

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINCOLOGIA E OBSTETRÍCIA

BARBARA PEREIRA SILVESTRE

DESFECHOS OBSTÉTRICOS DAS PACIENTES DE ALTO RISCO
ADMITIDAS PARA PARTO VAGINAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO MORAES

VITÓRIA
2022

BARBARA PEREIRA SILVESTRE

**DESFECHOS OBSTÉTRICOS DAS PACIENTES DE ALTO RISCO
ADMITIDAS PARA PARTO VAGINAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO MORAES**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica de Ginecologia e obstetrícia do Centro das Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia.

Orientadora: Dr^a Carolina Loyola Prest Ferrugini

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Neide Aparecida Tosato Boldrini

**VITÓRIA
2022**

AGRADECIMENTO

Agradeço imensamente,

À Dra Carolina Loyola Prest Ferrugini pela paciência, por literalmente “pegar na minha mão” para me auxiliar nas dificuldades que tive durante o desenvolvimento desse trabalho.

À professora Dra Neide Aparecida Tosato Boldrini pela orientação e apoio.

Às pacientes que pude atender.

Aos meus colegas e internos que juntos fizeram a coleta de dados e atendimentos.

Aos funcionários da maternidade pelo coleguismo.

À minha família por estar sempre junto comigo.

À Deus, pois sem Ele nada é possível.

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil, a taxa de cesarianas atualmente está em torno de 55%, sendo o segundo país no mundo com maior índice, a taxa recomendada pela instituição é de 10 a 15%. Nos últimos anos ações com o objetivo de melhorar esse cenário tem sido tomadas, com o objetivo de reduzir a quantidade de cesárias sem indicação clínica, o Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM) tem participado ativamente dessas ações, adotando estratégias para reduzi-lás.

Objetivo. Descrever as vias de parto adotadas na maternidade de alto risco do HUCAM, se vaginal induzido medicamentoso, mecânico ou cesariana, os desfechos, eventos adversos, seguindo a aplicação adequada dos protocolos assistenciais padronizados pelo serviço.

Pacientes e métodos. Trata-se de uma série de casos com dados quantitativos. As variáveis do estudo são dados demográficos, clínicos e gineco-obstétricos, obtidos por entrevista e dos prontuários da instituição. Os casos estudados foram de pacientes internadas na Maternidade do HUCAM.

Resultados. Entre janeiro de 2019 e janeiro de 2020 foram admitidas 183 gestantes no HUCAM para indução de trabalho de parto ou trabalho de parto espontâneo. A taxa de sucesso de indução de parto vaginal com ocitocina foi de 73,91%, 60,60% com misoprostol e 26,31% com balão intra-cervical. A proporção de partos vaginais em pacientes admitidas em trabalho de parto espontâneo foi de 84,21%.

Conclusão. Considerando o atual cenário brasileiro em que a taxa de cesariana é de 55,7%, valor este muito acima dos 10 a 15% recomendado como ideal pela OMS, o estudo demonstrou que a prática sistemática da indução de parto vaginal baseados em protocolos estabelecidos permitem aumentar a taxa de parto vaginal em detrimento da realização indiscriminada de cesarianas.

Palavras-chave: Trabalho de parto induzido, parto normal, cesárea, misoprostol, ocitocina

ABSTRACT

According to The World Health Organization (WHO), the rate of cesarean sections performed in Brazil is currently around 55%, being the second country in the world with the highest rate, given that the recommended rate is 10 to 15%. In the last few years, actions have been taken to improve this scenario, with the goal of reducing the number of cesareans without clinical indication, the Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM) has actively participated in these actions, adopting strategies to reduce these rates.

Objective. To describe the different types of delivery route in the HUCAM high-risk maternity hospital, whether vaginally induced with medication, mechanics or cesarean section, the outcomes, adverse events, following the proper application of care protocols standardized by the service.

Patients and methods. This is a retrospective cohort with qualitative data, the study variables are demographic, clinical and gynecological-obstetric data, extracted retrospectively from the institution's medical records and interview.

The cases studied were from the patients admitted to the Maternity Department at HUCAM.

Results. Between January 2019 and January 2020, 183 pregnant women were enrolled at HUCAM to start the induction of labor or spontaneous labor. The success rate of vaginal delivery induction with oxytocin was 73,91%, 60,60% with misoprostol and 26,31% with intracervical catheter. The proportion of vaginal delivery in spontaneous labor was 84,21%.

Conclusion. Considering the current Brazilian scenario in which cesarean section rate is 55,7% a value above what is recommended as ideal by the WHO (15%), the study demonstrated models of induction of vaginal delivery based on established protocols and that when these methods are applied correctly, they can increase the rate of vaginal delivery at the expense of performing indiscriminately cesarean sections.

Key-words: Labor induced, natural childbirth, cesarean section, misoprostol, oxytocin;

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Índice de Bishop.....	12
Tabela 2- Infusão de ocitocina.....	15
Tabela 3- Índice de apgar.....	23
Tabela 4- Resultados das induções de parto com ocitocina.....	28
Tabela 5- Resultados das induções de parto com misoprostol.....	30
Tabela 6- Resultados das induções de parto com balão de foley.....	31
Tabela 7- Resultados de trabalho de parto espontâneo.....	33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG	Colégio Norte-Americano de Obstetras e Ginecologistas
ANS	Angência Nacional de Saúde Suplementar
BCF	Batimentos cardíacos fetais
BPM	Batimentos por minuto
CTG	Cardiotocografia
FDA	US Food and Drug Administration
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 INDUÇÃO DE PARTO.....	9
1.1.1 Indicações para indução de parto	10
1.1.2 Contraindicações a indução de parto	11
1.2 ÍNDICE DE BISHOP	11
1.3 MÉTODOS DE INDUÇÃO.....	12
1.3.1 Método de amadurecimento do colo	12
1.4 AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO E BEM-ESTAR FETAL.....	16
1.4.1 Avaliação Do Trabalho De Parto	16
1.4.2 Avaliação vitalidade fetal	21
1.5 ÍNDICE DE APGAR.....	23
1.6 JUSTIFICATIVA DO PRESENTE ESTUDO.....	24
2 OBJETIVO	25
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 METODOLOGIA	26
4 RESULTADOS	27
4.1 GRUPO 1 – INDUÇÃO COM OCITOCINA.....	27
4.2 GRUPO 2 – INDUÇÃO COM MISOPROSTOL ASSOCIADO OU NÃO A OCITOCINA	29
4.3 GRUPO 3- INDUÇÃO COM BALÃO INTRA-CERVICAL OU DE SONDA FOLEY COM USO OU NÃO DE OCITOCINA	31
4.4 GRUPO 4 – TRABALHO DE PARTO ESPONTÂNEO.....	32
5 DISCUSSÃO	35
6 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
APÊNDICES.....	41
ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

1.1 INDUÇÃO DE PARTO

A cirurgia cesariana tem-se tornando frequente em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, consiste em um procedimento cirúrgico que tem como principal objetivo reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, porém não traz benefícios quando realizada sem precisas indicações clínicas e pode associar-se a desfechos negativos, além de possuir riscos inerentes a qualquer outra cirurgia. A taxa de cesariana reflete diretamente os avanços na área da saúde materno infantil, os cuidados obstétricos, além de impactar economicamente o serviço de saúde, onerando-o (BRASIL, 2015).

Definido pelo SUS através de políticas públicas de saúde o parto saudável é aquele natural, sendo a cesariana indicada nos casos em que devido ao binômio materno-fetal, seja necessária intervenção cirúrgica pelo risco à saúde de ambos. A OMS propõe o uso da Classificação de Robison (anexo 1) como instrumento para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas em um período de tempo em determinado sistema de saúde. O Projeto Parto adequado, desenvolvido pela ANS (Agência Nacional de Saúde suplementar), tem como seu foco principal modelos de atenção ao parto e nascimento que valorizem o parto normal, reduzindo assim o percentual de cesáreas. A recomendação da OMS desde 1985 é de que a taxa de cesarianas seja em torno de 10 a 15% (OMS, 2015).

O Brasil atualmente está entre os cinco primeiros países com a maior taxa de cesariana do mundo, com uma taxa de 55,7%, juntamente com países como a República Dominicana (58,1%), Chipre (55,7%), Egito (51,8%) e Turquia (50,8%) (BETTRAN ET AL, 2021).

Haja vista o panorama mundial com taxas de cesáreas elevadas a indução de parto é um meio a ser utilizado na tentativa de aumentar as taxas de parto vaginal. Seguindo protocolos pré-estabelecidos, a opção de indução de parto possibilita a intervenção na gravidez, com intenção de influenciar o momento do parto com vistas ao benefício

materno e fetal, onde o nascimento trará mais segurança ao feto que o ambiente intra-útero (GILL ET AL, 2021).

