

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE  
DOURADOS**

**KAIO GUILHERME CAMPOS PAULO IKEDA**

**DESFECHO OBSTÉTRICO DE GESTANTES SUBMETIDAS À INDUÇÃO DO  
TRABALHO DE PARTO**

**DOURADOS – MS**

**2021**

KAIO GUILHERME CAMPOS PAULO IKEDA

## DESFECHO OBSTÉTRICO DE GESTANTES SUBMETIDAS À INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Área Uniprofissional de Saúde – Enfermagem Obstétrica - da Universidade Federal da Grande Dourados como requisito parcial para obtenção do título de pós-graduação **lato sensu**.

Orientadora: Enf<sup>a</sup> Me. Ana Carla Tamisari Pereira.

DOURADOS – MS

2021



Ministério da Educação  
Universidade Federal da Grande Dourados



**ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO –  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HU/UFGD.**

As 13h30 horas do dia 18 do mês fevereiro do ano de 2021, na (o) Sala da Telessaúde, compareceram para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de Pós-Graduação – Enfermagem Obstétrica o(a) aluno(a): **Kaio Guilherme Campos Paulo Ikeda**, tendo como Título do Trabalho de Conclusão de Curso: **“DESFECHO OBSTÉTRICO DE GESTANTES SUBMETIDAS A INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO”**.

Constituíram a Banca Examinadora os (as) professores (as): **Ma. Ana Carla Tamisari Pereira**, **Ma. Daniele Moreira de Lima**, e **Dra. Ceny Longhi Rezende**. Após a apresentação e as observações dos membros da banca avaliadora, ficou definido que o trabalho foi considerado aprovado com conceito 9,53 (0 a 10 pontos). Eu, **Ana Carla Tamisari Pereira**, lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelos demais membros da Banca Examinadora.

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinaturas:

Membros da Banca Examinadora:

\_\_\_\_\_  
**Ana Carla Tamisari Pereira**  
Ma.  
Orientador (a)

\_\_\_\_\_  
**Daniele Moreira de Lima**  
Ma.  
Examinador (a)

\_\_\_\_\_  
**Ceny Longhi Rezende**  
Dra.  
Examinador (a)

## RESUMO

**Introdução:** a indução do trabalho de parto consiste em provocar contrações uterinas efetivas antes do trabalho de parto espontâneo, com objetivo promover a dilatação cervical e descida da apresentação fetal. A opinião geral é de que esta pratica possa culminar em um incremento na taxa de cesarianas, além de não ser claro se há algum benefício materno e neonatal. **Objetivo:** analisar o desfecho obstétrico de gestantes submetidas à indução do trabalho de parto. **Metodologia:** estudo revisão integrativa de literatura. Coleta de dados realizada por meio de buscas eletrônicas nas bases de dados: MEDLINE, LILACS, e BDEF. A análise de dados passou por categorização, tratamento dos resultados e interpretação. **Resultados:** foram selecionados 7 artigos, todos de língua inglesa, com ausência de publicação somente do ano de 2019. Dos resultados, emergiram dois temas: indução por uso de promotor de amadurecimento cervical e indução por uso de promotores do amadurecimento cervical associado a indutor de contração uterina, cada qual com suas categorizações. **Conclusão:** por meio dos achados foi possível observar uma predominância do parto vaginal como desfecho das induções de trabalho de parto, houve uma ausência de dados em relação ao parto vaginal instrumental. A taxa de cesariana se manteve em um patamar predominantemente reduzido, porém com falta de detalhamento sobre as realizadas por falha de indução. As induções realizadas em gestações a termo evoluem em sua maioria para parto vaginal.

**Descritores:** trabalho de parto induzido; parto obstétrico; misoprostol.

## ABSTRACT

**Introduction:** the induction of labor consists of causing effective uterine contractions before spontaneous labor, in order to promote cervical dilation and lower fetal presentation. The general opinion is that this practice can culminate in an increase in the rate of cesarean sections, and it is not clear whether there are any maternal and neonatal benefits. **Objective:** to analyze the obstetric outcome of pregnant women submitted to labor induction. **Methodology:** an integrative literature review study. Data collection performed through electronic searches in the databases: MEDLINE, LILACS, and BDEF. Data analysis went through categorization, treatment of results and interpretation. **Results:** 7 articles were selected, all of them in English, with the absence of publication only in the year 2019. From the results, two themes emerged: induction by the use of cervical ripening promoters and induction by the use of cervical ripening promoters associated with uterine contraction, each with its own categorizations. **Conclusion:** through the findings, it was possible to observe a predominance of vaginal delivery as the outcome of labor inductions, there was an absence of data in relation to instrumental vaginal delivery. The rate of cesarean section remained at a predominantly low level, but with a lack of detail on those performed due to failure of induction. The inductions performed in term pregnancies mostly evolve to vaginal delivery.

**Key words:** induced labor; obstetric delivery; misoprostol.

## LISTA DE QUADRO DE TABELAS

**Quadro 1** - Apresentação dos artigos selecionados para o estudo.

**Quadro 2** - Categorização dos resultados obtidos nos estudos selecionados.

**Tabela 1** - Índice de Bishop.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>10</b>
2.1. Objetivo Geral.....	10
<b>3. MÉTODOS.....</b>	<b>11</b>
3.1. Tipo de estudo.....	11
3.2. Identificação do tema e definição da pergunta norteadora.....	11
3.3. Critérios de inclusão e exclusão.....	12
3.3.1. Inclusão.....	12
3.3.2. Exclusão.....	12
3.3.3. Busca na Íntegra.....	12
3.4. Coleta de Dados.....	14
3.5. Discussão dos resultados.....	14
3.6. Aspectos Éticos.....	15
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>26</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>30</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Ser profissional de enfermagem requer conhecimentos que vão além da cientificidade, quando abordamos a enfermagem na assistência obstétrica tal afirmação toma inúmeras proporções uma vez que o nascimento demonstra a magnitude que as ações destes profissionais exercem sobre o ciclo da existência humana.

Quando uma gestante é submetida à indução de trabalho de parto, isto pode fazer com que um ciclo fisiologicamente natural se torne, por vezes, de forma desnecessária, intervencionista.

