

ANÁLISE SOBRE INDUÇÃO DE PARTO COMO ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE CESARIANAS EM UM HOSPITAL DO OESTE DO PARANÁ

CARVALHO, Maria Eduarda Amorim Yamanoi¹
LIMA, Urielly Tayná da Silva²
ZANIN, Giovane Douglas³

RESUMO

A indução de parto é uma das mais promissoras estratégias para a redução de cesarianas, como observado em diversos países, porém ainda requer mais estudos. Esta prática possui diversas técnicas disponíveis, mas não há consenso sobre sua utilização. Dentre tais, destacam-se o misoprostol, a ocitocina e a sonda de Foley. O parto vaginal em 24 horas traria mais segurança para a paciente e menos custos ao sistema de saúde, sendo de importância o estudo para que essa meta seja atingida. O objetivo deste trabalho foi levantar e analisar dados sobre a indução de parto, avaliando suas variáveis em comparação com a cesariana. Nesta pesquisa foram analisados 364 prontuários de todas as gestantes maiores de idade com feto vivo relativos ao período de janeiro de 2022 a junho de 2022, em um hospital maternidade de Cascavel-PR, realizando uma análise retrospectiva descritiva. Dentre as parturientes induzidas, foi encontrado desfecho de 52,5% partos vaginais e 47,5% em cesarianas, a maior causa de encaminhamento a indução foi por pós-datismo e a principal causa de falha foi a parada secundária da dilatação. O fármaco mais utilizado em casos de sucesso foi a ocitocina e nos casos de falha foi o misoprostol, algo não tão comum em pesquisas similares. Sendo assim, a indução tem o potencial de reduzir cesarianas, proporcionando o parto vaginal às mulheres que o desejam.

PALAVRAS-CHAVE: misoprostol, ocitocina, parto induzido, drogas indutoras de parto.

LABOR INDUCTION ANALYSIS AS A STRATEGY TO REDUCE CESAREAN DELIVERIES IN A HOSPITAL IN THE WEST OF PARANÁ

ABSTRACT

Labor induction is one of the most promising strategies for reducing cesarean deliveries, as observed in several countries, but it still requires more studies. This practice has several techniques available, but there is no consensus on their use. Among these, misoprostol, oxytocin and the Foley catheter stand out. Vaginal birth in 24 hours would bring greater safety to the patient and less costs to the health system, and this study is important to achieve this goal. In this study, 364 medical records of all pregnant women of legal age with a live fetus were analyzed between January 2022 to June 2022, in a maternity hospital in Cascavel-PR, carrying out a retrospective descriptive analysis. Among the induced patients, 52.5% gave birth vaginally and 47.5% had cesarean sections, the main reason for referral to induction was due to post term pregnancy and the main cause of failure was the secondary stop of dilation. The drug most used in successful cases was oxytocin and in failed cases it was misoprostol, which is not so common in similar research, requiring further investigation of its cause.

KEYWORDS: misoprostol, oxytocin, induced labor, labor inducing drugs.

1. INTRODUÇÃO

No cenário atual, a taxa de cesarianas é considerada epidêmica pelo Ministério da Saúde e este vem tentando incessantemente incentivar práticas de humanização e melhor assistência ao parto nas últimas duas décadas. Entretanto, o Brasil permanece com uma taxa de mais de 50% de partos

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: dudaamorimcarvalho@hotmail.com

² Coorientadora. Mestre no Ensino das Ciências da Saúde. Médica e Especialista em Pediatria. E-mail: urielly@gmail.com

³ Orientador. Graduado em Farmácia e Bioquímica. Mestre em Ciências Farmacêuticas. E-mail: giovane@fag.edu.br

cirúrgicos, sendo que, segundo a WHO (2001), a cesárea deveria ser equivalente a apenas 15% dos partos em um país, por ser um procedimento mais caro e com piores desfechos maternos e neonatais (BRASIL, 2001; RODRIGUES *et al.*, 2016).

Sabe-se que ainda é presente características culturais que incitam o medo do parto vaginal à gestante em função do receio de violências obstétricas e dor, assim, é dever do médico fornecer uma orientação adequada durante as consultas de pré-natal, o que muitas vezes não é realizado. Para contornar tal problema, já estão sendo implementados em países desenvolvidos a necessidade de uma segunda opinião médica antes da realização do procedimento cirúrgico, além de aplicação mais efetiva de critérios orientados em evidências científicas para a indicação desta (RISCADO; JANOTTI; BARBOSA, 2016; HADDAD; CECATTI, 2011).

