1$ )	TP indução N=134 ( $\mu \pm \sigma^1$ )	p-valor*
Idade materna (a)	26,96 $\pm$ 7,04	27,43 $\pm$ 7,23	0,533
Número de gestações	2,25 $\pm$ 1,71	2,37 $\pm$ 1,61	0,305
Número de partos normais prévios	0,84 $\pm$ 1,49	0,94 $\pm$ 1,36	0,175
Número de partos cesarianos prévios	0,12 $\pm$ 0,38	0,02 $\pm$ 0,15	0,006
Número de abortamentos prévios	0,32 $\pm$ 0,70	0,41 $\pm$ 0,79	0,201

<sup>1</sup>Média e desvio-padrão \*Teste de Mann-Whitney  
(a)Anos

Quanto às gestantes submetidas à indução protocolar por misoprostol, a média de tempo observada foi de 16,12 horas no período da indução (inserção do primeiro comprimido de misoprostol até o início do trabalho de parto), nas participantes sem indução, o trabalho de parto espontâneo foi de 6,27 horas (Tabela 6). Todos os recém-nascidos tiveram o Apgar do quinto minuto maior do que sete. Outra variável estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ) foi

o tempo de internamento em dias. O tempo médio de internamento foi maior para gestantes que passaram pela indução (Tabela 6).

Tabela 06: Análise sobre evolução do parto (horas), peso recém-nascido e dias de internamento de 321 gestantes submetidas ao trabalho de parto espontâneo e trabalho de parto por indução

Variáveis	TP espontâneo N=187 ( $\mu \pm \sigma^1$ )	TP indução N=134 ( $\mu \pm \sigma^1$ )	p-valor*
Tempo de trabalho de parto (h)	6,27 $\pm$ 4,31	5,25 $\pm$ 3,65	0,039
Tempo de rotura de membranas (h)	6,57 $\pm$ 11,79	8,71 $\pm$ 15,97	0,316
Peso do recém-nascido (g)	3030,94 $\pm$ 658,58	3027,02 $\pm$ 878,78	0,084
Dias de internamento UTI neonatal	0,67 $\pm$ 4,80	0,71 $\pm$ 3,28	0,224
Tempo internamento em dias	3,32 $\pm$ 1,89	4,44 $\pm$ 2,76	0,000

<sup>1</sup>Média e desvio-padrão \*Teste de Mann-Whitney

(a)Anos; (h) Horas; (g) gramas; (d) Dias

Ao analisar as gestantes primíparas e múltiplas em relação ao trabalho de parto induzido e parto espontâneo, observou-se que, em primíparas, o tempo de indução (h) foi 15,47  $\pm$  16,45. O tempo de internamento foi maior na indução, embora a duração do trabalho de parto tenha sido menor (Tabela 07 e 08).

Tabela 07: Avaliação de 135 primíparas na evolução do parto

Variáveis	TP Espontâneo N=81 ( $\mu \pm \sigma^1$ )	TP Indução N=54 ( $\mu \pm \sigma^1$ )	p-valor*
Trabalho de parto (h)	7,27 $\pm$ 4,02	5,62 $\pm$ 4,01	0,011
Tempo de rotura de membranas (h)	6,79 $\pm$ 9,73	6,35 $\pm$ 8,85	0,971
Peso do recém-nascido (g)	3077,32 $\pm$ 634,77	2890,74 $\pm$ 1006,57	0,873
Tempo de internamento na UTI neonatal (d)	0,03 $\pm$ 0,22	0,72 $\pm$ 3,68	0,060
Tempo internamento materno (d)	3,43 $\pm$ 2,16	4,43 $\pm$ 2,85	0,000

<sup>1</sup>Média e desvio-padrão \*Teste de Mann-Whitney

(h) Horas; (g) gramas; (d) Dias

Tabela 08: Avaliação de 185 múltiparas na evolução do parto

<b>Variáveis</b>	<b>TP Espontâneo N=103 (<math>\mu \pm \sigma^1</math>)</b>	<b>TP Indução N=82 (<math>\mu \pm \sigma^1</math>)</b>	<b>p- valor*</b>
Tempo de trabalho de parto (h)	5,38 ± 4,17	5,06 ± 3,76	0,740
Tempo de rotura de membranas (h)	8,69 ± 16,99	7,51 ± 15,14	0,784
Peso recém-nascido (g)	3001,36 ± 731,15	3098,78 ± 707,28	0,135
Tempo de Internamento UTI neonatal (d)	0,75 ± 3,08	1,24 ± 6,99	0,906
Tempo internamento materno (d)	3,60 ± 1,85	3,93 ± 2,69	0,534