Como forma de segurança para a parturiente e o concepto, a modernização da obstetrícia permitiu inúmeros avanços no que diz respeito dos recursos propedêuticos, o que levou a comprovação da necessidade da indução artificial do trabalho de parto em diversas situações clínicas (SOUZA *et al.*, 2010).

Indução de trabalho de parto (TP) segundo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (2017) consiste em estimular artificialmente contrações uterinas antes de seu início espontâneo, agindo como precursor para o parto vaginal. Tal procedimento é recomendado tendo como referência o risco de morte sobre a vitalidade materna e fetal.

No que diz respeito as indicações de indução de TP, Souza *et al.*, (2010) trazem gestante com os seguintes quadros: ruptura prematura das membranas ovulares, diabetes, gestações prolongadas e pós-termo, restrição de crescimento fetal, síndromes hipertensivas, isoimunização Rh e óbito fetal.

Para efeito de contraindicação de indução de TP, Zugaib (2016) descreve gestantes enquadradas nos seguintes aspectos: gestação múltiplas, placenta prévia, macrossomia fetal, sofrimento fetal, apresentações anômalas, malformações uterinas, vício pélvico, infecção ativa por herpes genital, sorologia positiva para HIV e carcinoma cervical invasivo.

No que diz respeito à presença de cicatriz uterina prévia (cesárias, miomectomias ou metroplastias) permanece de forma controversa na literatura, principalmente no que se refere ao antecedente obstétrico de uma cesárea (ZUGAIB, 2016).

Para Cunha (2010) o início do trabalho de parto deve ser considerado quando se faz a presença de alguns elementos, na maioria dos casos: apagamento do colo uterino, dilatação cervical, formação da bolsa das águas, liberação de mucosidades e contrações uterinas. No que diz respeito ao apagamento e dilatação do colo, pode-se subdividir em dois quadros: quando a parturiente for primípara (primeiro parto), neste caso o apagamento ocorre preliminarmente à dilatação e, no caso de múltipara (paciente com histórico de partos anteriores) ambos ocorrem concomitantemente. Para a tomada da indução do trabalho de parto, a equipe obstétrica deve levar em consideração todos estes parâmetros.

O obstetra defronta-se à necessidade de interrupção da gravidez em gestantes fora do trabalho de parto sem apagamento do colo uterino, o que leva a dificuldade da dilatação, tal fato pode estar associado a sensibilidades da fibra uterina à ocitocina endógena (CUNHA, 2010).

Há casos em que o colo uterino apresenta-se desfavorável (imaturo) para a indução do TP, situações em que agentes devem ser utilizados para seu amadurecimento. Para tal, a medicina utiliza como parâmetro para avaliação das condições do colo o índice de Bishop (Tabela 1), onde são observados aspectos como dilatação, apagamento, altura, consistência e posição do mesmo. O colo é considerado desfavorável se o índice for  $\leq 6$  e favorável quando  $> 8$ , pois, nesta pontuação, a probabilidade do parto vaginal após a indução é similar à do parto espontâneo (MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

**Tabela 1.** Índice de Bishop

Parâmetros	Índice			
	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1 a 2	3 a 4	5
Apagamento (%)	0 a 30	40 a 50	60 a 70	80
Altura	-3	-2	-1 ou 0	+1
Consistência	Firme	Média	Mole	2
Posição	Posterior	Média	Anterior	2

Fonte: Montenegro & Rezende (2014, p. 432).

Há descrito na literatura diversos métodos para indução de TP, Montenegro & Rezende (2014) os dividem em dois grupos: os indutores da contração uterina e promotores do amadurecimento cervical.

No que diz respeito aos indutores de contrações uterinas, podemos descrever o uso da ocitocina e realização da amniotomia, já os promotores do amadurecimento cervical: descolamento das membranas, sonda Foley (com ou sem infusão salina extra-amniótica, análogo da prostaglandina E<sup>1</sup>: misoprostol e prostaglandina E<sup>2</sup>: dinoprostano, sendo este inexistente no Brasil (MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

Trazendo o uso da ocitocina e análogo da prostaglandina E<sup>1</sup>: misoprostol, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (2017) elucida que, como critério de intervenção, primeiramente, deve-se buscar o amadurecimento do colo com misoprostol quando índice de Bishop for  $\leq 6$  para posterior infusão venosa de ocitocina quando índice  $> 8$ , buscando contrações, que, junto ao amolecimento do colo uterino, culmine na expulsão do feto.

Em sua farmacocinética, o misoprostol, prostaglandina E<sup>1</sup> do tipo análoga, para a maturação e dilatação do colo uterino é considerada uma substância segura e eficaz. O fármaco atua de forma que estimula o miométrio uma vez que modifica a estrutura do colágeno por forma da matriz extracelular, sendo assim elevando a concentração de ácido hialurônico e água. Também promovendo o relaxamento da musculatura lisa, o que facilita a dilatação e permite o aumento do cálcio intracelular, promovendo a contração uterina (JESUS *et al.*, 2017 apud GOMES *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010; GATTÁS *et al.*, 2012).

Sua via de administração se dá por diversas maneiras, sendo o mais comum via vaginal, devido a mucosa intravaginal permitir melhor utilização de sua biodisponibilidade. Outras vias de administração seriam: oral, sublingual e retal. Recomenda-se nas gestações a termo as doses de 25 a 50 mcg, entre três e seis horas, conforme protocolo da American College of Obstetricians and Gynecologists e Ministério da Saúde do Brasil (GOMES *et al.*, 2010).

A ocitocina é um fármaco muito utilizado na indução de TP, possui ação rápida, com uma frequência diminuída de hiperestimulação uterina e eliminação rápida após sua suspensão. Este fármaco exige uma atenção em seu uso, devido conter em sua estrutura similaridade com a vasopressina, o que aumenta o risco de hipervolemia,

convulsão, edema agudo de pulmão, coma e até óbito. (JESUS *et al.*, 2017 apud SOUZA *et al.*, 2013; GOMES, 2010).