1.1.1 Indicações para indução de parto

A indicação da indução bem como sua via deve-se seguir conforme protocolos instituídos, individualizando o período de interrupção para cada gestante, de acordo com seu passado obstétrico e comorbidades, quando o risco materno-fetal é elevado e indica-se a interrupção da gestação.

Avalia-se o risco materno por meio das possíveis repercussões irreversíveis que o organismo materno possa desenvolver devido à comorbidades, já o risco fetal é avaliado tanto pela condição materna quanto pela vitalidade e crescimento fetal. É imprescindível que seja bem datada a idade gestacional, tanto a variedade de posição quanto a apresentação devem ser bem estabelecidas, assim como a condição cervical da paciente e o estado das membranas. Paciente e acompanhantes devem estar bem esclarecidos quanto ao processo, duração, métodos e potenciais riscos associados (FELDMAN, 2003).

Indicações:

- Doença hipertensiva materna;
- Incompatibilidade RH;
- Amniorrexe prematura;
- Diabetes materno;
- Doença renal materna;
- Doença hipertensiva materna descompensada;
- Colestase gestacional;
- Pós datismo (idade gestacional acima de 41 semanas);
- Morte fetal intra-uterina;
- Corioamnionite;
- Oligodramnio;
- Restrição de crescimento fetal (BRASIL, 2012).

1.1.2 Contraindicações a indução de parto

O processo de indução de parto não é livre de riscos, de acordo com o método existem possíveis complicações e contraindicações.

Como potenciais riscos têm-se:

- Rotura uterina;
- Síndrome de hiperestimulação uterina;
- Alterações da contratilidade uterina;
- Aumento da incidência de parto vaginal operatório;

As contraindicações a indução devem ser bem estabelecidas, sendo listadas a seguir:

- Placenta prévia;
- Prolapso de cordão umbilical;
- Infecção ativa pelo herpes genital ativo;
- Obstrução de via de parto, como condilomatose extensa;
- Carcinoma invasor de colo uterino;
- Incisão de superior uterina (clássica);
- Desproporção cefalopélvica absoluta;
- Sofrimento fetal;
- Miomectomia prévia;
- Gestação gemelar;
- Apresentações anômalas (pélvica, transversal, córmica) (BRASIL, 2012).

1.2 ÍNDICE DE BISHOP

Para que seja definido o método de indução alguns fatores devem ser avaliados, um dos parâmetros utilizados é o índice de Bishop.

O índice de Bishop reflete as mudanças fisiológicas do colo durante o trabalho de parto, é utilizado como forma de avaliar as condições do colo uterino ao parto vaginal através do exame digital cervical no qual avalia-se cinco fatores principais: altura da apresentação, dilatação, apagamento, consistência e posição do colo uterino, o somatório desses dados é o índice de Bishop, quando do valor menor que seis, é dito que o colo é desfavorável ao parto vaginal (WORMER ET AL, 2021).

Tabela 1. Índice de Bishop

Parâmetro avaliados	Pontuação			
	0	1	2	3
Altura da apresentação (De Lee)	-3	-2	-1	0 ou abaixo
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	>5
Apagamento	0-30	40-50	60-70	>80
Consistência	Firme	Médio	Amolecido	
Posição	Posterior	Intermediário	Central	

Fonte: Manual de Orientação da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. FEBRASGO: Assistência ao parto e tucorgia, 2002

A dilatação cervical é medida de zero a dez centímetros, o esvaecimento (apagamento do colo) de zero a cem por cento, e a altura da apresentação é avaliada pelo plano de De Lee. O plano de Lee varia entre -3 e + 3, sendo a referência zero as espinhas isquiáticas maternas, os valores desse plano avaliam a altura da apresentação fetal em relação à estrutura da pelve materna (ZUGAIB, 2016).

1.3 MÉTODOS DE INDUÇÃO

A escolha do método de indução baseia-se basicamente na paridade materna, história obstétrica prévia, condições fetais, presença ou não de contratilidade uterina e índice de Bishop, respeitando as respectivas contra-indicações, podendo ser realizada por métodos químicos ou mecânicos.

1.3.1 Método de amadurecimento do colo

Caso o índice de Bishop seja menor que seis, é necessário o amadurecimento do colo uterino, sendo utilizado o misoprostol ou a dinoprostona.

a) Misoprostol

O misoprostol é um análogo sintético da prostaglandina E1, primariamente produzido para tratamento de úlcera péptica, utilizado *off-label*, atuando na rotura de fibras colágenas do colo, alterando glicosaminoglicanas, levando ao edema estromal cervical e invasão de neutrófilos, liberando assim proteases e colagenases, com alteração tecidual profunda, relaxa o músculo liso da cérvix, aumenta o cálcio intracelular e a liberação de ácido hialurônico, favorecendo ao preparo do colo (PIERCE ET AL, 2018).

Pode ser utilizado em forma de comprimido de 25mcg e 50mcg com a finalidade de indução, via vaginal, sendo utilizado de seis em seis horas, na dose de até seis comprimidos, até que se atinja a dose máxima ou colo com escore de Bishop maior ou igual a seis ou a fase ativa do trabalho de parto se inicie, máximo até 48 horas de indução (MASOUMEH ET AL, 2021).

Alguns cuidados devem ser tomados ao ser utilizado misoprostol, a monitorização cardíaca fetal e a dinâmica uterina devem ser avaliados a cada 1 hora após a administração do comprimido, e antes de uma nova administração, não administrar nova dose caso haja dinâmica uterina (2 contrações em 10 minutos), caso paciente inicie o trabalho de parto, não há necessidade do uso de ocitocina, mas caso seja necessária, não iniciar ocitocina antes de 6 horas do último comprimido de misoprostol (BRASIL, 2016).

O uso de misoprostol está contraindicado caso haja cicatriz uterina prévia, na hepatopatia grave, coagulopatias, gestante em uso de anticoagulantes, glaucoma, alergia a medicação, epilepsia, e contraindicações relativas são paciente asmática descompensada, gemelaridade, polidrâmnio os potenciais riscos do uso do misoprostol são taquissístolia, síndrome a hiperestimulação uterina (PIERCE ET AL, 2018).

b) Dinoprostona

A dinoprostona é quimicamente idêntico a prostaglandina E2, contendo 10mg do princípio ativo, sendo a única prostaglandina aprovada pela FDA (US Food and Drug Administration) para processo de indução em pacientes com gestação a termo e índice de Bishop menor que 6. É uma droga de alto custo e necessita de armazenamento em refrigeração (CHEN ET AL, 20015).

O dispositivo é em forma de pessário sendo inserido via vaginal, para maior efetividade deve ser posicionado em 90°, sendo liberada a medicação de forma contínua por 24 horas (SHIRLEY,2018).

c) Balão intra-cervical ou Sonda Foley

Esse método se dá por meio mecânico, com a passagem de sonda Foley ocorre liberação de prostaglandinas na cérvix, devido à separação do cório da decídua, é um método geralmente associado à ocitocina (MORAES, 2005).

O método consiste na dilatação mecânica do colo uterino, passa-se o espéculo com a paciente em posição ginecológica, seguida de assepsia vaginal e do colo uterino, utiliza-se sonda Foley número 16 ao 24 (avaliar conforme disponibilidade e perfil da paciente), sendo a mesma guiada através do orifício externo e interno do colo, insufla-se o balão com soro fisiológico 0,9% com volume de 30 a 80 ml, de acordo com a tolerabilidade da gestante. A sonda é fixada na face interna da coxa da paciente sob tração, é importante que a tração seja mantida durante todo o processo, devendo-se submeter a trações manuais periódicas. O balão permanece por até 24 horas, caso não haja saída espontânea deve-se retirar a sonda, e iniciar protocolo de ocitocina intravenosa. Sua principal indicação é a indução de parto em pacientes com no máximo uma cesariana prévia. É contraindicado seu uso em caso de placenta prévia, sangramento uterino, ruptura de membranas ou cervicite (GILL et al, 2021).

d) Dilatador cervical higroscópico osmótico

É um dispositivo mecânico inserido no orifício do colo, sua ação se dá via mecânica por meio da propriedade hidrofílica do material que absorve líquido dos tecidos próximos, assim expandindo-se progressivamente o balão contido nele. Com estímulo também de prostaglandinas endógenas devido a sua ação colagenolítica, o dispositivo deve permanecer por um período de até 12 horas (GUPTA, 2018).

e) Ocitocina

A ocitocina é utilizada quando o índice de Bishop da paciente é maior ou igual a 6, após a utilização do balão de Foley, ou em caso de amniorrexe, pode ser utilizada em gestantes com apenas uma cesárea prévia, é administrada por via intravenosa, preferencialmente em bomba de infusão, dilui-se uma ampola, com equivalente de 5 unidades de ocitocina, utilizando-se 500ml de soro fisiológico 0,9% ou soro glicosado 5%, a titulação da infusão de ocitocina pode ser realizada em mU/min, ml/min ou gotas/min, aumentando-se a dose conforme a tabela a seguir, de 30 em 30 minutos, até que atinja-se a dose máxima (CAMANO, 2002).