<sup>1</sup>Média e desvio-padrão \*Teste de Mann-Whitney

(h) Horas; (g) gramas; (d) Dias

## 5 DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado em gestantes que se dirigiram à instituição por demanda espontânea, regulação entre hospitais ou encaminhamento protocolar do ambulatório da unidade. Elas foram admitidas tanto em trabalho de parto espontâneo ou para indução do parto. Todas as gestantes incluídas evoluíram para trabalho de parto vaginal. Em relação ao pré-natal, a maioria das gestantes realizou seis ou mais consultas, conforme preconiza o Ministério da Saúde do Brasil (MS)<sup>30</sup>, embora as Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre cuidados pré-natais sinalizem oito ou mais consultas<sup>31</sup>. Das comorbidades encontradas, para uma indicação de indução protocolar ou pela procura da unidade para a assistência ao parto, os resultados corroboram as recomendações da OMS<sup>21</sup>, além de estudos como Ferrazzi et al<sup>7</sup> e Ozbasli et al<sup>28</sup>, em que as síndromes hipertensivas, pós-datismo, rotura prematura de membranas, diabetes mellitus, restrição de crescimento fetal, doenças renais e corioamnionite foram comorbidades prévias e ou gestacionais, as quais indicaram a interrupção da gestação<sup>32</sup>. O estudo relata dois métodos de vitalidade que foram utilizados na dinâmica de assistência ao parto. Percebe-se que a maioria das induções utilizou esses métodos como forma de assegurar processo de indução e assistência ao parto, seguindo as principais recomendações da literatura<sup>13,21</sup>. A forma de vigilância da vitalidade foi proposta também às gestantes de risco habitual, podendo-se inferir que esses métodos foram utilizados para esse perfil de gestantes, as quais poderiam apresentar ou rotura prematura de membranas ou pós-datismo. Do total de gestantes avaliadas, a maioria foi admitida em trabalho de parto espontâneo, as demais utilizaram o misoprostol como forma de indução, de acordo com o protocolo institucional<sup>33</sup>. Dentre os desfechos perinatais, a presença de febre intraparto (FIP) nas gestantes do estudo foi maior do que o encontrado na análise de Bensal *et al.* (2008)<sup>34</sup>. No estudo de Attali *et al.* (2024)<sup>35</sup> foram encontrados 2,4% de FIP nos partos analisados, corroborando com esses dados do estudo. A utilização de antibióticos (ATB) também foi observada nas gestantes do estudo, seja por prematuridade ou rotura prematura de membranas por mais de 18 horas ou por FIP ou presença do EGBS. Na literatura médica a utilização de antibióticos intraparto, para estes diagnósticos, tem evidência e redução de efeitos adversos; o Manual de Alto Risco do Ministério da Saúde (2022)<sup>2</sup> orienta a conduta de antibiótico para estes diagnósticos. Segundo Bank *et al.* (2022)<sup>36</sup>, o uso de ATB na presença de febre intraparto isolada pode trazer benefícios. Neste estudo não foi avaliado a febre isolada, mas os números de parturientes que apresentaram febre. A presença de EGBS no estudo foi semelhante a dados na literatura, o manual do Ministério da Saúde de Alto Risco (2022) descreve: “A prevalência desta