Segundo Teixeira (2010) a administração da ocitocina se dá por via intravenosa, com uso de bomba de infusão, o que permite um controle preciso da dose, sendo diluída em solução isotônica. Geralmente, é administrado dose de 10UI/ml. Porém, o uso da via endovenosa pode provocar limitação de movimentos na parturiente e leva ao aumento do risco para intoxicação hídrica, devido sua propriedade antidiurética, o que além de retenção hídrica pode levar a hiponatremia (GOMES, 2010).

Outra forma de indução de TP utilizada é a mecânica, dentre ela a de Krause. Consiste na inserção de uma sonda Foley nº 12, adentrando o orifício do colo uterino, enchimento do balonete e tração contínua por fixação da sonda à perna da parturiente. Seu mecanismo de ação vai além da dilatação mecânica, uma vez que o mesmo estimula a produção de prostaglandinas local, devido à separação do córion da decídua, sem prejuízos colaterais, o que faz permitido o seu uso em gestantes mesmo com cicatrizes uterinas pregressas (OLIVEIRA *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2010).

Pode-se citar ainda os métodos não farmacológicos para a indução de trabalho de parto, ou também conhecida como medicina alternativa. Fazem parte destes métodos a estimulação mamária – historicamente inserida em muitas culturas -, acupuntura, óleos essenciais, auriculoterapia e acupressão, alguns destes exercendo um papel importante no controle da dor (ACOG, 2019; NICE, 2018; CARVALHO, 2017 apud MAKVANDI *et al.*, 2016; RAMOS, 2019 apud DEMIREL; GULER, 2015).

Por fim, Santos e Ramalho (2016) elucidam que existe uma preocupação em relação a prática da indução de TP, uma vez que a opinião geral é de que esta prática culmina em um incremento na taxa de cesarianas, além de não ser claro se há algum benefício materno e neonatal com o uso desta prática.

Portanto, este estudo se justifica devido à necessidade do levantamento da efetividade das induções de trabalho de parto que parturientes são submetidas.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1. Objetivo Geral**

Analisar as evidências disponíveis na literatura acerca da via de parto de gestantes submetidas à indução do trabalho de parto por uso do misoprostol, ocitocina e inserção de sonda foley.

### **3. MÉTODOS**

#### **3.1. Tipo de estudo**

Tratou-se de uma revisão integrativa de literatura. Esse tipo de pesquisa permite compreensão abrangente sobre o tema estudado, já que admite estudos experimentais e não experimentais acerca de uma particular área de estudo. Além disso, combina conhecimento teórico e empírico, bem como incorporando um vasto conjunto de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas dos métodos de uma temática em particular (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Por conseguinte, a revisão integrativa segue um processo de análise sistemática e sumarizado da literatura, sendo que bem conduzido qualifica os resultados do pesquisador, possibilitando reconhecer as lacunas do conhecimento em relação ao fenômeno estudado, além de identificar a necessidade de estudos futuros (CROSSETTI, 2012).

Para a elaboração desta revisão foi adotado as seis etapas do processo de elaboração da revisão integrativa, conforme proposto por Souza, Silva e Carvalho (2010), sendo elas: 1) identificação do tema e definição da pergunta norteadora; 2) estabelecimentos de critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos; 5) discussão dos resultados; e 6) apresentação da revisão integrativa.

#### **3.2. Identificação do tema e definição da pergunta norteadora**

A ideia deste estudo foi tomando forma durante a minha prática como enfermeiro residente nos diversos setores onde desempenhei minhas funções, conforme o fluxo, do centro obstétrico até a unidade de terapia intensiva neonatal. Neste caminho, pude observar tanto o sucesso quanto as complicações relacionadas a indução do trabalho de parto.

Por vezes, me questionei sobre quais fatores estariam ligados as complicações advindas do processo de indução do trabalho de parto – do manejo a fatores clínicos de cada gestante – a periodicidade das aplicações dos indutores, a resistência dos profissionais quanto ao método a ser seguido, o tempo decorrido do início da indução

até o nascimento, as indicações, ou até mesmo a falta de um protocolo bem estabelecido - que poderiam influenciar ou não no desfecho obstétrico deste gestante submetida a indução do trabalho de parto.

Ressalta-se que a Organização Mundial da Saúde WHO (2018) retrata que uma quantidade substancial de mulheres grávidas saudáveis em algum momento passa por pelo menos uma intervenção clínica durante o trabalho de parto, dentre eles a indução do trabalho de parto, o aumento da ocitocina de forma desregada, operação cesariana, parto vaginal instrumental ou até mesmo episiotomia.

Portanto, este estudo se justifica devido à necessidade do levantamento da efetividade das induções de trabalho de parto ao qual as gestantes são submetidas no ambiente intra-hospitalar.

Neste sentido, qual o desfecho obstétrico das gestantes submetidas a indução do trabalho de parto?

### **3.3. Critérios de inclusão e exclusão**

#### **3.3.1. Inclusão**

Foram inclusos no estudo aqueles artigos publicados nas bases de dados eletrônicas, disponíveis online na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2015 a 2020 que abordaram o tema proposto neste estudo. O período de cinco anos foi estipulado neste estudo para verificar as tendências atuais sobre a utilização da indução do TP.

#### **3.3.2. Exclusão**

Foram excluídos artigos incompletos ou sem resumo, trabalhos de conclusão de curso, dissertações de mestrado, teses de doutorado, materiais didáticos, revisões de literatura e estudos não responderam a problemática desta pesquisa.

#### **3.3.3. Busca na Íntegra**

A coleta de dados foi realizada por meio de buscas eletrônicas nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis (MEDLINE), Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), todas

estas bases de dados foram pesquisadas por meio do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para a seleção dos artigos e conforme a terminologia em saúde DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)/MeSH (Medical Subject Headings), da BVS, foram utilizados os seguintes descritores: trabalho de parto, parto obstétrico, misoprostol e suas respectivas versões em inglês: labor induced, delivery obstetric e misoprostol.