Tempo	Dose ocitocina mu/min	Volume infundido ml/h (Diluição 5 UI em 500ml)
0	1	6ml/h ou 2gts/min
30	2	12ml/h ou 4 gts/min
60	4	24
90	8	48
120	12	72
150	16	96
180	20	120
210	24	144
240	28	168
270	32	192

Fonte: Manual de gestação de alto risco - Ministério da Saúde, 2012.

Cuidados com o uso de ocitocina devem ser tomados, caso seja utilizada após o uso do misoprostol, o intervalo mínimo de 6 horas deve ser respeitado, a dose mínima deve ser utilizada para que haja as contrações uterinas necessárias para a modificação do colo uterino sem que haja a hiperestimulação uterina, as contrações devem ser avaliadas a cada 30 minutos e batimentos cardio-fetais (BCF) a cada 15 a 30 minutos (BRASIL, 2016).

Existem possíveis complicações que podem ocorrer devido ao uso da ocitocina, sendo uma delas a atividade uterina excessiva, que consiste em contrações em números

maiores que 5 em 10 minutos de avaliação, a conduta nesse caso se resume a reduzir a infusão de ocitocina ou cessar momentaneamente, caso haja melhora, podendo-se reiniciar a ocitocina em uma taxa de infusão inicialmente, menor que a anterior (RCOG, 2001).

Outra possível complicação é a síndrome de hiperestimulação uterina que consiste em contrações uterinas acompanhadas por alterações de batimentos cardio-fetais, como as desacelerações, nesse caso deve-se suspender imediatamente a infusão de ocitocina, posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo para promover a descompressão do útero sobre a veia cava materna, aumentando-se assim o retorno venoso, se necessário fornecer em máscara oxigênio em uma taxa de até 10 l/min, avaliar sinais vitais maternos, avaliar hidratação venosa de acordo com resultado de sinais vitais maternos, condição fetal, dilatação, esvaecimento cervical e estado de membranas amnióticas, caso não haja melhora do perfil fetal, avaliar indicação de cesariana, caso haja melhora, é possível reiniciar a ocitocina em bomba de infusão com a metade da dose anterior (STUBBS, 2000).

A falha de indução é considerada quando não é alcançado o valor de Bishop maior ou igual a 6 após 6 comprimidos de misoprostol, ou após 12 a 24 horas de uso de sonda Foley, em relação ao uso da ocitocina, a falha é considerada quando há ausência de um padrão de contração efetivo para iniciar o trabalho de parto, promovendo dilatação cervical progressiva após atingir-se a dose máxima de ocitocina, por um período mínimo de 2 horas (RCOG, 2001).

1.4 AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO E BEM-ESTAR FETAL

A indução de trabalho de parto exige a monitorização da contratilidade uterina e do padrão de batimentos cardíacos fetais, sendo utilizadas ferramentas para esse acompanhamento, a seguir serão descritos.

1.4.1 Avaliação Do Trabalho De Parto

a) Trabalho de parto

O trabalho de parto é caracterizado por contrações efetivas que levam a dilatação e esvaecimento do colo, sendo considerado seu início quando de 2 a 3 contrações de 20 a 30 segundos em 10 minutos, o colo entre 2 a 4 cm e o esvaecimento entre 30 a 50%. O trabalho de parto é dividido em 4 períodos: fase de dilatação, expulsivo, dequitação e 4º período (CAUGHEY, 2014).

O período de dilatação subdivide-se em 2 fases, a fase latente do trabalho de parto, que é definida como o início da dilatação até 3 a 5 cm, a depender da referência utilizada, nesse período observa-se amadurecimento do colo, contrações com intervalos prolongados, de baixa intensidade, com ritmo de dilatação menor que 1 cm por hora, esse período tem variação de duração de acordo com a paridade da gestante, em nulíparas a duração é em média de 20 horas, em múltiparas até 14 horas. Já a fase ativa da dilatação, é caracterizada pelo ritmo de contrações mais prolongadas e mais frequentes e uma dilatação cervical entre 3 e 5 cm até atingir-se a dilatação de 10 cm, descida da apresentação fetal, a duração em média é de 8 horas até 18 horas. Nas múltiparas o período é de aproximadamente 5 horas, até máximo de 12 horas. Durante esse período são avaliados sinais vitais da paciente, frequência de diurese, dilatação e contrações uterinas (ZUGAIB, 2016).

É importante que durante o trabalho de parto seja estimulada a movimentação materna, bem como posições que sejam confortáveis para a mesma, a amniotomia precoce não é encorajada naquelas que estejam com evolução satisfatória. Em 2014, um consenso realizado pelo Colégio Norte-Americano de obstetras e Ginecologistas (ACOG), propôs a mudança de conceito da fase ativa de trabalho de parto, considerando-se a partir de 6 cm de dilatação, sendo esse o momento de iniciar o registro em partograma (CAUGHEY, 2014).

O segundo período do trabalho de parto é subdividido em fase inicial na qual há dilatação total do colo, mas sem a presença de puxo involuntário (desejo de esforço expulsivo reflexo) com apresentação fetal ainda alta. A fase ativa ocorre quando da dilatação total com a apresentação fetal, no caso, cefálica, totalmente visível na fúrcula vaginal, com contrações rítmicas, intensas e intervalo curto entre as mesmas, com puxos maternos, esse período varia entre 0,5 a 2,5 horas em primíparas e até 1 hora em múltiparas, lembrando que esses períodos podem ser maiores caso a paciente seja submetida à analgesia de parto (BRASIL, 2017).

A falha de progresso no segundo período varia entre nulíparas e múltíparas, sendo que para as primeiras a falha é considerada quando este durar mais de 2 horas e para as últimas mais de 1 hora. É importante que sejam avaliadas medidas que possam ser modificadas, como contrações, caso não sejam efetivas pode ser iniciada ocitocina, ou se já em uso aumentar a infusão, estimular a paciente a adotar posições confortáveis. A avaliação contínua é importante, o uso de instrumental pode ser considerado, como o vácuo-extrator ou fórceps a depender da experiência do médico e do bem estar fetal, caso não haja progressão adotando-se as medidas citadas, ou seja, detectado sofrimento fetal agudo, deve-se assim indicar a cesariana. É importante ressaltar que a episiotomia não faz mais parte da rotina obstétrica, devendo ser avaliada pelo obstetra em conjunto com a parturiente (CAMANO, 2002).

O terceiro período de parto inicia-se imediatamente após o nascimento e finaliza-se com a expulsão da placenta e membranas, nesse período existe a possibilidade de conduta ativa ou expectante, sem uso rotineiro de ocitocina, clameamento do cordão oportuno e expulsão da placenta apenas pelo esforço materno, sem a tração controlada do cordão, esse período é considerado prolongado quando maior que 60 minutos. Nesse período permanece a avaliação materna, principalmente pela possível complicação de hemorragia ou retenção placentária (não dequitação em até 1 hora pós-parto), caso essas complicações ocorram, a conduta passa a ser ativa, com administração inicial de 10 unidades de ocitocina via intramuscular logo após saída do recém-nascido, tração controlada do cordão. Caso o sangramento seja excessivo é importante definir a causa do mesmo que pode ser por laceração perineal, retenção de tecidos placentários, distúrbios de coagulação e atonia uterina, esse último é a principal causa de sangramento pós-parto e importante causa de mortalidade materna, sendo instituído protocolo para evitar e cessar a hemorragia pós-parto (BRASIL, 2017).

A laceração perineal é classificada em:

- Primeiro grau: laceração de pele e mucosas
- Segundo grau: músculos perineais, porém não atinge esfíncter anal
- Terceiro grau: quando da laceração do esfíncter anal

Em casos de hemorragia pós-parto, solicitar material de revisão de canal de parto para avaliação, caso seja verificada laceração realizar analgesia local e proceder a episiorrafia, é importante que após a mesma seja realizado toque retal para avaliar a integridade da mucosa retal (COLACIOPPO, 2011).