colonização materna em culturas de material vaginal e anorretal varia entre 1,6% e 36% em diferentes estudos. No Brasil, varia de 14,1% a 27,6%”<sup>2</sup>. O estudo demonstrou um uso de ATB inferior a coleta positiva do EGBS, embora não avaliou as complicações para as gestantes que não receberam a conduta indicada na literatura. Em relação aos resultados adversos neonatais, nesse estudo não houve aumento significativo dos eventos, corroborando os achados de Souter *et al.* (2019)<sup>37</sup>, em que a indução eletiva a termo não foi associada a nenhum aumento estatisticamente significativo de resultados adversos em recém-nascidos. Na revisão de Hong *et al.* (2023)<sup>38</sup> foi observado que a indução do parto em 39 semanas foi associada a melhores resultados maternos e neonatais. Neste estudo, a HPP, o tempo de internamento materno e a admissão em UTI neonatal foram variáveis observadas, correlacionando com Souter *et al.* (2019)<sup>37</sup> e Hong *et al.* (2023)<sup>38</sup>. Neste estudo não foram analisadas variáveis, como: cesárea de emergência, lesão perineal, parto vaginal operatório, macrosomia e distopia de ombro.

Neste estudo, a maioria das gestantes admitidas em trabalho de parto espontâneo eram solteiras, com ensino médio completo, parto cesariano prévio e com idade gestacional no termo, comparadas às que foram admitidas para indução. Guerra *et al.* (2011) apresentam a taxa de parto induzido de 20%–40% menor para mulheres com menos de 20 anos de idade, solteiras, que tiveram mais de três partos anteriores, com gravidez anterior resultante em cesárea e que compareceram maior número de vezes a consultas pré-natais<sup>39</sup>. Nas gestantes submetidas à indução, os antecedentes patológicos foram mais presentes que nas de trabalho de parto espontâneo, acredita-se que parte das induções teve indicações protocolares<sup>33</sup>, como também a maioria das gestantes que compunham o estudo eram múltiparas, podendo apresentar mais comorbidades, pois, conforme Faramarzi *et al.* (2023), número de paridade está associado a mais comorbidades e uso de medicações<sup>32</sup>. Nas gestantes submetidas à indução, o misoprostol foi vaginal nas doses múltiplas de 25mcg, com pausa e sem uso de métodos mecânicos, conforme o Ministério da Saúde<sup>44,45</sup> e protocolo institucional<sup>33,43</sup>. O *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*<sup>3</sup> sugere que a dosagem apropriada de misoprostol seja de 25mcg, não sendo superior a 3-6 horas, enquanto que a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO) recomenda 25mcg de misoprostol oral de 2 horas ou 25mcg de misoprostol vaginal de 4 em 4 horas<sup>46,47</sup>. Ozbasli *et al.* comparam dose única, doses múltiplas e evolução espontânea e não citam realização de pausas<sup>28</sup>. Durante a assistência ao parto, foram realizadas medidas preconizadas pelas diretrizes de parto normal<sup>37,38</sup>. Nas admissões de gestantes em trabalho de parto espontâneo, a

fase ativa foi conceituada de acordo com a OMS<sup>47,48</sup> e diretriz de parto normal do Ministério da Saúde (2017)<sup>45,49</sup>. Nos dados coletados do estudo, constavam dilatação de 4cm a 6cm para admissão de trabalho de parto na fase ativa. O seguimento do período de dilatação foi acompanhado pelo partograma e pelas curvas de Friedman<sup>11-15</sup> na assistência ao parto dessas gestantes. Na análise da coleta de dados também foram utilizadas como bases comparativas, as curvas de Zhang<sup>41,42</sup>. Hoffman et al (2006) relatam que o padrão de progressão do trabalho de parto difere entre mulheres com trabalho de parto induzido eletivamente sem amadurecimento cervical e aquelas que apresentam início espontâneo do trabalho de parto<sup>40</sup>. A fase de transição do primeiro para o segundo período dos estágios do parto não ficou bem caracterizada na análise devido aos dados observados finalizarem com o nascimento. Em relação ao tempo de internamento, este estudo apresentou maior duração nos partos induzidos, corroborando os resultados de Glantz (2005), que demonstrou maior tempo de internação materna na indução eletiva do parto<sup>50</sup>. Dentre eventos adversos durante o parto normal, os dados observados foram descritos de forma geral, não sendo possível diferenciar eventos distócicos no primeiro e segundo estágios. Xiaoqing He e Xiaojing Zeng *et al.* (2023) declararam que, devido às diversas definições da fase ativa e do primeiro estágio prolongado, é desafiador extrair e reunir os dados<sup>12</sup>. Uma meta-análise de Sotiriadis *et al.* (2019) demonstrou maior frequência de HPP em partos induzidos, embora os autores também não tenham encontrado significância estatística<sup>25</sup>, Trespalacios *et al.* (2021) encontraram um aumento de HPP em análise de primigestas de baixo risco<sup>26</sup>. Em revisão Cochrane, Middleton *et al.* (2020) relatam que a indução, provavelmente, faz pouca ou nenhuma diferença na HPP<sup>27</sup>. No presente estudo, não foram avaliadas distocia de ombro, lacerações de grau 3 e 4, bem como transfusões por HPP. Foram excluídos partos instrumentais e cesarianos. Quanto à admissão de RN em UTI e infecção puerperal, apesar das gestantes que passaram pela indução do parto apresentarem esses dois desfechos em número aparentemente maior que as que chegaram em trabalho de parto espontâneo, a análise não demonstrou significância. Whittington *et al.* (2020) descrevem que o parto com indução tem trabalho mais longo, maior risco de infecção, maior risco de resultados neonatais adversos (incluindo risco aumentado de pH do cordão <7,1) e mais do que o dobro de admissões na UTIN. Mesmo com o parto vaginal bem-sucedido após a indução do parto indicada clinicamente, o risco de resultados adversos permanece mais elevado<sup>51</sup>. Em relação ao peso fetal, tempo de internamento na UTIN e uso de ventilação mecânica, não houve diferença entre grupos. Segundo Glantz (2005), o resultado neonatal não é afetado pela indução eletiva do parto<sup>50</sup>. Assim os resultados encontrados nas