Uma melhor assistência ao parto também é necessária. Apoio emocional pelo profissional, acompanhante e doulas, oferecimento de líquidos orais, analgesia não invasiva, monitorização fetal contínua e uso do partograma são práticas benéficas que auxiliam um parto seguro e menos traumático à gestante (HADDAD; CECATTI, 2011).

A indução de parto representa uma estratégia importante na redução de cesáreas eletivas, uma vez que este procedimento, idealmente, seria recomendado antes de se optar por uma cesárea, salvo indicações absolutas. Esta prática se encontra em constante ascensão em países desenvolvidos, mas ainda não teve tal crescente no contexto brasileiro (HADDAD; CECATTI, 2011; MARTIN, 2016; ALFIREVIC, 2016).

Diante o exposto, verifica-se a importância deste trabalho no sentido de fazer um levantamento acerca da utilização dos fármacos indutores de parto para redução da necessidade de cesáreas de emergência, além de nortear intervenções mais efetivas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Com o avanço nas discussões sobre autonomia e assistência humanizada, observa-se a valorização crescente do parto normal, de forma a colocar o bem estar da mãe e do feto em foco (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Apesar disso, a cesárea ainda é a preferência de muitos médicos brasileiros. Nesse sentido, há um estudo que destaca uma “substituição”, mantendo a taxa de cirurgias no contexto da rede pública brasileira, uma vez que houve redução na taxa de cesarianas anteparto e um consequente aumento de tal procedimento intraparto (LEAL *et al.*, 2019).

Assim, percebe-se a necessidade de métodos que consigam atingir o parto vaginal efetivo em 24 horas, sendo uma das alternativas que podem contribuir com esse processo a medicalização do

parto, caso necessário. Dentre tais práticas, podemos destacar a indução do trabalho de parto, que possui evidências de resultar em uma diminuição da taxa de cesarianas a cada ano, aumentando nos Estados Unidos e na Europa, sendo que o parto induzido já representa 24% dos procedimentos obstétricos nos EUA. Na Inglaterra e País de Gales tal prática já representa 1 em 5 nascimentos (MARTIN, 2016; ALFIREVIC, 2016).

2.1 INDICAÇÕES DE INDUÇÃO

Anteriormente à indução do trabalho de parto, deve-se avaliar as condições para que possa ser realizado. Dentre elas, idade gestacional, amadurecimento cervical, proporção céfalo-pélvica, estado das membranas e certificar-se do bem estar fetal, de que não há cicatrizes uterinas ou que o feto não esteja em apresentação cefálica (PENFIELD; WING, 2017; CUNHA, 2010).

O colo do útero estará maduro quando, ao exame, estiver fino, apagado e de consistência amolecida, além dessas características, o índice de bishop, critério para determinar cérvix favorável, também considera localização da apresentação fetal em relação às espinhas isquiáticas e dilatação cervical em sua pontuação. Em casos que o colo está desfavorável, caracterizado pelo índice de bishop menor que 6, é necessário a escolha de um agente que faça a maturação (LEAL *et al.*, 2019; CUNHA, 2010; MOZURKEWICH *et al.*, 2009).

De acordo com a diretriz de assistência ao parto do Ministério da Saúde, considera-se trabalho de parto ativo pela presença de contrações uterinas regulares dolorosas, associado a apagamento cervical e 5 centímetros de dilatação cervical (BRASIL, 2001).

Entretanto, existem situações em que pode-se optar pela resolução da gravidez sem tais fatores, seja para reduzir mortalidade e morbidade fetal (como oligodrâmnios e restrição de crescimento fetal), quanto materna (preeclampsia, eclampsia ou doença materna cardíaca). Também pode ser benéfico em caso de rotura prematura das membranas ovulares (RPMO) e macrosomia, além de pós datismo (após 41 semanas) (MOZURKEWICH *et al.*, 2009; CUNHA, 2010).

Há evidências que apontam benefícios na indução eletiva antes de 42 semanas para gestantes de baixo risco. Um estudo do New England Journal of Medicine aponta diminuição de risco às mães e aos bebês, além de reduzir o risco de cesariana mesmo em casos em que o colo do útero esteja desfavorável. Estes achados contradizem diversos estudos que comparam resultados entre indução de parto e parto espontâneo, já que não se configura uma comparação efetiva para decisão clínica. Sendo assim, políticas contrárias à indução do trabalho de parto em nulíparas de baixo risco após as 39 semanas são ineficazes em redução da taxa de cesarianas (LITTLE; CAUGHEY, 2015).