A atonia uterina é a incapacidade do útero em manter seu tônus após o parto, podendo levar a paciente ao choque hemorrágico, o Ministério da Saúde por meio do Protocolo de hemorragia pós-parto orienta a conduta da seguinte forma, constatada a atonia uterina, inicia-se massagem uterina bimanual, infusão de 20 unidades de ocitocina em 500 ml de soro fisiológico via intravenosa em 10 minutos, após é mantida a infusão em 2 horas de 20 unidades de ocitocina em 500 ml de soro fisiológico a 0,9%, permanecendo a paciente com sangramento aumentado, caso a mesma não apresente contraindicação (hipertensão arterial, cardiopatia, fenômeno de Raynaud e esclerodermia) é realizada 0,2 mg de ergometrina ou 0,25 mg de metilergonovina via intramuscular, caso não haja resposta é realizada a inserção de 600 a 800 mcg de misoprostol via retal (OPAS, 2018).

Caso as causas anteriores tenham sido descartadas, a coagulopatia é uma causa provável, sendo então solicitados exames como provas de coagulação, hemograma, tipagem sanguínea para avaliação, solicitar reserva de plasma fresco congelado, plaquetas e concentrado de hemácias. A perda estimada de mais de 1000 ml é considerada grave, sendo necessária a solicitação pela urgência de concentrado de hemácias, plaquetas, fatores de coagulação, levando em consideração o possível desfecho de abordagem cirúrgica, já a perda sanguínea maior que 1500ml indica o início do protocolo de transfusão maciça, que são 6 concentrados de hemácias, 8 unidades de plasma fresco congelado e plaquetas (OPAS, 2018).

O quarto período do trabalho de parto, também conhecido como período de Greenberg é considerado a primeira e segunda hora após a dequitação placentária, apresentando as seguintes fases: miotamponagem logo após a expulsão da placenta, ocorre contração uterina sendo a mesma palpável, levando a tamponagem dos vasos uterinos, logo após e concomitantemente a trombotamponagem com formação de trombos em nos vasos uteroplacentários, indiferença miouterina passando por fases de contração e relaxamento e por último a contração uterina fixa, o útero adquire o tônus maior e mantém-se contraído, chamado de Globo de Pinard (BRASIL, 2001).

b) Partograma

O partograma (anexo 2) é um instrumento de registro do trabalho de parto, sendo documento obrigatório estabelecido pela OMS desde 1944, nele são anotados: dilatação cervical em centímetros, a altura da apresentação fetal pelos níveis de De Lee, o padrão de contratilidade uterina, batimentos cardio-fetais, o estado de membranas, assim como o aspecto do líquido amniótico quando rota (RANI, 2015).

O partograma apresenta-se por meio de linhas de alerta e de ação, por meio dessas linhas é possível realizar o acompanhamento dinâmico do trabalho de parto e caracteriza-lo como disfuncional ou fisiológico, esse é o atual modelo preconizado pela OMS e adotado pelo Ministério da Saúde (OLIVEIRA, 2007).

Cada quadrado da escala representa 1 hora na horizontal, 1 cm na vertical e a esquerda e a altura de De Lee na vertical e a direita. A linha de alerta é traçada 1 hora a frente do ponto de registro inicial e de ação 4 horas após o mesmo. A representação é feita por símbolos, sendo a apresentação cefálica e altura fetal são representadas pelo círculo e a dilatação por um triângulo, quando ultrapassada a linha de ação uma intervenção médica é necessária. O início do registro se dá a partir do momento que a paciente está na fase ativa do trabalho de parto, a reavaliação é realizada a cada 1 a 2 horas, sendo registrados os dados do exame, demonstrando uma curva de dilatação e descida da apresentação (SILVA ET AL., 2017).

A interpretação dos dados do partograma permite avaliar de forma dinâmica a evolução do trabalho de parto, permitindo o diagnóstico de um parto distócico ou taquitócito. Identifica-se, por exemplo, uma fase de dilatação prolongada ou de descida, necessita-se de uma modificação do padrão contrátil, provável por uma contração uterina insuficiente, analgesia excessiva. Já a parada secundária de dilatação ou descida, existe um bloqueio no canal de parto, podendo ser causado por desproporção cefalo-pélvica relativa ou absoluta, contração insuficiente. De acordo com o diagnóstico demonstrado pela avaliação do partograma, institui-se a necessidade ou não de uma intervenção, como apenas observação, amniotomia, iniciar ou aumentar a ocitocina, analgesia de parto ou interrupção por meio de cesariana (CUNNINGHAM, 2005).

1.4.2 Avaliação vitalidade fetal

A vitalidade fetal pode ser avaliada por meio de ultrassonografia com dopplerfluxometria antes de ser iniciada a indução ou intraparto por meio da microanálise de sangue fetal, ausculta intermitente do batimento fetal e cardiotocografia intraparto (BRASIL, 2021).

a) Ausculta intermitente do batimento fetal

Consiste em avaliar a variabilidade dos batimentos, bem como sua aceleração ou desacelerações, por meio de sonar ou pinard, como reflexos da movimentação fetal, estímulo mecânico ou auditivo. É realizada a cada 30 minutos em gestantes de baixo risco e a cada 15 minutos nas de alto risco no primeiro período do trabalho de parto, enquanto no segundo período o intervalo é de 5 minutos (FURLEY, 2012).

b) Cardiotocografia (CTG)

É a monitorização fetal que se dá de forma contínua e eletrônica, por meio de transdutor doppler sobre o abdome materno. Avalia-se o BCF através do doppler associado à monitorização das contrações uterinas maternas por meio de um tocodinamômetro, que também é alocado sobre o abdome materno (BRASIL, 2001).

Os padrões basais normais são uma variabilidade de linha de base de BCF entre 10 e 25 bpm, frequência fetal basal entre 110 e 160 batimentos por minuto (BPM), sendo considerada taquicardia fetal quando a linha de base se mantém por no mínimo 10 minutos acima do valor de 160 BPM, as acelerações transitórias são determinadas quando do aumento mínimo de 15 BPM da frequência cardíaca fetal por um período mínimo de 15 segundos demonstrando uma resposta fisiológica fetal esperada a um estímulo de estresse, como estímulo externo, movimentação fetal ou contração uterina materna. Já a desaceleração são reduções temporárias da frequência cardíaca fetal, classificadas como periódicas ou não periódicas, como consequência ou não da contração uterina, sendo classificada como leve caso a variação for menor que 15 bpm, moderada entre 15 e 45 bpm, e grave se maior que 45 bpm. As desacelerações podem ou não seguir um padrão, sendo exemplificadas a seguir (ACOG, 2009).

As desacelerações são subdivididas em tardias, nessas existe um intervalo entre o pico de maior intensidade da contração uterina e o mais baixo ponto da desaceleração do batimento cardio fetal, geralmente de 18 a 30 segundos, está relacionada à estase sanguínea no espaço interviloso, caso estejam associadas à ausência de acelerações, movimentação fetal e variabilidade baixa, pode evoluir para um desfecho fetal ruim (FURLEY, 2012).

O resultado de cardiotocografia é classificado em categorias e de acordo com as mesmas pode ser norteada uma conduta. Categoria I é considerada normal, com presença de batimentos cardiofetais no padrão aceitável, sem desacelerações, com ou sem acelerações, variabilidade moderada. Categoria II não é preditiva de status fetal ácido básico desfavorável, são traçados que não podem ser categorizados em I ou III, requer reavaliação, são fatores presentes nessa categoria bradicardia ou taquicardia, variabilidade mínima, sem desacelerações, sem acelerações após estímulo fetal, desacelerações variáveis acompanhadas por mínima ou moderada variabilidade, desaceleração prolongada por mais de dois minutos porém menor que 10 minutos, desacelerações tardias recorrentes com moderada variabilidade e desacelerações variáveis acompanhadas de retorno lento a linha de base, medidas podem ser tomadas, como mudança de decúbito da gestante, hidratação ou cessar o uso da ocitocina. Por último categoria III é um traçado anormal, associado a status fetal ruim, nessa categoria observa-se variabilidade ausente associada a desacelerações tardias recorrentes, ou variáveis, bradicardia ou padrão sinusoidal (ACOG, 2009).

c) Sofrimento fetal agudo

É definido como a presença de hipoxemia e hipercapnia devido a comprometimento de troca gasosas no espaço interviloso. O trabalho de parto é um período comum de ocorrer, algumas etiologias podem aumentar o risco como a hiperatividade uterina, hipotensão materna, a insuficiência placentária aguda devido a circulares de cordão, nós de cordão, prolapso ou procidência de cordão ou compressão do mesmo. O sofrimento fetal agudo pode ser diagnosticado por meio da avaliação da vitalidade fetal, e pode ser evitado com o uso cuidadoso de ocitócitos, amniotomia não precoce, monitorização de sinais vitais maternos e contrações uterinas, corrigir hipovolemias, hipotensão, hipoglicemia e distúrbios hidroeletrólíticos maternos. A presença de

mecônio isoladamente não é indicativa de sofrimento fetal, necessita de acompanhamento de frequência cardíaca fetal, a ausência de acelerações ou movimento fetal pode ser indicativo do mesmo (CUNNINGHAM, 2005).