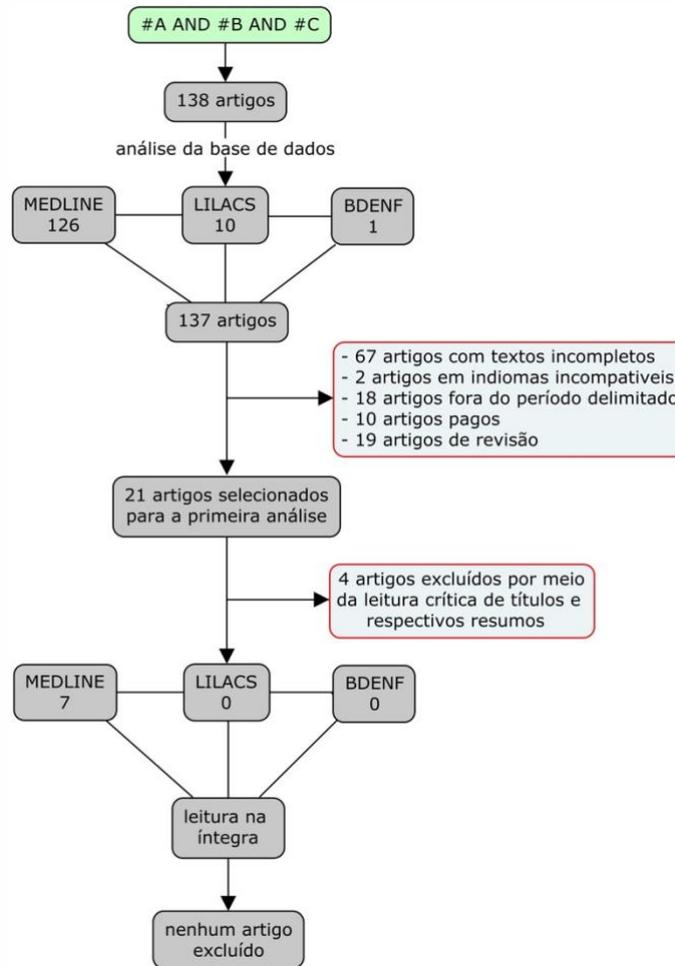
#A – (trabalho de parto induzido / labor induced)

#B – (parto obstétrico / delivery obstetric)

#C – (misoprostol / misoprostol)

Posteriormente tais descritores passaram por agrupamento com o operador booleano “AND” da seguinte forma: #A AND #B AND #C. Os resultados desta etapa passaram pela aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, em seguida foi realizada a leitura do título e do resumo das publicações, com exclusão daquelas que não compreendiam a temática da pesquisa. Posteriormente foi realizado a leitura na íntegra, selecionando para a amostra final os estudos que atendiam a questão norteadora desta revisão, conforme demonstrado na **figura 1**.

Figura 1 – Fluxograma das publicações levantadas para o estudo



Fonte: autoria própria

### 3.4. Coleta de Dados

Para extrair os dados dos artigos selecionados, foi utilizado um instrumento (**APÊNDICE A**), elaborado pelo próprio pesquisador, no qual apresenta os seguintes itens: número, autores, ano de publicação, título, revista, Qualis, base de dados e língua original do artigo.

### 3.5. Discussão dos resultados

Esta fase foi constituída pela comparação da análise da síntese dos dados com o conhecimento teórico. Foi realizada a categorização dos artigos, a partir da unidade de significados, estabelecendo-se as similaridades e o contraste de conteúdo. Posteriormente, ao analisar o conjunto de artigos, foram extraídas categorias sobre o

tema (**quadro 2**) sendo a quantidade de acordo com a demanda, cujo conteúdo será discorrido.

### **3.6. Aspectos Éticos**

O presente estudo foi encaminhado para a instituição onde a graduação está vinculada HU-UFGD para observação e aprovação conforme consta no despacho SEI, processo número 23529.0170/2020-46.

O (apêndice B) trata a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido devido a metodologia adotada para o presente estudo.

#### 4. RESULTADOS

Ao final da seleção foi obtido um número de 7 artigos para o estudo, conforme demonstrado no **quadro 1**. Após a seleção foi realizada a leitura na íntegra dos artigos, seguido de uma distribuição de acordo com os assuntos abordados por cada estudo, para a elaboração da categorização conforme os achados, disposto no **quadro 2**.

**Quadro 1** - Apresentação dos artigos selecionados para o estudo.

Nº	Autores	Ano	Título	Revista	Qualis	Base de dados	Idioma
1	KEHL, S. et al.	2015	Sequential use of double-balloon catheter and oral misoprostol versus oral misoprostol alone for induction of labour at term (CRBplus trial): a multicentre, open-label randomised controlled trial.	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	A1	MEDLINE	INGLÊS
2	AZUBUIKE, I. J.; BASSEY, G.; OKPANI, A. O. U.	2015	Comparison of 25 and 50 microgram of misoprostol for induction of labour in nulliparous women with postdate pregnancy in Port Harcourt.	Nigerian Journal of Clinical Practice	A4	MEDLINE	INGLÊS
3	EIKELDER, M. L. G., et al.	2016	Induction of labour at term with oral misoprostol versus a Foley catheter (PROBAAT-II): a multicentre randomised controlled non-inferiority trial.	LANCET	A1	MEDLINE	INGLÊS
4	CONDE, A. et al.	2017	Comparison between vaginal and sublingual misoprostol 50 µg for cervical ripening prior to induction of labor: randomized clinical trial.	Archives of Gynecology and Obstetrics	A3	MEDLINE	INGLÊS
5	BOLLA, D. et al.	2018	Misoprostol vaginal insert versus misoprostol vaginal tablets for the induction of labour: a cohort study.	BMC pregnancy and childbirth	A2	MEDLINE	INGLÊS

6	PIMENTEL, V. et al.	2018	Induction of labor using one dose vs multiple doses of misoprostol- a randomized controlled trial.	American journal of obstetrics and gynecology	A1	MEDLINE	INGLÊS
7	LUETH, G. D.; KEBEDE, A.; MEDHANYI E, A. B.	2020	Prevalence, outcomes and associated factors of labor induction among women delivered at public hospitals of MEKELLE town-(a hospital based cross sectional study).	BMC pregnancy and childbirth	A2	MEDLINE	INGLÊS

Fonte: autoria própria

Em relação ao ano de publicação, os anos de 2015 e 2018 obtiveram o mesmo número de publicações (n=2; 28,5%), seguido dos anos de 2016 e 2017, cada qual com um artigo publicado (n=1; 14,2%). Em relação ao ano de 2019, neste não foi evidenciada nenhuma publicação de acordo com os critérios (n=0; 0%).