Outra pesquisa comparou indução às 41 semanas e conduta expectante concluiu que, no primeiro grupo, houve uma menor taxa em “todas as situações obstétricas adversas, incluindo morte perinatal, distocia de ombro, síndrome de aspiração de mecônio e lacerações perineais graves” (KAIMAL *et al.*, 2016 [tradução nossa]). Ademais, a indução mostrou-se efetiva na redução de custos ao sistema de saúde quando comparada com o risco de cesariana (KAIMAL *et al.*, 2016).

2.2 MÉTODOS DE INDUÇÃO

Ainda há necessidade de mais estudos, uma vez que não é claro quais os melhores métodos. A ocitocina isolada foi considerada um método efetivo para colos maduros e quando há ruptura de membrana, apesar de não ter tido resultados bons para colos desfavoráveis. Nestes casos os mais utilizados são os dilatadores mecânicos e as prostaglandinas. Dentre estas, destaca-se a dinoprostona e o misoprostol, análogos de PGE2 e PGE1, respectivamente, já dentre aquelas é mais comum a sonda de foley (LEAL *et al.*, 2019; MORAIS-FILHO; CECATTI; FEITOSA, 2005).

A dinoprostona, entretanto, não é comumente usada no Brasil por seu alto custo e necessidade de refrigeração, sendo preferível o misoprostol por não ter tais empecilhos (CUNHA, 2010). Também é desaconselhado a ruptura artificial das membranas a fim de evitar a transmissão vertical de infecções para o bebê (MOZURKEWICH *et al.*, 2009).

O misoprostol é um análogo sintético da Prostaglandina E1(PGE1) originalmente foi um medicamento desenvolvido para tratamento e prevenção de úlceras pépticas. Após constatação de sua ação para contrações uterinas e dilatação do colo do útero, em 1991, foi publicada a primeira pesquisa com a finalidade da indução de parto com feto vivo. Nesse sentido, em 2010, o Ministério da Saúde incluiu o misoprostol na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde (MS), além de tal medicamento ser indicado pela Febrasgo (GATTÁS *et al.*, 2012; BRASIL, 2010; FEBRASGO, 2010).

A dosagem e a via de administração ainda não são consenso na literatura científica. A Febrasgo recomenda 25 µg a cada 6 horas intravaginal, já a SOGC, também considera a via oral 50 µg uma opção viável. O misoprostol é desaconselhado em pacientes com cicatrizes uterinas prévias, nestes casos é mais indicado o uso da sonda de Foley para preparo cervical, apesar de taxas menores de parto vaginal com este (FEBRASGO, 2010; LEDUC *et al.*, 2013; GROBMAN *et al.*, 2018; CUNHA, 2010).

3. METODOLOGIA

O estudo em questão fez uma análise transversal, observacional, descritiva, por meio de prontuários, sem interação com a população. Foram analisados 364 prontuários relativos ao período de janeiro de 2022 a junho de 2022, em um hospital maternidade com atendimento público do município de Cascavel-PR. Os critérios de inclusão na pesquisa foram gestantes apenas do SUS com feto vivo que passaram por parto vaginal, induzido ou cesariana maiores de 18 anos.

A partir dos prontuários fornecidos pelo hospital, foi feita uma análise retrospectiva de dados como: data de entrada, idade, número de gestações anteriores, idade gestacional, raça/cor, escolaridade, motivo do encaminhamento, indutores do parto utilizados, via de parto, APGAR no nascimento e desfecho materno, a fim de verificar possíveis complicações pós-parto.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Assis Gurgacz e aprovado pelo CAAE nº 74326923.7.0000.5219

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quanto ao perfil sociodemográfico das pacientes do presente trabalho, demonstrado na Tabela 1, a maioria é da raça branca (73%), com escolaridade até o segundo grau (67,95%) e idade entre 22 e 29 anos (51,23%).

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas das parturientes

Escolaridade	n	%
Analfabeta	2	0,55%
Primário	2	0,55%
Nível Fundamental	44	12,05%
Nível Médio	247	67,95%
Nível Superior	48	13,15%
Não informado	21	5,75%

Idade	n	%
Entre 18 e 21 anos	52	14,29%
Entre 22 e 29 anos	186	51,10%
Entre 30 e 35 anos	87	23,90%
Mais de 35 anos	39	10,71%

Raça	n	%
Branca	268	73,63%
Parda	79	21,70%
Negra	17	4,67%

Fonte: Autoria própria (2023).

Um inquérito de abrangência nacional, com base domiciliar e transversal, analisou as características de mulheres em idade fértil no período de 2006 até 2007. Observou-se que a população estudada teve 75,5% de usuárias do SUS, 65,8% não eram brancas e 72,9% tinham entre 21 e 35 anos. No presente estudo, é notável o predomínio da raça branca (73,4%), diferente da média nacional. Entretanto, em uma pesquisa observacional de prontuários acerca de indução situada em uma maternidade no Paraná, 58,8% das pacientes eram brancas, o que se assemelha à realidade deste trabalho (MELLER; SCHÄFER, 2011; KOCH; RATTMANN, 2021).