1.5 ÍNDICE DE APGAR

Logo após o nascimento do recém-nascido uma avaliação é realizada observando-se a vitalidade do mesmo, avalia-se: cor, frequência cardíaca, reflexos, respiração e tônus muscular, esses dados em conjunto definem o índice de Apgar, por meio da somatória de pontuação que varia de 0 a 2, estima-se um valor para os primeiros 1º e 5º minutos de vida do recém-nascido, através da interpretação desses valores é possível avaliar a resposta às manobras realizadas em sala de parto, o índice de Apgar maior ou igual a 7 remeta a uma boa vitalidade e boa adaptação (BRASIL, 2014).

Tabela 3. Índice de Apgar

Parâmetros	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	< 100bpm	<100bpm
Esforço respiratório	Ausente	Irregular	Regular
Tônus muscular	Flacidez total	Alguma flexão de extremidades	Boa movimentação
Irritabilidade reflexa	Ausente	Alguma reação	Espirros
Cor	Cianose/Palidez cutânea	Corpo róseo e extremidades cianóticas	Corpo e extremidades róseos

Fonte: Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para os Profissionais de Saúde. 2ªed. Ministério da Saúde, 2014.

1.6 JUSTIFICATIVA DO PRESENTE ESTUDO.

Este estudo justifica-se pelo elevado número de cesarianas que são realizadas no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, assim como demais instituições públicas e privadas similares do Brasil.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os desfechos obstétricos das pacientes admitidas em trabalho de parto espontâneo e das pacientes internadas para indução do parto maternidade de alto risco do HUCAM.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a taxa de partos normais e o número de recém-nascidos com índice de apgar menor que 7 nos primeiro e quinto minuto de vida em pacientes submetidas a indução do parto com misoprostol.
- Determinar a taxa de partos normais e o número de recém-nascidos com índice de apgar menor que 7 nos primeiro e quinto minuto de vida em pacientes submetidas a indução do parto com ocitocina.
- Determinar a taxa de partos normais e o número de recém-nascidos com índice de apgar menor que 7 nos primeiro e quinto minuto de vida em pacientes submetidas a indução do parto com sonda Foley.
- Determinar a taxa de partos normais e o número de recém-nascidos com índice de apgar menor que 7 nos primeiro e quinto minuto de vida em pacientes admitidas em trabalho de parto espontâneo.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de série de casos admitidos na maternidade de alto risco obstétrico do SUS e internadas na Unidade materno-infantil do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, provenientes da microrregião de Vitória e de outros municípios do Estado do Espírito Santo.

Foram incluídas as pacientes admitidas em trabalho de parto espontâneo e as pacientes internadas para indução do parto vaginal, no período entre janeiro de 2019 e janeiro de 2020. Foram excluídas deste estudo as pacientes internadas para cesariana eletiva.

As variáveis do estudo são dados demográficos, clínicos e gineco-obstétricos coletados por meio de entrevista com as pacientes associado a dados dos prontuários da instituição.

Todas as pacientes incluídas concordaram com a participação no estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 3).

As gestantes foram conduzidas seguindo os protocolos de assistência ao parto e protocolo de indução do parto próprios do serviço (anexos 4 e 5). A via de parto foi a de indicação obstétrica e o método de indução foi selecionado de acordo com o índice de Bishop, paridade, histórico obstétrico e estado da membrana amniótica no momento da admissão.

Os procedimentos específicos do estudo não implicaram em maior risco para as pacientes, já que foi seguido o protocolo institucional, já previamente estabelecido. Ainda assim, as pacientes foram esclarecidas sobre o processo de trabalho de parto e indução antes da internação, sobre a possibilidade dos riscos assistenciais envolvidos, que foram também incluídos no termo de consentimento.

O acesso aos prontuários foi autorizado pela Direção do HUCAM para extração dos dados. A privacidade e a confidencialidade foram asseguradas pela anonimidade da identificação dos casos nos arquivos de uso. O projeto do estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUCAM/UFES (CAAE 20002019.6.0000.5071 – anexo 6).

4 RESULTADOS

Foram incluídas 183 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão. Essas pacientes foram subdivididas em 4 grupos: indução com ocitocina (Grupo 1), indução com misoprostol (Grupo 2), indução com balão intracervical (Grupo 3) e parto vaginal espontâneo (Grupo 4).

4.1 GRUPO 1 – INDUÇÃO COM OCITOCINA

Foram selecionadas um total de 23 pacientes, a média de idade das pacientes avaliadas foi de 29,13 anos (+6,72), a média da idade gestacional foi de 37,19 semanas (+2,71), média de gestações anteriores foi de 3,47 (+2,29), sendo que a média de número de partos prévios fora de 2,91 (+1,88).

Das 23 pacientes, 6 (26,08%) apresentavam índice de Bishop menor que 6 ao iniciar a indução e 17 (73,91%) com Bishop maior que 6. A média de dose máxima de ocitocina utilizada em bomba fora de 120 ml/h com média de 52,63ml/h (+30,33).

Um total de 21 (91,3%) pacientes entraram em trabalho de parto ativo, sendo o período de latência médio de 4,73 horas (+6,7), e o tempo médio da duração do trabalho de parto foi de 4,77 horas (+3,47). Do total de pacientes avaliadas, 9 (39,13%) apresentavam bolsa íntegra (39,13%) e 14 (60,86%) bolsa rota, sendo o tempo médio de bolsa de 6 horas (+7,47).

A média de peso dos recém-nascidos foi 3089g (+649,23), sendo que a média de pesos dos nascidos via parto vaginal foi de 3041,11g (+677,05) e via cesariana foi de 3224,66g (+598,19).

Apenas 1 (4,34%) recém-nascido apresentou índice de Apgar no 1º minuto de vida menor que 7 sendo nascimento via vaginal. Não houve nenhum caso de Apgar menor que 7 após o 5º minuto de vida. A média de índice de apagar no 1º e no 5º minuto de vida foram respectivamente 8,04 (+1,06) e 8,95 (+0,56).

Nenhuma paciente desse grupo recebeu analgesia de parto ou foi submetida à episiotomia.

O total de cesarianas foi 6 (26,09%), cujas as indicações incluíram: 3 (50,02%) paradas secundárias de dilatação, 1 (16,66%) desproporção céfalo-pélvica, 1 (16,66%) desejo materno e 1 (16,66%) taquissistolia materna.

Do total de 23 pacientes, obteve-se 17 partos vaginais, o que demonstra uma taxa de sucesso de 73,91% do método. Dessas pacientes 1 (5,88%) era primigesta e 16 (94,11%) possuía pelo menos um parto anterior.

Tabela 4. Resultados das induções de parto com ocitocina (N=23)	
Idade materna média (+-DP)	29,13 anos (+- 6,72)
Idade gestacional média (+-DP)	37,19 (+- 2,71)
Total de primigestas n (%)	4 (17,40)
Total de multíparas n (%)	19 (82,60)
Gestações prévias média (+-DP)	3,47 (+-2,29)
Partos prévios média (+-DP)	2,91 (+- 1,88)
Total de parto vaginal n (%)	17 (73,91)
Total de parto cesárea n (%)	6 (26,09)
Total de parto vaginal em primigestas n (%)	1 (5,88)
Total de parto vaginal em multíparas n (%)	16 (94,11)
Índice de Bishop < 6 n (%)	6 (26,08)
Índice de Bishop > 6 (%)	17 (73,91)
Tempo de bolsa rota média (+-DP)	6 horas (+-7,47)
Período de latência média (+-DP)	4,73 horas (+-6,70)
Tempo de duração do trabalho de parto média (+-DP)	4,77 horas (+-3,47)
Média de peso ao nascer via vaginal média (+-DP)	3041,11g (+-649,23)
Média de peso ao nascer via cesárea média (+-DP)	3224,66 (+-598,19)
Média índice de apgar 1° minuto média (+-DP)	8,04 (+-1,06)
Média Índice de apgar 5° minuto média (+-DP)	8,95 (+- 0,56)
Analgesia de parto n (%)	0 (0)
Episiotomia n (%)	0 (0)

4.2 GRUPO 2 – INDUÇÃO COM MISOPROSTOL ASSOCIADO OU NÃO A OCITOCINA

Foram incluídas 65 pacientes submetidas a indução com misoprostol. A média de idade foi de 27,28 anos (+-7,31), a média de idade gestacional de 38,65 semanas (+-1,38), a média de gestações anteriores foi de 2,45 (+-2,14), e a média de partos prévios de 1,89 (+-1,80).