Quanto ao idioma, todos os estudos (n=7; 100%) eram na língua inglesa. No que diz respeito ao Qualis das publicações, houve uma predominância de revistas A1 (n=3; 42,8%), seguido de A2 (n=2; 28,5%) e A3 e A4 ambos com a mesma quantidade (n=1; 14,2%).

No que diz respeito a base de dados a qual os estudos foram encontrados, todos os artigos (n=7; 100%) estavam dispostos na MEDLINE.

Após análise e classificação dos resultados, emergiram dois temas que evidenciaram a via de parto de gestantes submetidas à indução do trabalho de parto, os mesmos estão expressos no **Quadro 2**. Os temas se compõem por categorias que propiciam a melhor compreensão destes desfechos de acordo com o método de indução ao qual as gestantes foram submetidas.

**Quadro 2 - Categorização dos resultados obtidos nos estudos selecionados.**

<b>Temas</b>	<b>Categorias</b>	<b>Artigos</b>
<b>Indução por uso de promotor do amadurecimento cervical.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indução por uso de método farmacológico (misoprostol).</li> </ul>	A4.
<b>Indução por uso de promotores do amadurecimento cervical associado a indutor de contração uterina.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indução por métodos apenas farmacológicos (misoprostol e ocitocina).</li> </ul>	A1, A2, A3, A5 e A6.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indução por método mecânico associado ao farmacológico (sonda foley e ocitocina).</li> </ul>	A3.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indução por método mecânico associado aos farmacológicos (sonda foley, misoprostol e ocitocina).</li> </ul>	A1 e A7.

Fonte: autoria própria

### **Indução por uso de promotor do amadurecimento cervical**

Neste tema, é abordado o desfecho obstétrico das gestantes que foram submetidas ao processo de indução que utilizou de insumo farmacológico para tal.

#### **Indução por uso de método farmacológico (misoprostol)**

De acordo com o estudo realizado por Conde *et al.*, (2017), das (n=102; 100%) gestantes que foram submetidas a indução de trabalho de parto utilizando-se apenas de misoprostol, (n=85; 83,3%) evoluíram para parto vaginal, sendo que destes, (n=15; 18,7%) ocorreram dentro das 6 primeiras horas de indução. Já em relação a taxa de cesariana, esta ocorreu em (n=17; 16,6%) das pacientes, os autores não especificaram quais foram as indicações de cesarianas devido a falha de indução. A média da idade gestacional das gestantes participantes deste estudo foram de 40 semanas.

### **Indução por uso de promotores do amadurecimento cervical associado a indutor de contração uterina**

Neste tema é relatado o desfecho obstétricos das gestantes que foram submetidas ao método de indução tanto mecânico quanto farmacológico, sendo estes promotores do amadurecimento cervical e indutores de contração uterina.

### **Indução por métodos apenas farmacológicos (misoprostol e ocitocina).**

Kehl *et al.*,(2015) realizaram um estudo com (n=151; 100%) gestantes submetidas a indução de parto utilizando misoprostol associado a ocitocina, destas (n=106; 70,1%) evoluíram para parto parto vaginal, todas dentro de 48h, sendo que (n=16; 10,6%) foram parto vaginal instrumental. A taxa de cesariana neste estudo foi de (n=45; 29,8%), não foi detalhado dentro destas cesarianas quantas foram indicadas devido falha de indução. A média da idade gestacional das gestantes deste estudo foram de 40 semanas e 2 dias.

Em outro estudo realizado por Azubuike, Bassey e Okpani (2015) onde, (n=88; 100%) gestantes passaram por indução de parto utilizando misoprostol associado ocitocina, destas, (n=64; 72,7%) evoluíram para parto vaginal e (n=19; 21,5%) cesariana, sendo que todas estas indicadas devido falha de indução. A média de idade gestacional neste estudo foram de 42 semanas.

Eikelder *et al.*,(2016) evidenciaram em seu estudo que, das (n=880; 100%) gestantes submetidas a indução de trabalho de parto utilizando misoprostol associado a ocitocina, (n=744; 84,8%) evoluíram para parto vaginal, sendo que destas, (n=115; 13%) foram parto vaginal instrumental. Em relação ao numero de cesariana, esta foi de (n=133; 15,1%) pacientes e, dentro destas, (n=64; 7,2%) foram indicadas devido falha de indução. A media de idade gestacional neste estudo foi de 39 semanas e 5 dias.

Bolla *et al.*, (2018) em seu estudo onde (n=400; 100%) gestantes foram submetidas a indução de trabalho de parto com uso de misoprostol associado a ocitocina, evidenciaram que (n=299; 74,7%) evoluíram para parto vaginal e, destas, (n=62; 5,5%) foram partos vaginais instrumentais. O desfecho via cesariana foi de (n=95; 32,7%) pacientes do total. Não foi relatado o numero de indicações de cesarianas devido falha de indução. A idade gestacional media deste estudo foi de 39 semanas e 5 dias.

No estudo de Pimentel *et al.*, (2018), foram analisados dados de (n=243; 100%) gestantes submetidas a indução de trabalho de parto por uso de misoprostol associado a ocitocina num período de 24 horas. Nele, (n=105; 43,2%) evoluíram para o parto vaginal dentro de 24 horas conforme a metodologia do estudo. Do total das pacientes (n=71; 29,2%) evoluíram para cesariana, sendo que, (n=13; 5,34) ocorreram devido falha de indução. A media da idade gestacional das pacientes deste estudo foram de 40 semanas e 2 dias.

Vale ressaltar que, os números apresentados no estudo supracitado ficaram limitados aos desfechos das primeiras 24 horas, os dados referentes ao período posterior não foi relatado pelos autores.