Nesse sentido, Olinto e Olinto (2000) descreveram a desigualdade de escolaridade entre mulheres brancas, pardas e negras no sul do Brasil. Em média, as mulheres negras e pardas apresentaram, respectivamente, 6,6 e 6,9 anos de escolaridade, enquanto as brancas tiveram 8,8 anos. Portanto, em função de nosso estudo ter maioria branca, é condizente a predominância de indivíduos que tiveram acesso ao Ensino Médio (67,95%).

Na tabela 2, os antecedentes obstétricos foram avaliados na totalidade das gestantes, já na tabela 3 foram separados os antecedentes obstétricos apenas das pacientes que passaram pela indução.

Tabela 2 - Antecedente obstétrico geral.

Gestações	n	%
1	144	39,56%
2	112	30,77%
3	62	17,03%
4	26	7,14%
Mais de 4	20	5,49%

Cesariana prévia	n	%
0	244	66,85%
1	82	22,47%
2	31	8,49%
Mais de 2	7	1,92%

Aborto prévio	n	%
0	294	80,55%
1	57	15,62%
2 ou mais	13	3,56%

Fonte: Autoria própria (2023).

Tabela 3 - Antecedente obstétrico em pacientes que utilizaram indutores de parto.

Gestações	n	%
1	53	54,64%
2	26	26,80%
3	10	10,31%
4	5	5,15%
Mais de 4	3	3,09%

Cesariana prévia	n	%
0	89	91,75%
1	8	8,25%

Aborto prévio	n	%
0	84	86,60%
1	9	9,28%
2 ou mais	4	4,12%

Fonte: Autoria própria (2023).

Dentre todas as pacientes, 66% não possuíam cesarianas prévias, enquanto 91,75% das pacientes que passaram por indução tinham tal histórico. Essa análise é importante, uma vez que a indução com misoprostol não é indicada a pacientes com cesariana prévia pelo Ministério da Saúde e pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, em função do risco de ruptura uterina ser aumentado em tais pacientes. Nestes casos, é recomendado o uso de sonda de Foley para o amadurecimento cervical ou a ocitocina. Apesar disso, foi observado 1 caso neste estudo de indução utilizando misoprostol em uma paciente com cicatriz uterina sem desenvolvimento de hemorragia puerperal (BRASIL, 2001; ACOG, 2009).

Nota-se, também, que em ambos grupos houveram mais pacientes em sua primeira gestação, 39,5% em geral e 54,6% nas induzidas. Este fato condiz com a revisão da biblioteca Cochrane de Gülmezoglu *et al* (2018), que também teve em sua maioria nulíparas.

Outro fator analisado foi a idade gestacional. Semelhantemente às anteriores, na Tabela 4 e 5 estão dispostos os dados de todas as participantes e também do grupo específico que sofreu indução.

Tabela 4 - Idade gestacional geral.

Idade gestacional	Frequência	%
Menos de 37 semanas	15	4,12%
Entre 37 e 38 semanas e 6 dias	96	26,37%
Entre 39 e 40 semanas	163	44,78%
Mais de 40 semanas	90	24,73%

Tabela 5 - Idade gestacional do grupo induzido.

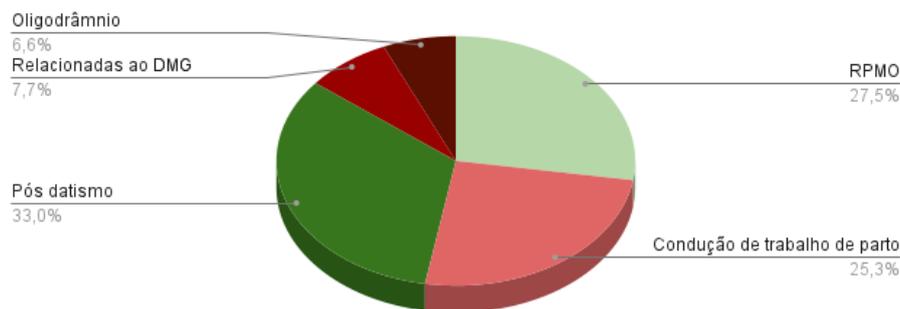
Idade gestacional	Frequência	%
Menos de 37 semanas	3	3,09%
Entre 37 e 38 semanas e 6 dias	27	27,84%
Entre 39 e 40 semanas	29	29,90%
Mais de 40 semanas	38	39,18%

Fonte: Autoria própria (2023).