Das 65 pacientes, 64 (98,46%) apresentavam índice de Bishop menor que 6 ao iniciar o processo de indução, sendo que 2 (3,03%) pacientes apresentavam Bishop maior ou igual a 6. A média de comprimidos utilizados foi de 3,18 unidades (+-1,82), incluindo 37 (56,06%) que utilizaram apenas misoprostol e 29 (43,93) que utilizaram misoprostol seguido de ocitocina em bomba de infusão.

Um número de 49 (74,25%) gestantes entraram em trabalho de parto com período de latência médio de 19,57 horas (+-15,53). O tempo médio de duração de trabalho de parto foi de 5,32 horas (+-3,41) e o tempo médio de bolsa rota foi de 8,87 horas (+-7,56).

A média de peso dos recém-nascidos neste grupo foi de 3164,62g (+-440,75), onde média por via vaginal foi 3115,52g (+-469,88) e via cesariana foi 3236,38g (+-392,10).

Apenas 3 (4,54%) recém-nascidos apresentaram índice de apagar menor que 7 no 1º minuto, sendo 2 (3,03%) nascidos por cesariana e 1 (1,51%) por parto vaginal. A média de apgar no 1º minuto foi de 8,21 (+-0,91). Não houve apagar menor que 7 após o 5º minuto, sendo a média no 5ºminuto de 8,92 (+-0,64). Dois pacientes (3,03%) não tinham registros de apgar ao nascimento.

Nenhuma paciente foi submetida à episiotomia e 2 foram submetidas à analgesia de parto 2 (3,03%).

O número de cesarianas foi 26 (40%), cujas as indicações incluíram: 1 (3,85%) bolsa rota prolongada, 2 (7,70%) bradicardias fetais, 9 (34,59%) falhas de indução, 3 (11,53%) paradas secundárias de dilatação, 2 (7,70%) paradas da descida, 2 (7,70%) taquicardias fetais sustentadas, 1 (3,85%) taquissistolia, 1 desproporção

cefalopélvicas (3,85), 1 (3,85%) pico hipertensivo, 3 (11,53%) a pedido materno e em 1 caso (3,85%) não foi registrada a indicação.

Do total de 65 pacientes, 39 evoluíram para parto vaginal, totalizando uma taxa de 60% de sucesso da técnica de indução, em que 16 (41,02%) eram primigestas e 23 (58,98%) multíparas.

Tabela 5. Resultados das induções de parto com misoprostol (N=65)	
Idade materna média (+-DP)	27,78 anos (+-7,31)
Idade gestacional média (+-DP)	38,65 semanas (+-1,38)
Total de primigestas n (%)	30 (46,15)
Total de multíparas n (%)	35 (53,85)
Gestações prévias média (+-DP)	2,45 (+-2,14)
Partos prévios média (+-DP)	1,89 (+- 1,80)
Total de partos vaginais n (60%)	39 (60)
Total de partos cesáreas n (40%)	26 (40)
Total de parto vaginal em primigestas n (%)	16 (41,02)
Total de parto vaginal em multíparas n (%)	23 (58,98)
Índice de Bishop < 6 n (%)	64 (98,46)
Índice de Bishop > 6 n (%)	2 (3,03)
Uso de misoprostol n (%)	37 (56,06)
Uso de misoprostol e ocitocina n (%)	29 (43,93)
Tempo de bolsa rota média (+-DP)	8,87 (+- 7,56)
Tempo de período de latência média (+-DP)	19,57 horas (+-15,52)
Tempo de trabalho de parto média (+-DP)	5,32 horas (+-4,41)
Média de peso ao nascer via vaginal média (+-DP)	3115,52g (+-469,88)
Média de peso ao nascer via cesárea média (+-DP)	3236,38g (+-392,10)
Média índice de apgar 1° minuto média (+-DP)	8,21 (+-0,91)
Média índice de apgar 5° minuto média (+-DP)	8,92 (+-0,64)
Analgesia de parto n (%)	2 (3,03)
Episiotomia n (%)	0 (0)

4.3 GRUPO 3- INDUÇÃO COM BALÃO INTRA-CERVICAL OU DE SONDA FOLEY COM USO OU NÃO DE OCITOCINA

Foram incluídas neste grupo 19 pacientes. A média de idade foi de 30,4 anos (+-6,15), a média de idade gestacional foi de 38,6 semanas (+-1,19), e a média de gestações anteriores de 3,05 (+-1,17).

Dezoito pacientes (94,7%) apresentavam índice de Bishop menor que 6 ao iniciar o protocolo de indução e 1 (5,26%) tinha Índice maior que 6. Todas as 19 pacientes apresentavam bolsa íntegra ao iniciar a indução do parto.

Um total de 9 (47,36%) pacientes entraram em trabalho de parto, em que o período de latência médio foi de 11 horas (+-7,53) e o tempo médio de duração do trabalho de parto foi de 4,62h (+-2,50).

A média de peso ao nascimento neste grupo foi de 3300,1g (+-351,04): 3118,4g (+-469,74) nos nascidos via vaginal e 3365g (+-292,39) nos nascidos via cesariana.

Apenas 1 (5,26%) recém nascido (via cesariana) apresentou apgar menor que 7 no 1º minuto de vida. Após o 5º minuto não houve índice apgar menor que 7. A média de índice de apgar no 1º minuto foi de 8,21 (+-1,13) e no 5º minuto 8,84 (+-0,50).

Nenhuma paciente recebeu analgesia ou foi submetida à episiotomia.

O total de cesarianas foi de 14 (73,69%), sendo 2 (14,28%) por desejo materno, 8 (57,14%) falha de indução, 3 (21,42%) por parada secundária de dilatação e 1(7,14%) por taquicardia fetal sustentada

Do total de 19 pacientes, 5 evoluíram com partos vaginais, resultando em uma taxa de sucesso de 26,31% do método, todas as 5 pacientes eram multíparas.

Tabela 6. Resultados das induções de parto com balão foley (N=19)

Idade materna média (+-DP)	30,4 anos (+-6,15)
Idade gestacional média (+-DP)	38,6 semanas (+-1,19)
Total de primigestas n (%)	0 (0)

Total de multíparas	19
Gestações prévias média (+-DP)	3,05 (+-1,17)
Partos prévios média (+-DP)	2,63 (+-1,11)
Total de parto vaginal n (%)	5 (26,31)
Total de parto cesárea n (%)	14 (73,69)
Índice de Bishop < 6 n (%)	18 (94,74)
Índice de Bishop > 6 n (%)	1 (5,26)
Tempo de bolsa rota média (+-DP)	0 (0)
Período de latência média (+-DP)	11 horas (+-7,53)
Tempo de duração do trabalho de parto média (+-DP)	4,62 horas (+-2,50)
Média de peso ao nascer via vaginal média (+-DP)	3118,4g (+-469,74)
Média de peso ao nascer via cesárea média (+-DP)	3365g (+-292,39)
Média Índice de apgar 1º minuto média (+-DP)	8,21 (+-1,13)
Média Índice de apgar 5º minuto média (+-DP)	8,84 (+-0,50)
Analgesia de parto n (%)	0 (0)
Episiotomia n (%)	0 (0)

4.4 GRUPO 4 – TRABALHO DE PARTO ESPONTÂNEO

Um total de 76 pacientes apresentaram trabalho de parto espontâneo a internação, a média de idade fora de 26,60 anos (+-7,08), a média de idade gestacional de 38,15 semanas (+-2,76), sendo que a média de gestações anteriores foi de 2,47 (+-1,46), com uma média de partos prévios de 2,90 (+-1,19).

Das 76 pacientes, 27 (35,52%) apresentavam índice de Bishop menor que 6 ao serem internadas e 49 (64,48%) pacientes apresentavam Bishop maior ou igual a 6, sendo que 27 (35,52%) fizeram uso de ocitocina em bomba de infusão para correção da contratilidade uterina.