### **Indução por método mecânico associado ao farmacológico (sonda foley e ocitocina)**

No estudo realizado ainda por Eikelder *et al.*, (2016) onde, (n=786; 100%) gestantes foram submetidas a indução de trabalho de parto por meio de introdução por sonda foley associado a uso de ocitocina, foi evidenciado um total de (n=639; 81,2%) partos vaginais, sendo que destes, (n=71; 9%) ocorreram de forma instrumental. Em relação ao número de cesariana, este foi um total de (n=147; 18,7%), destas, (n=92; 11,7%) ocorreram devido falha de indução. A media da idade gestacional foi de 39 semanas e 6 dias.

### **Indução por métodos mecânicos associados ao farmacológico (sonda foley, misoprostol e ocitocina)**

Ainda segundo relatos de Kehl *et al.*,(2015), das (n=162; 100%) gestantes submetidas a indução de trabalho de parto utilizando a associação de sonda foley, misoprostol e ocitocina nas diferentes fases do trabalho de parto, (n=127; 78,3%) evoluíram para parto vaginal, sendo que destas, (n=17; 10,4%) foram de forma instrumental. Do total das gestantes do estudo, (n=35; 21,6%) evoluíram para cesariana, os autores não especificaram qual foi o quantitativo de cesariana devido falha de indução. A idade gestacional media das gestantes deste estudo foram de 40 semanas e 4 dias.

Por fim Lueth, Kebede e Medhanyie (2020) trazem que, das (n=46; 100%) gestantes do estudo que foram submetidas a indução do trabalho de parto por meio de sonda foley associado a misoprostol e ocitocina nas diferentes fases do trabalho de parto, (n=263; 76%) evoluíram para parto vaginal, destes, (n=19; 5,5%) instrumentais. Em relação ao numero de cesariana, esta num total de (n=83; 24%), sendo que (n=25; 7,2%) ocorreram devido falha de indução. Uma peculiaridade deste estudo foi de que os autores distribuíram as medias da idade gestacional de acordo com o termo da gestação, sendo assim, (n=43; 12,4%) pré-termo, (n=225; 65%) a termo e (n=78; 22,5%) pós-termo.

## 5. DISCUSSÃO

Na primeira categoria “*Indução por uso de método farmacológico (misoprostol)*” foi possível observar uma taxa de parto vaginal satisfatória quando comparada com a da cesariana. Vale ressaltar que, o percentual das induções que evoluíram para partos normais dentro das primeiras seis horas do início da indução, foi também consideravelmente satisfatório. Foi perceptível que dentro desta categoria, a média da idade gestacional das participantes do estudo foi no período a termo, com aproximadamente 40 semanas.

A via de parto pode ser determinada de acordo com a via de administração do misoprostol, considerando que a droga pode ser utilizada por via oral, vaginal, sublingual e retal. O medicamento pode ser apresentado na forma de comprimido ou solução, com liberação lenta ou normal (WALLSTOM *et al.*, 2019).

Em estudo realizado por Ezechukwu *et al.*, (2014), onde os pesquisadores monitoraram (n=140; 100%) gestantes submetidas a indução de trabalho de parto com uso somente de misoprostol, a taxa de partos que evoluíram para via vaginal se manteve um pouco abaixo quando comparado com o estudo supracitado, com um total de (n=95; 67,8%) partos vaginais, porém a média da idade gestacional se manteve no mesmo patamar de 40 semanas.

Quando comparamos o estudo de Ezechukwu *et al.*, (2014) observamos uma relação inversamente proporcional, pois a taxa de partos vaginais após a indução foi menor, porém a relação de cesariana ficou em um percentual mais elevado, totalizado (n=45; 32,1%) cesarianas.

Wollman *et al.*, (2017) observam em seu estudo que, o uso de misoprostol para indução do trabalho de parto, nas pacientes observadas, configura-se em maior instrumentalização durante o período expulsivo quando comparado ao uso de dinoprostona, medicamento não utilizado no Brasil.

Entretanto, comparando as vias vaginal e oral, a vaginal proporciona uma diminuição do tempo decorrido entre a primeira administração até o momento da expulsão (EZECHUKWU *et al.*, 2014).

Na categoria “*Indução por métodos apenas farmacológicos (misoprostol e ocitocina)*” é possível observar que quatro dos cinco estudos obtiveram uma taxa de parto vaginal acima de 70%, destes, três demonstraram um percentual de parto

normal instrumental acima de 10%, trata-se de um numero significativo por se tratar de uma intervenção.

No que diz respeito a cesariana, quatro dos cinco estudos mantiveram uma taxa de aproximadamente 30%.

Em estudo feito por Adhikari *et al.*, (2020) foi constatado que 79,4% das pacientes submetidas a indução de trabalho de parto com uso de misoprostol associado a ocitocina, evoluíram para parto vaginal, enquanto 20,5% obtiveram como desfecho a cesariana, um achado superior quando comparado ao estudo acima.

Abordando resultados ainda superiores, Wallstom *et al.*, (2019) trazem que, das (n=196; 100%) induções de misoprostol associado a ocitocina (n=163; 83,1%) evoluíram para parto vaginal e (n=33; 16,8%) cesariana.

Com os dados demonstrados por Adhikari *et al.*, (2020) e Wallstom *et a.*, (2019), é possível observarmos uma vantagem benéfica em relação os artigos selecionados nesta categoria, pois trazem uma porcentagem de aproximadamente 80% de partos vaginais nas pacientes submetidas a indução de trabalho de parto por misoprostol associado a ocitocina, e também, uma queda significativa na taxa de cesariana.

Quando abordado a categoria “*Indução por método mecânico associado ao farmacológico (sonda foley e ocitocina)*” é possível observar que as gestantes que foram submetidas a associação destes métodos obtiveram um quantitativo de partos vaginais em torno de 81,2%, sendo que destes um total de 9% foram por resolução instrumental. O desfecho de parto via cesariana foi de 18,7% neste método e a idade gestacional media das gestantes ficou em torno de 40 semanas.