Na totalidade de gestantes, destacou-se a idade gestacional entre 39 e 40 semanas em 44,78%, já no grupo induzido 39,18% estavam com mais de 40 semanas. O percentual de recém natos prematuros mostra-se semelhante quando comparado o número geral (4,12%) e o grupo induzido (3,09%). Ao olharmos para o cenário internacional da prematuridade, o número de partos prematuros pode ser considerado baixo, já que Finlândia, França e Dinamarca atualmente tem uma taxa de 5% de prematuridade e nos Estados Unidos chega até 12,5%. Este dado é importante, pois a prematuridade se configura a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, o que evidencia a necessidade de uma avaliação criteriosa pelo obstetra acerca da decisão de interrupção da gravidez, por meio de estudos aprofundados das provas de vitalidade, tendo em mente as complicações que a prematuridade pode trazer a este recém nascido (RADES; BITTAR; ZUGAIB, 2004).

No gráfico 1 consta os motivos de indução de parto. A categoria Condução do Trabalho de Parto (25,3%) engloba indicações como “ritmar contrações”, “trabalho de parto latente” e “dinâmica uterina não efetiva”. De maneira similar, “Relacionados ao DMG” envolve problemas decorrentes da diabetes mellitus gestacional, como diabetes descompensada, feto macrossômico e DMG em uso de insulina.

Gráfico 1 - Indicações de indução de parto.



Fonte: Autoria própria (2023).

O principal motivo encontrado da indução de parto foi pós-datismo (33%), o que há estudos indicando melhores desfechos ao induzir com 41 semanas de idade gestacional em relação à conduta expectante. Entretanto, permanece um tema controverso entre os obstetras por diversas razões, como o baixo índice de morte perinatal após 42 semanas. Este resultado foi semelhante ao estudo de Scapin *et al* (2018), no qual gestações pós-termo representaram 52% das pacientes induzidas. (LITTLE; CAUGHEY, 2015; KAIMAL *et al.*, 2016)

O segundo mais relatado foi Ruptura Prematura De Membranas Ovulares (RPMO) com 27,5%. Segundo o Ministério da Saúde, é recomendado a resolução de gravidezes em que o feto apresente infecção ou esteja em gestação a termo, uma vez que reduz as chances de endometrite, corioamnionite e necessidade de internação na UTI neonatal. Um estudo piloto, não controlado, usando apenas do misoprostol via retal em pacientes com amniorrexe prematura indicou uma taxa de 72% de partos vaginais com boa eficiência, mitigando a frequência de corioamnionite, também, Mozurkewich *et al* (2009) afirma que a indução reduz as chances de endometrite e internação do RN na UTI neonatal, podendo ser indicado a mulheres de alto e baixo risco (BRASIL, 2022; SOUZA *et al.*, 2010).

Nota-se que não houveram induções justificadas por Distúrbios Hipertensivos, sendo esta causa presente em estudos parecidos. É possível que estas comorbidades tenham sido levadas em consideração, porém não relatadas nos prontuários como razão da indicação. Justificativas relacionadas ao Diabetes Mellitus Gestacional, foram vistos em 7,7% dos casos, mesmo tendo grau de recomendação fraco (A). Apesar disso, existem estudos que indicam menor taxa de macrosomia (peso maior que 4000 gramas ao nascer) na indução de parto (SCAPIN *et al.*, 2018; CUNHA, 2010).

As indicações por oligodrâmnio representaram 6,6%, este não deve ser o único fator presente para indicar a indução, já que há pesquisas anteriores relatando aumento de cesarianas por tal prática. Portanto, devem ser avaliado o quadro clínico, descartar RPMO e doenças maternas, avaliar a vitalidade fetal e se há persistência do oligodrâmnio para que possa ser tomada a decisão da indução (ZIMMERMMANN, 2010).

As tentativas de indução foram separadas em duas categorias: sucesso, caso tenha resultado em parto vaginal, e falha, quando o desfecho foi cesariana, conforme a Tabela 6.

Tabela 6 - Taxa de sucesso e falha de indução.