Neste grupo de pacientes o tempo médio de duração de trabalho de parto foi de 5,24 horas (+-3,92) e o tempo médio de bolsa rota foi de 6,20 horas (+-5,79).

A média de peso dos recém-nascidos foi de 3031,44g (+-666,35), sendo que a média por via vaginal foi de 3115,52g (+-469,88) e via cesariana foi de 2835,85g (+-887,14).

Apenas 8 (10,52%) recém-nascidos apresentaram índice de apagar menor que 7 no 1º minuto, sendo 5 (62,50%) nascidos via cesariana e 3 (37,5%) nascidos via parto vaginal. Não houve apagar menor que 7 após o 5º minuto. A média de apgar no 1º minuto foi de 8,06 (+-1,10) e no 5ºminuto 8,96 (+-0,70).

Foram submetidas à analgesia de parto 4 (5,26%) pacientes e nenhuma paciente foi submetida à episiotomia.

O número de cesarianas foi de 12 (15,79%), cujas as indicações incluíram: 1 (8,33%) feto pélvico, 1 (8,33%) gemelar, 4 (33,33%) paradas secundárias de dilatação, 3 (25,02%) paradas da descida, 1 (8,33%) sofrimento fetal agudo, e 1 (8,33%) desejo materno.

Do total de 76 pacientes, 64 evoluíram com parto vaginal, totalizando uma taxa de 84,21% de partos vaginais espontâneos, em que 20 pacientes (31,25%) eram primigestas e 44 (68,75%) multíparas.

Tabela 7. Resultados trabalho de parto espontâneo (N=76)	
Idade materna média (+-DP)	26,60 anos (+-7,08)
Idade gestacional média (+-DP)	38,15semanas (+-2,76)
Total de primigestas n(%)	51 (67,10)
Total de multíparas n(%)	25 (32,90)
Gestações prévias média (+-DP)	2,47 (+-1,46)
Partos prévios média (+-DP)	2,90 (+-1,19)
Total de parto vaginal n(%)	64 (84,21)
Total de parto cesárea n(%)	12 (15,79)
Total de parto vaginal em primigestas n(%)	20 (31,25)
Total de parto vaginal em multíparas n(%)	44 (68,75)
Índice de Bishop < 6 n(%)	27 (35,52)
Índice de Bishop > 6 n(%)	49 (64,48)
Tempo de bolsa rota média (+-DP)	6,20 horas (+-5,79)

Tempo de trabalho de parto média (+-DP)	5,24 horas (+-3,32)
Média de peso ao nascer via vaginal média (+-DP)	3115,52g (+-469,88)
Média de peso ao nascer via cesárea média (+-DP)	2835,85g (+-887,14)
Média índice de apgar 1° minuto média (+-DP)	8,06 (+-1,10)
Média índice de apgar 5° minuto média (+-DP)	8,96 (+-0,70)
Analgesia de parto n(%)	4 (5,26)
Episiotomia n(%)	0 (0)

5 DISCUSSÃO

A indução de trabalho de parto é um procedimento comum utilizado na obstetrícia. Vários estudos abordam o tema, comparando métodos farmacológicos como o uso do misoprostol e ocitocina com métodos mecânicos como o uso do balão intra-cervical, discutindo a segurança, taxa de sucesso, complicações e indicação de cada método. (SIBAI, 2018)

Um estudo retrospectivo realizado por Mlodawski et al, avaliou a taxa de sucesso da indução com misoprostol e balão intracervical e o índice de apgar e taxa de cesariana. Um total de 135 pacientes foram induzidas com misoprostol intravaginal resultando em 45,19% de cesáreas e total de partos vaginais de 54,81%, apgar menor que 7 no 1º minuto total de 2,96%, comparando-se com esse estudo em que o grupo de misoprostol (grupo 2) apresentou taxa de cesariana 40%, parto vaginal de 60% e 4,54% dos recém-nascidos apresentaram apgar menor que 7 no 1º minuto de vida.

Ainda no estudo retrospectivo de Mlodawski et al, um grupo de 386 pacientes induzidas com balão intracervical, resultou em 27,72% de cesarianas, 72,28% de partos vaginais e 1,63% de recém nascidos que apresentaram apgar menor que 7 no 1º minuto de vida, enquanto neste estudo o número de cesarianas foi de 73,68% e 5,26% de apgar menor que 7 no 1º minuto.

A principal indicação de cesariana em ambos os grupos analisados por Mlodawski et al foi a frequência cardíaca não tranquilizadora na cardiotocografia, que foi estatisticamente mais frequente no grupo do misoprostol em comparação ao grupo do balão. Neste estudo as principais indicações de cesariana no grupo do misoprostol foi falha de indução (34,59%), parada secundária de dilatação e cesariana a pedido materno, ambos representando 11,53% do total. Já o grupo de indução com balão intra-cervical, teve com principais indicações a falha de indução (57,14%) e a parada secundária de dilatação (21,42%).

No estudo realizado por Balci et al., um total de 101 pacientes foram subdivididas em dois grupos. No grupo 1 foi usado misoprostol e ocitocina para indução de parto e incluiu total de 50 pacientes. O grupo 2 contava com 51 pacientes que foram submetidas a indução apenas com ocitocina. No grupo 1 a taxa de sucesso do parto

vaginal foi de 76%, enquanto o número de recém nascidos com apgar menor que 7 no 1° minuto foi de 16% e no 5° minuto foi de 2%, assim como nos resultados obtidos nesse estudo, em que a taxa de sucesso foi de 60% para parto vaginal pelo método do misoprostol, além de 4,54% de apgar menor que 7 no 1° minuto e nenhum apgar menor que 7 no 5° minuto de vida.

Já no grupo 2, o estudo de Balci et al. mostrou a taxa de 82,30% partos vaginais, 13,70% de recém nascidos com apgar menor que 7 no 1° minuto e 1,90% menor que 7 no 5° minuto de vida, comparando-se com os resultados obtidos nesse estudo em que a taxa de sucesso de indução via ocitocina foi de 73,91%, 4,34% de índice apgar menor que 7 no 1° minuto de vida e nenhum caso após o 5° minuto de vida.

Nesse mesmo estudo as principais indicações de cesariana foram: status fetal não tranquilizador na cardiotocografia (15%) e obstrução de trabalho de parto (8%). Já no presente estudo as principais indicações para o grupo induzido por ocitocina foram: (50,02%) parada secundária de dilatação, e representando cada uma 16,66% das indicações desproporção céfalo-pélvica, desejo materno e taquissistolia materna.

6 CONCLUSÃO

Concluimos que os métodos de indução constituem uma importante ferramenta para a diminuição das taxas de cesariana no HUCAM e demais instituições públicas, já que obtivemos uma taxa de sucesso entre 26,31% e 73,91%, comparada à taxa de partos vaginais em pacientes admitidas em trabalho de parto espontâneo que foi de 84,21%.

Considerando o atual cenário brasileiro em que a taxa de cesariana é de 55,7%, enquanto o valor sugerido pela OMS é de 10 a 15%, este estudo tem sua importância ao demonstrar modelos de indução de parto vaginal baseados em protocolos estabelecidos, que quando aplicados de forma correta, permitem aumentar a taxa de parto vaginal em detrimento da realização indiscriminada de cesarianas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG. Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. ACOG Practice Bulletin no. 106. Obstet Gynecol. 2009.
- ACOG, Practice Bulletin 183. Postpartum Hemorrhage. Clinical Management Guidelines for Obstetrician and Gynecologists. Obst & Gynecol, 2017.
- BALCI, et al. Comparison of induction of labor with vaginal misoprostol plus oxytocin versus oxytocin alone in term primigravidae, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2011.
- BETRAN, AP. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Global Health 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde. 2. ed. Vol, 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. CONITEC. Diretrizes de Atenção à Gestante: A operação cesariana. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. CONITEC. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: Manual técnico ,Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 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 - Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher: Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMANO, Luiz. Manual de Orientação da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. FEBRASGO: Assistência ao parto e tucorgia. São Paulo, 2002.

CAUGHEY, A. B., Cahill, A. G., Guise, J.-M., & Rouse, D. J. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(3), 179–193, 2014.

CHEN, et al. A systematic review and network meta-analysis comparing the use of Foley catheters, misoprostol, and dinoprostone for cervical ripening in the induction of labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2015.

COLACIOPPO, et al. Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61-66, 2011.

CUNNINHAM, F.G., et al. Williams obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill, 2005.

FELDMAN. Guia de práticas Clínicas: Indução do parto. 1. ed. Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2003.