Em um estudo realizado por Wollman *et al.*, (2017), foi evidenciado que as taxas observadas no estudo acima são mais favoráveis, pois, de todas as pacientes que os autores monitoraram durante a indução com o uso de sonda foley associado a ocitocina, apenas 70,1% evoluíram para o parto vaginal sendo que dentre estas, 25,7% ocorreram de forma instrumental seja este com uso de fórceps ou vacum. Em relação a cesariana, os autores referem ainda um total de 29,8%, valor muito acima do encontrado no artigo utilizado nesta categoria.

Em “*Indução por método mecânico associado aos farmacológicos (sonda foley, misoprostol e ocitocina)*” foi constatada uma media de partos que evoluíram para vaginal após a indução em torno de 77%, um valor considerado efetivo, quanto aos

partos vaginais instrumentais, o valor oscilou em torno de 8%, ainda considerado significativo.

Quando abordado o desfecho das induções por via cesariana, esta foi estabelecida numa média de 15%. No que diz respeito a idade gestacional, ambos os estudos trazidos nesta categoria trouxeram uma predominância de gestações a termo.

Al-Ibrahemi *et al.*, (2018) obtiveram em seu estudo uma taxa inferior ao achado nesta categoria, pois ferem que 70% das pacientes submetidas a indução - por meio do uso de misoprostol associado a ocitocina e sonda foley - evoluíram para parto vaginal, sendo que neste, 4 % foram via instrumental com uso de fórceps e vacum. Em relação a cesariana, esta se manteve num nível superior, com um total de 30%, com apenas 2% indicadas devido a falha de indução, o que mantém um nível desfavorável em comparação com os artigos desta categoria.

A média de idade gestacional no estudo acima variou em torno de 39 semanas e 6 dias.

Em contrapartida, Hill *et al.*, (2017) comprovaram em seu estudo que 86% das pacientes submetidas ao processo de indução, nesta categoria abordado, evoluíram para parto vaginal, destas, 4% por método instrumental. Este achado evidencia uma maior efetividade da indução quando comparada com os estudos supracitados. Em relação a idade gestacional, neste estudo foi visualizada uma média de 39 semanas e 3 dias.

No que diz respeito a cesariana, foi constatada uma taxa de 13%, dentro destas, 5,5% devido a falha de indução (HILL *et al.*, 2017).

O achado acima também demonstra um quantitativo mais significativo por se trata de uma diminuição na ocorrência de cesariana, seja ela no valor integral quando devido a falha de indução.

## 6. CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível observar em todas as categorias, que, as pacientes submetidas a indução de trabalho de parto, em suas diversas modalidades, evoluíram com total predominância para o parto via vaginal.

Cabe ressaltar que nem todos os estudos trouxeram a taxa de parto vaginal realizado por via instrumental, e quando abordado, não foi especificado por qual o instrumento utilizado.

O percentual do desfecho de indução por via cesariana foi predominantemente menor em relação ao parto vaginal, porém, cabe citar a falta do detalhamento, por parte dos estudos, em relação as indicações e qual a taxa de cesariana devido a falha de indução.

Pode-se afirmar com este estudo, que a indução de trabalho de parto quando realizada nas gestantes com idade gestacional a termo, o desfecho de parto se dá por via vaginal, este, devido ao fato das gestantes neste período possuírem receptores de prostaglandinas e ocitocinas, o que vem a favorecer a indução do trabalho de parto.

Com todas as evidências, este estudo vem a contribuir para o fortalecimento da escolha de indução, pautada no conhecimento científico, por parte das gestantes ou pelo profissional de saúde.

Por fim, se faz necessário o incentivo quanto a realização de estudos deste cunho no Brasil, pois todos os artigos aqui abordados foram realizados em outros países, com total predominância da língua inglesa.

## Referencias

ACOG. Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists Practice Bulletin Induction of Labor, 2009. **Obstetrics & Gynecology**. n 107, p.386- 397

ADHIKARI, E. H. et al. Foley Bulb Added to an Oral Misoprostol Induction Protocol: A Cluster Randomized Trial. **Obstet Gynecol**,136(5): 953-961, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-33030881>>. Acesso em: 06 fev 2021.

AL-IBRAHEEMI, Z. M. D. et al. Misoprostol With Foley Bulb Compared With Misoprostol Alone for Cervical Ripening. *Obstetrics & Gynecology*, 2018. v. 131, p23-29. Disponível em: <[https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/01000/Misoprostol\\_With\\_Foley\\_Bulb\\_Compared\\_With.4.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/01000/Misoprostol_With_Foley_Bulb_Compared_With.4.aspx)>. Acesso em 01 fev 2021.

American College of Obstetric and Gynecologists. **Labor Induction. Obstet. Gynecol.** 2017. Disponível em: <<http://www.acog.org/Patients/FAQs/Labor-Induction>>. Acesso em: 20 out 2020.

AZUBUIKE, I. J.; BASSEY, G.; OKPANI, A. Comparison of 25 and 50 microgram of misoprostol for induction of labour in nulliparous women with postdate pregnancy in Port Harcourt. **Niger J Clin Pract**, 263-7, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-25666004>>. Acesso em: 10 fev 2021.

BOLLA, D. et al. Misoprostol vaginal insert versus misoprostol vaginal tablets for the induction of labour: a cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**, 18: 149, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-29747591>>. Acesso em 05 fev 2021.

CARVALHO, F. D. Indução Do Trabalho De Parto: Métodos Farmacológicos E Não Farmacológicos. **Artigo De Revisão; Mestrado**, 2017. Disponível em: <<https://core.ac.uk/reader/143415060>>. Acesso em: 09 fev 2021.

CONDE, A. et al. Comparison between vaginal and sublingual misoprostol 50 µg for cervical ripening prior to induction of labor: randomized clinical trial. **Arch Gynecol Obstet**, **295**, 839–844, 2017. Acesso em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-017-4297-9#citeas>>. Acesso em: 11 fev 2021.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p. 8-9, jun, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/01.pdf>>. Acesso em: 20 out 2020.

CUNHA, A. A. Indução do trabalho de parto com feto vivo, 2010. **Revista da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a469-480.pdf>>. Acesso em 20 out 2020.