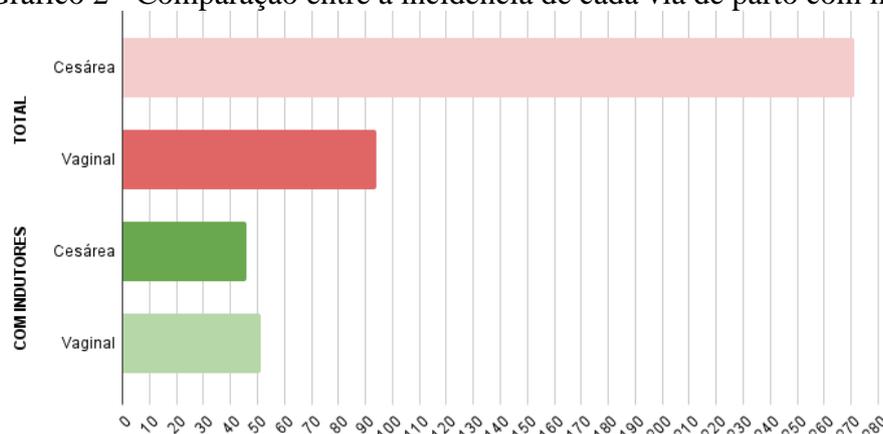
Tentativas de indução	n	%
Sucesso	51	52,5%
Falha	46	47,5%

Fonte: Autoria própria (2023).

Dessa forma, é possível notar mais desfechos em partos vaginais (52,5%) do que cesarianas (47,5%). Scapin *et al* (2018), também realizado no sul do Brasil, fez uma análise quantitativa da indução de parto e achou que 56,2% das pacientes tiveram parto vaginal, enquanto, 43,8% das pacientes evoluíram para cesariana, evidenciando a concordância com os dados encontrados nesta pesquisa. Outro ensaio clínico randomizado também relatou 61,7% de partos vaginais em pacientes utilizando apenas ocitocina. (AALAMI-HARANDI *et al*, 2012).

No gráfico 2, pode-se observar uma comparação do número de partos cesáreos e vaginais totais em relação ao grupo que usou indutores de parto.

Gráfico 2 - Comparação entre a incidência de cada via de parto com indutores versus total.



Fonte: Autoria própria (2023).

No total, houveram 271 cesáreas e 94 partos vaginais, enquanto nas pacientes que usaram indutores o resultado foi 46 cesarianas e 51 partos vaginais. Assim, fica ainda mais evidente a redução de operações. Em contrapartida, é possível que o número de cesarianas, em sua totalidade, esteja elevado pela Lei Estadual 20.127/2020, que garante a gestantes Paranaenses o direito de escolha da via de parto, seja cesárea ou normal, contanto que tenha recebido as toda a instrução necessária. No presente estudo, 38% das cesáreas foram eletivas. No mesmo sentido, Hadlich *et al* (2021) realizou

uma análise que encontrou um aumento de 47,18% em tal cirurgia eletiva e diminuição dos partos vaginais em 18,6%, quando comparado antes e depois da aprovação da legislação (PARANÁ, 2020).

Tabela 7 - Indutores de parto por desfecho.

Indutores do parto	Sucesso	%
Misoprostol apenas	8	15,65%
Ocitocina apenas	28	54,9%
Misoprostol e ocitocina	14	27,5%
Ocitocina e sonda de Foley	1	1,95%

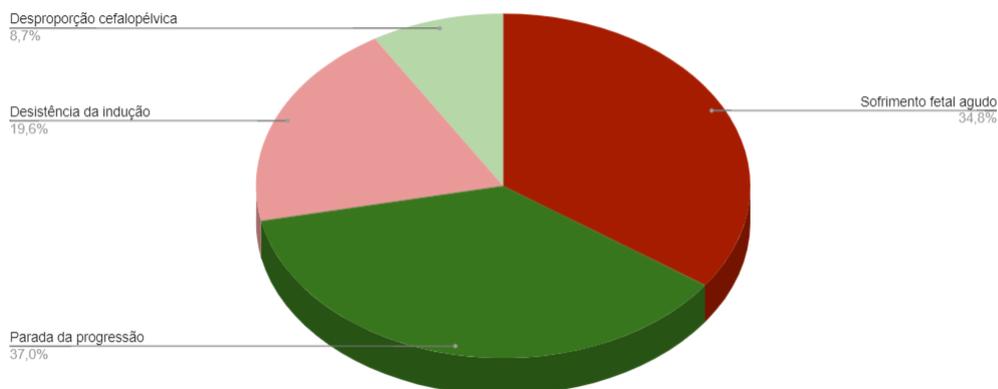
Indutores do parto	Falha	%
Misoprostol apenas	26	66,70%
Ocitocina apenas	10	22,20%
Misoprostol e ocitocina	5	11,10%

Fonte: Autoria própria (2023).