variáveis avaliadas neste estudo, demonstrou estarem dentro dos dados encontrados na literatura.

## 6 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Algumas limitações do estudo são: ser observacional e transversal, com análise retrospectiva, realizado apenas em uma instituição. Os dados de prontuários não incluíram informações que são necessárias para melhor observação de variáveis, como escore de Bishop, descrição da dilatação final do primeiro estágio do parto e valores de pH fetal. Outro fator limitante são os registros não realizados, o que torna os dados perdidos para análise. Outra limitação foi a forma como os processos de indução foram encontrados, pois foi utilizada somente uma medicação dentre as propostas de protocolo previstas na instituição no período estudado. Na assistência, não foi verificada analgesia epidural. O presente estudo avaliou somente o parto vaginal, não sendo realizadas as variáveis de partos instrumentais e por cesariana.

O presente estudo contribuiu para apresentar riscos associados à indução do parto e parto espontâneo, a fim de complementar dados existentes não só na literatura como também nas condições de assistência ao parto da nossa população.

No entanto, são necessárias mais pesquisas, especialmente sobre o tema aqui abordado.

## 7 CONCLUSÕES

O estudo não evidenciou diferenças nos resultados perinatais em partos vaginais de mulheres submetidas à indução e em evolução espontânea.

As gestantes de parto espontâneo eram em sua maioria solteiras, tinham antecedentes de parto cesariano e apresentaram menos antecedentes patológicos na gestação.

O trabalho de parto foi menor nas gestantes submetidas a indução, contudo, as mesmas apresentaram maior tempo de internamento.

Não houve diferença significativa na presença de infecções em recém-nascidos e puérperas, no Apgar menor que sete no quinto minuto, no peso do recém-nascido, em admissões e permanência em UTI neonatal.

## REFERÊNCIAS

1. WHO recommendations: induction of labour at or beyond term, World Health Organization, 2018:4. Disponível em:  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052796>.
  
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção Primária a Saúde. Departamento de Ações Programáticas, Manual de Gestação de Alto Risco, Brasília, 2022:645-654. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf)
  
3. Acog, practice bulletin *induction of labor*, obstetrics & gynecology vol. National Library of Medicine. Washington. 2009;114:2, part 1.  
DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19623003/>
  
4. Marsdal KE, S rbye IK, Gaudernack LC, *et al*. A comparison of misoprostol vaginal insert and misoprostol vaginal tablets for induction of labor in nulliparous women: a retrospective cohort study. *bmc pregnancy and childbirth*. Oslo, 2018;18(1):11.  
DOI: 10.1186/s12884-017-1647-3. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29304769/>
  
5. Mlodawski J, Mlodawska M, Plusajska J, Galuszewska J, Glijer K, Gluszek S. Misoprostol vaginal insert and Foley catheter in labour induction - single center retrospective observational study of obstetrical outcome. *Ginekol Pol*. 2020;91(11):700-703. doi: 10.5603/GP.a2020.0118. PMID: 33301165.
  
6. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, *et al*. Births: Stat final data for 2006. *Natl Vital Rep*. Hyattsville, 2009:1–102. Disponível em:  
[https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55\\_01.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55_01.pdf)
  
7. Ferrazzi E, Brembillac G, Cipriana S, Livio S, Paganellia A, Parazzinia F. Maternal age and body mass index at term: Risk factors for requiring an induced labour for a late-term pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Amsterdam, 2019;233:151-157. Disponível em:  
[https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(18\)31149-7/abstract](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(18)31149-7/abstract)
  
8. Rattanakanokchai S, Gallos ID, Kietpeerakool C, Eamudomkarn N, Alfirevic Z. *et al*. Methods of induction of labour: a network meta-analysis (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023. DOI: 10.1002/14651858.CD015234. Disponível em:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9808699/pdf/CD015234.pdf>
  
9. Alfirevic\_Z, Gyte GML, Nogueira Pileggi V, Plachcinski R, *et al*. Home versus inpatient induction of labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of*

Systematic Reviews. 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD007372.pub4. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8094591/pdf/CD007372.pdf>

10. Sanchez-Ramos L, Levine LD, Sciscione AC, Mozurkewich EL, Ramsey PS, Adair CD, et al, Methods for the induction of labor: efficacy and safety. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2024: 669-695. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.02.009. Disponível em: <https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2823%2900081-9>
11. Friedman EA, Cohen WR. The active phase of labor, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*.2023. doi: 10.1016/j.ajog.2021.12.269. Disponível em: <https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2822%2900070-9>
12. He X, Zeng X, Troendle J, Ahlberg M, Tilden EL, Souza JP, et al. MMNew insights on labor progression: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2023. doi: 10.1016/j.ajog.2022.11.1299. Disponível em: <https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2822%2902205-0>
13. Friedman EA. Labor in multiparas; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1956:691–703. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13378754/>
14. Friedman EA. *Labor: Clinical Evaluation and Management*. Appleton-CenturyCrofts. New York, 2 ed. 1978. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13378754/>
15. McGowan L. Labor: clinical evaluation and management. *JAMA*,1967. doi:10.1001/jama.1967.03130070087043 Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/335189>
16. ACOG technical bulletin. Dystocia and the augmentation of labor. *American College of Obstetricians and Gynecologists. Int J Gynaecol Obstet*, 1995; 137(218):73–80, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8737311/>
17. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 187:824–8. DOI: 10.1067/mob.2002.127142 Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)00248-X/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)00248-X/abstract)
18. Onishi K, Huang JC, Kawakita T. Comparison of Labor Curves Between Spontaneous and Induced Labor, *Obstetrics & gynecology*. San Francisco, 2023;142:6. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005407 Disponível em: [https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2023/12000/comparison\\_of\\_labor\\_curves\\_between\\_spontaneous\\_and.17.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2023/12000/comparison_of_labor_curves_between_spontaneous_and.17.aspx)
19. Xiaoqing H, Xiaojing Z, James T, Ahlberg M, *et al*. New insights on labor progression: a systematic review, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2023.doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1299 Disponível em: <https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2822%2902205-0>

20. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Tita ATN, *et al.* Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk, *N Engl J Med.* 2018; 376 (6):513-526. DOI: 10.1056/NEJMoa1800566. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1800566>
21. WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term. World Health Organization. Geneva, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052796>
22. Harper LM, Caughey AB, Odibo AO, *et al.* Normal Progress of Induced Labor, *Obstetrics & Gynecology.* 2012; 119(6): 1113-1118. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318253d7aa Disponível em: [https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2012/06000/normal\\_progress\\_of\\_induced\\_labor.7.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2012/06000/normal_progress_of_induced_labor.7.aspx)
23. Saccone G, Della Corte L, Maruotti Gm, *et al.* Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019; 98:958–966. <https://doi.org/10.1111/aogs.13561> Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/aogs.13561>
24. Saccone G, Berghella V. Induction of labor at full term in uncomplicated singleton gestations: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2015: 629-636. DOI: 10.1016/j.ajog.2015.04.004 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25882916/>
25. Sotiriadis A, Petousis Thilaganathan S, Figueras F, Martins WP, *et al.* Maternal and perinatal outcomes after elective induction of labor at 39 weeks in uncomplicated singleton pregnancy: a meta-analysis, *Ultrasound Obstet Gynecol.* Wiley Online Library. Thessaloniki, 2018:26–35. DOI: 10.1002/uog.20140. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/uog.20140>
26. Espada-Trespalcios X, Ojeda F, Rodrigo NN, Rodriguez-Bioscam A. *et al.* Induction of labour as compared with spontaneous labour in low-risk women: A multicenter study in Catalonia, *Sexual & Reproductive Healthcare.* 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100648>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877575621000550?via%3Dihub>
27. Middleton P, Shepherd E, Morris J, Crowther CA, Gomersall, J.C. Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev.*2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7389871/pdf/CD004945.pdf>
28. Ozbasli E, Canturk M, Aygun EG, Ozaltin S, Gungor M. Labor Induction with Intravaginal Misoprostol versus Spontaneous Labor: Maternal and Neonatal BioMed Research International. 2022:9. DOI: <https://doi.org/10.1155/2022/2826927>. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9757931/pdf/BMRI2022-2826927.pdf>

29. Gulmezoglu AM, Crowther CA, Middleton, P. Induction of labour for improving birthoutcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub2> Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004945.pub2/epdf/full>
30. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf>
31. Brasil, Ministério da Saúde, Atenção ao pré-natal de baixo risco Cadernos de Atenção Básica.. Brasília, 32ed. 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/>
32. Faramarzi E, Somi MH, Tutunchi H, Almaspour H, Sanaie S, Asemani S. The association of parity number with multimorbidity and polypharmacy among Iranian women in the Azarcohort: a cross-sectional study. *BMC Women's Health.* 2023;295. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02434-9>. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-023-02434-9>
33. Barata D, Lopes R, Lessa L, Sá M. de. *et al.* Indução do Trabalho de Parto Protocolo Assistenciais de Obstetrícia da Maternidade Climério de Oliveira, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017:09. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/392916076/Manual-de-protocolos-de-obstetricia-MCO-pdf>
34. Bensal A, Weintraub AY, Levy A, Holcberg G, Sheiner E. The significance of peripartum fever in women undergoing vaginal deliveries *Am J Perinatol.* Epub, 2008: 567-72. DOI: 10.1055/s-0028-1085624. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0028-1085624>
35. Attali E, Kern G, Warshaviak M, Reicher L, Many A, Yogev Y, Fouks Y. Intrapartum fever complicated with maternal bacteremia: prevalence, bacteriology, and risk factors *Arch Gynecol Obstet.* Waltham, 2024; 310:195-202. DOI: 10.1007/s00404-024-07564-5. Disponível em: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11169021/pdf/404\\_2024\\_Article\\_7564.pdf](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11169021/pdf/404_2024_Article_7564.pdf)
36. Bank TC, Nuss E, Subedi K, Hoffman MK, Sciscione A. Outcomes associated with antibiotic administration for isolated maternal fever in labor *Am J Obstet Gynecol.* Epub, 2022 Feb; 226(2): 255-257. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.07.020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8810660/pdf/nihms-1730744.pdf>
37. Souter V, Painter I, Sitcov K, *et al.* Maternal and newborn outcomes with elective induction of labor at term. *Am J Obstet Gynecol.* 2019; 220(3): 273.E1-273.E-11, 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)