EIKELDER, T. et al. Comparing induction of labour with oral misoprostol or Foley catheter at term: cost-effectiveness analysis of a randomised controlled multi-centre non-inferiority trial. **BJOG**, 125; 375-383, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-28440898>>. Acesso em: 09 fev 2021.

EZECHUKWU, P. C. et al. Oral versus vaginal misoprostol for induction of labor in Enugu, Nigeria: a randomized controlled trial. **Arch Gynecol Obstet**, 291: 537-44, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-25138128>>. Acesso em 05 fev 2021.

GATTÁS, D. S. M. B.; SOUZA, A. S. R.; SOUZA, C. G. F.; FLORENTINO, A. V. A.; NÓBREGA, B. V. FOOK, V. P. O. L.; AMORIM. Baixa dose de misoprostol sublingual (12,5 µg) para indução do parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Recife PE, 34(4): 164- 169. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000400005)>. Acesso em: 25 jan 2021.

GOMES, K. et al. Indução do trabalho de parto em primíparas com gestação de baixo risco. **Rev. Eletr. Enf. São Paulo**, v.12, n.2, p.360-366, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a21.htm>>. Acesso em: 22 out. 2020.

HILL, M. G. et al. Misoprostol in Addition to a Double-Balloon Catheter for Induction: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. American Journal of Perinatology, 2017. p225–232. Disponível em: <<https://sci-hub.se/https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0037-1606606>>. Acesso em: 05 fev. 2021.

KEHL, S. et al. Sequential use of double-balloon catheter and oral misoprostol versus oral misoprostol alone for induction of labour at term (CRBplus trial): a multicentre, open-label randomised controlled trial. **BJOG**, p129-36, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-25327872>>. Acesso em 10 fev 2021.

LUETH, G. D.; KEBEDE, A. MEDHANYIE, A. A. Prevalence, outcomes and associated factors of labor induction among women delivered at public hospitals of MEKELLE town-(a hospital based cross sectional study). **BMC Pregnancy Childbirth**, 20: 203, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-32272905>>. Acesso em 01 fev 2021.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE, J.F. **Obstetrícia Fundamental**, 13 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

NICE. Induction of labour. **Clinical guideline**, 2008 reviewed 2018. UK.

OLIVEIRA, M. V. O. et al. Sonda de Foley cervical versus misoprostol vaginal para o preparo cervical e indução do parto: um ensaio clínico randomizado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** São Paulo, v.32, n.7, p.346-351, jul. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-7203201000070000>>. Acesso em: 25 out. 2020.

OMS(2018a) WHO: **Recommendations for Induction of Labour**, 2018.

PIMENTEL, V. M. et al. Induction of labor using one dose vs multiple doses of misoprostol: a randomized controlled trial. **Am J Obstet Gynecol**, 218: 614.e1-614.e8, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-29614276>>. Acesso em: 09 fev 2021.

RAMOS, F. M. A Estimulação Mamária Como Um Método Natural De Indução Do Trabalho De Parto: Um Dos Caminhos Para O Parto Normal. Dissertação de mestrado, 2019. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/30664>>. Acesso em: 10 fev 2021.

SANTOS, I.; RAMALHO, C. Indução eletiva do trabalho de parto às 39 semanas de gestação versus atitude expectante: revisão sistemática. **Acta Obstet. Ginecol. Port.**, v. 10, n. 3, pp. 215 – 27, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n3/v10n3a06.pdf>>. Acesso em 30 out. 2020.

SOUZA, A. S. R. et al. Análise crítica dos métodos não farmacológicos de indução do trabalho de parto. **FEMINA**. Recife, v.38, n.4, p.195-201, abr. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a004.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2020.

SOUZA, A. S. R. et al. Análise crítica dos métodos não farmacológicos de indução do trabalho de parto. **FEMINA**. Recife, v.38, n.4, p.195-201, abr. 2013a. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a004.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

SOUZA, A. S. R.; COSTA, A. A. R.; NETO, I. C. C. N.; AMORIM, M. M. R. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades / Induction of labor: concepts and particularities. **Biblioteca Biomédica**. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>>. Acesso em: 20 out 2020.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102pdf)>. Acesso em: 20 out 2020.

TEIXEIRA, L. R. M. **Indução do trabalho de parto: métodos farmacológicos**. 2010. Dissertação – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal, abril, 2010. Disponível em: <<http://repositorio-Farmacolgicos.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2020.

UFRJ. Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017. **Revista da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Disponível

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU-UFGD

CNPJ: 07.775.847/0002-78

Rua Ivo Alves da Rocha, 558 – Altos do Indaiá

CEP 79.823-501 – Dourados/MS, Brasil

67 3410-3000

em:

<[http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/inducaao\\_do\\_parto.pdf](http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/inducaao_do_parto.pdf)>.

Acesso em: 22 out 2020.

WALLSTROM, T. et al. Slow-release vaginal insert of misoprostol versus orally administrated solution of misoprostol for the induction of labour in primiparous term pregnant women: a randomised controlled trial. **BJOG**,126: 1148-1155, 2019.

Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30989788>>.

Acesso em: 05 fev 2021.

WOLLMAN, C. L. et al. Time-to-delivery and delivery outcomes comparing three methods of labor induction in 7551 nulliparous women: a population-based cohort study. **J Perinatol**, 37: 1197-1203, 2017. Disponível em:

<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-29138519>> Acesso em: 06 fev 2021.

ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. 3<sup>o</sup> ed. Barueri: Manole, 2016.

## Apêndices

### Apêndice A – Quadro de apresentação do artigos selecionados

Nº	Autores	Ano	Título	Revista	Qualis	Base de dados	Idioma

## Apêndice B

### SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **KAIO GUILHERME DE CAMPOS PAULO IKEDA**, pesquisador responsável pelo projeto “**DESFECHO OBSTÉTRICO DE GESTANTES SUBMETIDAS À INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA**” solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da do **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** para realização deste projeto, tendo em vista que o mesmo utilizará somente base de dados digitais para a revisão integrativa, no período de novembro a fevereiro de 2020.

Dourados-MS, 10 outubro de 2020.

---

Kaio Guilherme de Campos Paulo Ikeda