Ao analisar os meios de indução usados, como consta na Tabela 7 acima, destaca-se o uso da ocitocina nos casos de sucesso (54,9%), e, logo em seguida, o misoprostol associado a ocitocina (27,5%). O misoprostol isolado foi utilizado em 15,65% dos casos e houve apenas um caso da utilização de sonda de Foley associado a ocitocina. Já no desfecho de falha, houve predominância do esquema de apenas misoprostol (66,7%), quando comparado a combinado com ocitocina (11,1%) e apenas ocitocina (22,2%). Em outros estudos, o misoprostol apresentou melhor desempenho que a ocitocina ao induzir, entretanto, Cunha (2010) relaciona a efetividade da ocitocina a diversos fatores, dentre eles idade gestacional, paridade, ruptura das membranas e as condições do colo (TABASI; BEHRASHI; MAHDIAN, 2007; SCAPIN *et al.*, 2018).

Neste estudo foram encontradas várias indicações para encaminhar a paciente a cesariana, os quais estão dispostos no gráfico 2. O grupo “Parada de progressão” é a junção de indicações como “distócia de progressão” e “parada de dilatação secundária”. Em seguida, “Sofrimento fetal agudo”, que engloba bradicardias fetais, BCF não tranquilizador, e desacelerações patológicas.

Gráfico 2 - Indicações de cesariana após tentativa de indução.



Fonte: Autoria própria (2023).

A parada de progressão (37%) foi o principal motivo de encaminhamento a cesariana, seguido de sofrimento fetal agudo (34,8%). Corrêa *et al* (2022), em um estudo retrospectivo analisando as variáveis relacionadas a indução, teve também 34,8% das induções com desfecho cirúrgico em razão de sofrimento agudo fetal, porém, as justificativas relacionadas a parada secundária de dilatação foi de apenas 8,71%.

Observa-se uma porcentagem de 8,7% de desistência materna, o que traz à tona a discussão sobre a percepção das mulheres em relação ao procedimento. Assim, é notável a necessidade de criação e fortalecimento de vínculo com a paciente, além de apoio psicológico, promovendo conforto a ela. Além disso, é importante o uso de medidas não farmacológicas para a dor, que também promovem relaxamento e conforto à parturiente, como terapia térmica, acupressão, atividades com bola e dança. (LEMES *et al*, 2015; CABRAL *et al*, 2023).

Na tabela 8 constam os desfechos neonatais, usando o APGAR de primeiro e quinto minuto, de todos os analisados e na tabela 9 apenas das pacientes induzidas.

Tabela 8 - desfecho neonatal geral.

Desfecho neonatal	n	%
APGAR 1º minuto maior que 7	356	97,80%
APGAR 5º minuto maior que 7	364	100,00%

Tabela 9 - desfechos neonatais das pacientes submetidas a indução de parto.

Desfecho neonatal	n	%
APGAR 1º minuto maior que 7	96	98,97%
APGAR 5º minuto maior que 7	97	100,00%

Fonte: Autoria própria (2023).

É notável que não houveram medidas de APGAR de quinto minuto menores de 7 e porcentagem semelhantes em ambos grupos de recém-natos com APGAR de primeiro minuto maior que 7 (97,8% e 98,9%). Em comparação, Scapin *et al*(2008) teve 91% de medidas no primeiro minuto, maiores que 7 e 97,8% no quinto, ou seja, inferiores às do presente estudo.

Em relação a complicações pós parto, foram relatados 29 casos de hemorragia pós parto, sendo apenas um caso necessário a realização de histerectomia parcial e 2 casos de retenção placentária com necessidade de curetagem, sendo que uma destas foi induzida. Cerca de 31% das pacientes que tiveram hemorragia pós parto usaram indutores de parto. Não houveram mortes maternas, nem óbitos fetais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A indução de parto demonstrou reduzir a taxa de cesarianas, uma vez que resultou em mais partos vaginais (52,5%) do que cesarianas (47,5%), sendo uma técnica importante para assistência ao parto de forma a respeitar os desejos da mulher. O principal motivo do encaminhamento para a indução foi pós-datismo (33%), seguido de RUPREMA (27,5%) e as principais justificativas do encaminhamento à cesárea após a tentativa de indução foram paradas de progressão da dilatação (37%) e sofrimento fetal agudo (34,8%).

Os desfechos neonatais foram satisfatórios, pois 98,9% do APGAR em primeiro minuto no grupo de indução foram acima de 7 e 100% no de quinto minuto. Em relação aos fármacos usados, observou-se que em 54% dos casos de sucesso foi usado a ocitocina e, nos casos de falha, prevaleceu o misoprostol (66%), um padrão diferente de estudos com desenhos parecidos e, a fim de investigar tal fato, devem ser realizadas mais pesquisas acerca do tema de forma prospectiva.