38. Hong J, Atkinson J, Biomed B, Mitchell AR, et al. Comparison of Maternal Labor-Related Complications and Neonatal Outcomes Following Elective Induction of Labor at 39 Weeks of Gestation vs Expectant Management: A Systematic Review and Meta-analysis, *JAMA Netw Open*. May,6(5): e2313162. 2023. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.13162. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2804853>
39. Guerra GV, Cecatti JG, Souza JP, Faúndes A, Morais SS, Gülmezoglu AM, *et al*. Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Factors and outcomes associated with the induction of labour in Latin America. *BJOG, An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Jul, 2009; 116:1762–1772. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02348.x Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/j.1471-0528.2009.02348.x>
40. Hoffman MK, Vahratian A, Sciscione AC, Troendle JF, Zhang J. Comparison of Labor Progression Between Induced and Noninduced Multiparous Women *Obstet Gynecol*. May;107(5):1029-34.2006 DOI:10.1097/01.AOG.0000210528.32940.c6. Disponível em: [https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2006/05000/comparison\\_of\\_labor\\_progression\\_between\\_induced.12.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2006/05000/comparison_of_labor_progression_between_induced.12.aspx)
41. Vahratian A, Troendle JF, Siega-Riz AM, Zhang J. Methodological challenges in studying labour progression in contemporary practice. *Paediatr Perinat Epidemiol*. Jan, 2006;20(1):72-78. DOI: 10.1111/j.1365-3016.2006.00696.x Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/j.1365-3016.2006.00696.x>
42. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes, *Obstet Gynecol*. San Diego, p. 1281-1287, 2010. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3660040/pdf/nihms367554.pdf>
43. Lessa L, Lopes R, Alves A. Indução do Trabalho de Parto, Protocolo Assistenciais de Obstetrícia da Maternidade Climério de Oliviera, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2024. Disponível em: <https://intranet.ebserh.gov.br/sites/default/files/paginas/2023-09/Protocolo%20Inducao%20do%20Parto.pdf>
44. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Protocolo Misoprostol. Brasília, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_utilizacao\\_misoprostol\\_obstetricia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf)
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)

46. Misoprostol ONLY Dosing Chart (For use ONLY when mifepristone is not available) Recommended Regimens FIGO. Geneva, 2023. Disponível em: <https://www.figo.org/sites/default/files/2024-01/FIGO-Miso-Chart-11-2023%20FINAL%20%281%29%20%281%29.pdf>
47. WHO recommendation intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. Geneva, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
48. WHO labour care guide: user's manual. World Health Organization. Geneva, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>
49. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília, 2022. Disponível em: [https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/download/615\\_9c68b60515aeb7bb1f3f022505721f2b](https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/download/615_9c68b60515aeb7bb1f3f022505721f2b)
50. Glantz JC. Elective induction vs. spontaneous labor associations and outcomes, J Reprod Med. 2005;235-40. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15916205/>
51. Whittington JR, Ounpraseuth ST, Magann EF, Wendel PJ, Newton L, Morrison JC. A comparison of maternal and perinatal outcomes with vaginal delivery: indicated induction versus spontaneous labor, J Matern Fetal Neonatal Med. 2002;35(10):1929-1934. doi: 10.1080/14767058.2020.1774545. Disponível em: [https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/14767058.2020.1774545?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%200pubmed](https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/14767058.2020.1774545?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed)
52. Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ, Cheng YW, Gienger A, Little SE. Maternal and neonatal outcomes of elective induction of labor. Evidence Report/Technology Assessment. 2009; 176: 1-257. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4781541/>
53. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Induction of labour, Clinical Guideline, Funded to produce RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53617>
54. National Institute for Health and Care Excellence. Inducing labour. Clinical guideline. p.1-42, 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207/resources/inducing-labour-pdf-66143719773637>
55. Marconi AM. Recent advances in the induction of labor. F1000Research 2019, 8(F1000 Faculty Rev):1829 Last updated: 01 nov 2019. Milano, 2019; 8:11. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6823899/pdf/fl1000research-8-19231.pdf>

56. Lalithadevi P, Rengaraj S, Dasari P, Adhisivam B. Elective induction of labor versus expectant management at 39 weeks among low-risk nulliparous pregnant women: A randomized controlled trial in India (ELITE-39 trial) *Int J Gynaecol Obstet*. Pondicherry. DOI: 10.1002/ijgo.15597. 2024. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/ijgo.15597>
57. Fukami T, Koga H, Goto M, Ando M, Matsuoka S, Tohyama A. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage among transvaginal deliveries at a tertiary perinatal medical facility in Japan *PLoS One*. Fukuoka. 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0208873. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6326562/pdf/pone.0208873.pdf>
58. Martin JA, Hamilton BE, Osterman M. Births in the United States, 2020. *NCHS Data Brief*. Hyattsville. 2021: 1–8. DOI: <https://dx.doi.org/10.15620/cdc:109213>. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db418.pdf>

59. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 14 ed, 2022.
60. Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol*. Aug, 1964;24:266-8. 1964. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14199536/>
61. Camargo JF, Caldas JPS, Marba STM. Early neonatal sepsis: prevalence, complications and outcomes in newborns with 35 weeks of gestational age or more, *Rev. paul. pediatr*. 2022;40. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020388>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/WtzVNPxpNfsBMH8WWXnPVHw/>
62. Goetzl L. Maternal fever in labor: etiologies, consequences, and clinical management, *American College Obstetrics and Gynecologists*. Philadelphia, 2023;223(5) supl.:1274-1282. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.11.002. Disponível em:

[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(22\)00886-9/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(22)00886-9/fulltext)

63. World Health Organization. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*. Geneva, 3 ed, 2015. Disponível em:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf?sequence=1>.

64. World Health Organization. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: a Guide for Essential Practice*. Geneva, 4 ed. 2017. Disponível em:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf>.

65. World Health Organization. *Maternal H, safe motherhood P. The Partograph: the application of the WHO partograph in the management of labour, report of a WHO multicentre study*. Geneva, 1990 e 1991, 1994. Disponível em:

<https://iris.who.int/handle/10665/58589>

66. Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. American College of Obstetricians and Gynecologists. Philadelphia, 2014; 210:179–93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.026>. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/s0002-9378\(14\)00055-6/fulltext](https://www.ajog.org/article/s0002-9378(14)00055-6/fulltext)
67. Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse D. J Obstetric Care Consensus: safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2014 Mar;123 (3): 693–711. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.026>. Disponível em: [https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2014/03000/obstetric\\_care\\_consensus\\_no\\_\\_1\\_\\_safe\\_prevention\\_of.41.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2014/03000/obstetric_care_consensus_no__1__safe_prevention_of.41.aspx)
68. Vogel JP, West HM, Dowswell T. Titrated oral misoprostol for augmenting labour to improve maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014; 1(9): 34. DOI: 10.1002/14651858.CD010648.pub2 Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9634341/pdf/CD010648.pdf>
69. Weeks A, Faundes A. Misoprostol em obstetrícia e ginecologia. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2007 Dec; 99: 5156-5159. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.09.003>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2007.09.003>
70. Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side effects. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2007 Dec; 99(2) p.S160-S167. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.09.004>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2007.09.004>
71. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Novikova N, Lawrie TA. Postpartum misoprostol for prevention of maternal mortality and morbidity. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; Jul 15:(7): 1-125. DOI: 10.1002/14651858.CD008982.pub2. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008982.pub2/epdf/full>
72. Senanayake H, Mariani I, Valente EP, *et al.* Outcomes of induction versus spontaneous onset of labor at 40 and 41 GW: findings from a prospective database, Sri Lanka. BMC Pregnancy and Childbirth. 2022 Jun; 22(518):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04800-1>. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04800-1>

## APÊNDICE

### Apêndice A - Aprovação do Comitê de Ética

MATERNIDADE CLIMÉRIO DE  
OLIVEIRA - UFBA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** RESULTADOS PERINATAIS APÓS A INDUÇÃO DE PARTO COM MISOPROSTOL VAGINAL

**Pesquisador:** LICEMARY GUIMARAES LESSA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 69333123.0.0000.5543

**Instituição Proponente:** Maternidade Climério de Oliveira/UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DA NOTIFICAÇÃO

**Tipo de Notificação:** Envio de Relatório Parcial

**Detalhe:**

**Justificativa:** Conforme cronograma , encaminhado relatório parcial

**Data do Envio:** 23/09/2024

**Situação da Notificação:** Parecer Consubstanciado Emitido

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Parcial	Relatorio_parcial_set_2024.pdf	23/09/2024 20:12:48	LICEMARY GUIMARAES LESSA	Postado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua do Limoeiro, 137 Bloco E 1º andar  
Bairro: Nazaré CEP: 40.055-150  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-9275 Fax: (71)3283-9210 E-mail: cepmco@ufba.br