REFERÊNCIAS

AALAMI-HARANDI, R.; KARAMALI, M.; MOEINI, A. Induction of labor with titrated oral misoprostol solution versus oxytocin in term pregnancy: randomized controlled trial. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 2, p. 60–65, fev. 2013.

ALFIREVIC, Z. *et al*. Methods to induce labour: a systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 123, n. 9, p. 1462–1470, 2016.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. 2001.

BRASIL. **Diretriz Nacional De Assistência Ao Parto Normal Ministério Da Saúde Versão Preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 2010.

CABRAL, B. T. V. *et al.* Non-pharmacological measures for pain relief in childbirth: a systematic review. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, p. e20210439, 2023.

CORRÊA, T. D. *et al.*. Analysis of Variables that Influence the Success Rates of Induction of Labor with Misoprostol: A Retrospective Observational Study. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 44, n. 4, p. 327–335, abr. 2022.

CUNHA, A. DE A. Indução do trabalho de parto com feto vivo: [revisão]. **Femina**, 2010.

FEBRASGO, F. **Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação e Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério**. Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia. [s.l: s.n.].

FILHO, M.; CECATTI, O. B.; FEITOSA, J. G. Métodos para indução do parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 8, p. 493–500, 2005.

GATTÁS, D. S. DE M. B. *et al.* Baixa dose de misoprostol sublingual (12,5 µg) para indução do parto. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 4, p. 164–169, 2012.

GROBMAN, W. A. *et al.* Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 74, n. 1, p. 7–9, 2019.

HADDAD, S.; CECECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet** [Internet], v. 33, n. 5, p. 252–262, 2011.

HADLICH, L. E. R. *et al.* Análise do número de cesarianas realizadas em uma maternidade após a aprovação da lei no Estado do Paraná. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 12, p. e9415, 2021.

KAIMAL, A. J. *et al.* Cost-effectiveness of elective induction of labor at 41 weeks in nulliparous women. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 204, n. 2, p. 137.e1–9, 2011.

KOCH, D. M.; RATTMANN, Y. D. Misoprostol Para Indução Do Parto: Abordagem Farmacoepidemiológica E Avaliação Do Impacto Na Redução De Cesáreas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 25, n. 2, 2021. DOI: 10.22478/ufpb.2317-6032.2021v25n2.55905. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/55905>. Acesso em: 14 jan. 2024.

LEAL, M. DO C. *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, n. 7, 2019.

LEDUC, D. *et al.* Induction of Labour: **Review. Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada** [Journal of obstetrics and gynaecology Canada], v. 37, n. 4, p. 380–381, 2015.

LEMES, C. M. *et al.* Percepção das puérperas em relação à indução do parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, p. 86–91, 2015.

LITTLE, S. E.; CAUGHEY, A. B. Induction of Labor and Cesarean: What is the True Relationship? **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 58, n. 2, p. 269–281, 2015.

MARTIN, J. A. *et al.* Births: Final data for 2016. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, **National Vital Statistics System**, v. 67, n. 1, p. 1–55, 2018.

MELLER, F. DE O.; SCHÄFER, A. A. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3829–3835, set. 2011.

MOZURKEWICH, E. *et al.* Indications for induction of labour: a best-evidence review. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, v. 116, n. 5, p. 626–636, 2009.

OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 1137–1142, out. 2000.

PARANÁ. **Lei nº 20.127**, de 15 de janeiro de 2020. Altera a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Diário Oficial do Estado do Paraná. Curitiba, PR, 15 jan. 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=388956>. Acessado em: 19 mar. 2020

PENFIELD, C. A.; WING, D. A. Labor induction techniques: Which is the best? **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, v. 44, n. 4, p. 567–582, 2017.

RADES, É.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 8, p. 655–6662, set. 2004.

RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R. H. S. A Decisão Pela Via De Parto No Brasil: Temas E Tendências Na Produção Da Saúde Coletiva. **Texto & contexto enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.

RODRIGUES, J. *et al.* Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. **Revista Multitexto**, v. 4, n. 1, p. 48–53, 2016.

SCAPIN, S. Q. *et al.* Indução De Parto Em Um Hospital Universitário: Métodos E Desfechos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. e0710016, 2018.

TABASI, Z.; BEHRASHI, M.; MAHDIAN, M. Vaginal misoprostol versus high dose of oxytocin for labor induction: A comparative study. **Pakistan journal of biological sciences: PJBS**, v. 10, n. 6, p. 920–923, 2007.

ZIMMERMANN, J. B. *et al.* Oligodrámnio isolado em gestação a termo: qual a melhor conduta? **Femina**, 2010.