FURLEY, P.R. Cardiotocografia prática: anteparto e intraparto. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

GILL P, Lende MN, Van Hook JW. Induction of Labor. January, 2021.

GUPTA, J., Chodankar, R., Baev, O., Bahlmann, F., Brega, E., Gala, A., Gdovinova, D. Synthetic osmotic dilators in the induction of labour—An international multicentre observational study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2018.

MLODAWSKI, et al. Misoprostol vaginal insert and Foley catheter in labour induction, single center retrospective observational study of obstetrical outcome. *Ginekol Pol*, 2020.

MASOUMEH, et al. Labor induction with randomized comparison of cervical, oral and intravaginal misoprostol. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2021.

- MORAES, et al. Métodos para indução do parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2005.
- OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de; SILVA, Ivanilde Marques da; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; SCHNECK, Camila Alexsandra; SANTOS, Jair Lício Ferreira. O Partograma como instrumentos de análise da assistência ao parto. Revista Enfermagem, Lisboa, n. 47/48, p. 29-38, 2007.
- OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesárea. Departamento de Sapude Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial da Saúde: WHO/RHR/15.02, 2015.
- OPAS. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS, 2018.
- PIERCE, et al. Clinical Insights for Cervical Ripening and Labor Induction Using Prostaglandins. September 11, 2018.
- RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9, London: RCOG Press, 2001.
- SHIRLEY, M. Dinoprostone Vaginal Insert: A Review in Cervical Ripening. Drugs 78, 1615–1624, 2018.
- SIBAI, et al. Challenges and Limitations of Clinical Trials on Labor Induction: A Review of the Literature. American Journal of Perinatology Reports, 2018.
- SILVA, et al. Manual SOGIMIG de Ginecologia e Obstetrícia. 6. ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2017.
- STUBBS. Oxytocin for labor induction. Clin Obstet Gynecol;43(3):489-94 – Sep, 2000.
- WORMER, et al. Bishop Score. StatPearls Publishing, 2021.
- YOUNG, et al. Oral misoprostol, low dose vaginal misoprostol, and vaginal dinoprostone for labor induction: Randomized controlled trial. PLoS One, 2020.
- ZUGAIB, Marcelo. Obstetrícia. 3. ed. Barueri, São Paulo, Manole, 2016.

APÊNDICES

Apêndice 1. Protocolo de investigação do estudo



Protocolo de Indução do Trabalho de Parto:

Nome do Paciente: _____ Reg: _____

Idade: _____ anos IG: _____ sem _____ dias por US: ____/____/____ de _____ sem _____ dias

G _____ P _____ Nº PN _____ Nº PC: _____ Aborto: _____ Bolsa íntegra: () Bolsa Rota ()

Tempo de BR ao iniciar indução: _____ Robson: _____ Bishop ao iniciar indução: _____

Motivo da indução: _____

Doenças maternas e fetais: _____

(HA, DM, CARDIOPATIA, RCIU, ITU, TORCH, ANEMIA, TPP, RUPREMA, DOENÇA NO FETO, DOENÇA NA MÃE)

Bishop Score					
Escore	Dilatação	Apagamento (%)	Altura apresentação* (-3 to +3)	Consistência cervical	Posição Cervical
0	Fechado	0-30	-3	Firme	Posterior
1	1-2	40-50	-2	Médio	Posição Mediana
2	3-4	60-70	-1	Mole	Anterior
3	>5	>80	+1, +2	-	-

Intercorrências:

- | | |
|--|--------------------------------|
| () Taquissístolia (05 ou mais contrações em 10 minutos) | () Falha de indução |
| () Hipersístolia (contração durando mais que 2 minutos) | () Mecônio |
| () Alteração do BCF (taquicardia ou Bradicardia sustentada) | () Rotura/ deiscência uterina |
| () Morte fetal \geq 2,5kg | () Morte Materna |
| () Descolamento Prematuro de Placenta | () admissão materna em UTI |
| () Sangramento uterino aumentado no pós parto. | () retorno à sala de parto |
| () Transfusão sang materna | () laceração 3º/4º grau |
| () Trauma de RN no parto | () apgar < 7 no 5º minuto |
| () admissão UTIN RN \geq 2,5kg | |

() Grupo 1- Ocitocina:

Data e Hora do início da indução: ____/____/____ ____:____h

Data e Hora do início do trabalho de Parto: ____/____/____ ____:____h

Dose máxima de ocitocina atingida (_____ ml/h):

Período de latência até o início do trabalho de parto:

Tempo de duração do Trabalho de Parto: _____

() Grupo 2 Misoprostol/ Misoprostol + Ocitocina

Data e Hora do início da indução: ____/____/____ ____:____h

Data e Hora do início do trabalho de Parto: ____/____/____ ____:____h

Período de latência até o início do trabalho de parto (horas): _____

Tempo de duração do Trabalho de Parto (horas): _____

Necessitou ocitocina: () Não () Sim Se ocitocina, qual Bishop ao iniciar: _____

Primeiro comprimido de Misoprostol:

Data: ___/___/___ Hora: _____h. Bishop: _____

Segundo comprimido de Misoprostol:

Data: ___/___/___ Hora: _____h Bishop: _____

Terceiro comprimido de Misoprostol:

Data: ___/___/___ Hora: _____h Bishop: _____

Quarto comprimido de Misoprostol:

Data: ___/___/___ Hora: _____h Bishop: _____

Quinto comprimido de Misoprostol:

Data: ___/___/___ Hora: _____h Bishop: _____

Sexto comprimido de Misoprostol:

Data: ___/___/___ Hora: _____h Bishop: _____

() Grupo 3- Balão intra- cervical(Sonda Folley)/ Balão intra cervical(Sonda Folley) + Ocitocina

Necessitou ocitocina: () Não () Sim Se ocitocina, qual Bishop ao iniciar: _____

Data e hora da colocação sonda: ___/___/___ :___h

Data e hora da retirada da sonda: ___/___/___ :___h

Data e hora do início do trabalho de Parto: ___/___/___ Hora: _____h

Período de latência até o início do trabalho de parto: _____

Tempo de duração do Trabalho de Parto (_____ horas) :

Analgésia de parto: () sim () não Episiotomia () sim () não

Obs: _____

Coletado por: Ass e carimbo _____ Data: ___/___/___

ANEXOS

ANEXO 1 – CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

Quadro 1: Classificação de Robson

<p>Grupo 1</p>  <p>Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	<p>Grupo 6</p>  <p>Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica</p>
<p>Grupo 2</p>  <p>Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	<p>Grupo 7</p>  <p>Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p>Grupo 3</p>  <p>Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	<p>Grupo 8</p>  <p>Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p>Grupo 4</p>  <p>Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	<p>Grupo 9</p>  <p>Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p>Grupo 5</p>  <p>Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas</p>	<p>Grupo 10</p>  <p>Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>

 Cesarea anterior

 Trabalho de parto espontâneo

ANEXO 2 – PARTOGRAMA

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES				
NOME						
DATA DE NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	ENFERMARIA / LEITO	DATA			
PARTOGRAMA – UNIDADE MATERNO INFANTIL						
IDADE GESTACIONAL ____s ____d DILATAÇÃO (CM) ▲ DESCOMIDA E VARIEDADE ○	10 09 08 07 06 05 04 03 02 01					-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
BOLSA					ROBSON:	
LA						
ESVAZIOAMENTO						
HORA REAL						
HORA DE REGISTRO					INDICAÇÕES/INTERFERÊNCIAS	
FCF (BAT/MIN) 30/30 MIN ●	180 160 140 120 100 80					
CONTRAÇÕES 01-19 SEG <input checked="" type="checkbox"/> X 20-39 SEG <input type="checkbox"/> > 40 SEG <input type="checkbox"/>						
OCITOCINA						
PRESSÃO ARTERIAL						
MEDICAMENTOS FLUIDOS ANESTESIA						
EXAMINADOR (COREN/CRM)						

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1- Projeto: Avaliação das vias de parto e métodos de indução adotados no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

Pesquisadora: **Carolina Loyola Prest Ferrugini**

2- Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, cujo objetivo é avaliar as vias de parto adotadas na maternidade de alto risco do HUCAM - se vaginal espontâneo ou induzido medicamentoso ou mecânico, ou cesariana, comparar os desfechos, eventos adversos e indicações clínicas de cada parto e avaliar se há a aplicação adequada dos protocolos assistenciais padronizados pelo serviço.

3- Será feito num primeiro momento a análise de prontuários e coleta de dados. Se necessário complementação, será feita entrevista com o paciente.

4- Não há riscos aos participantes do estudo, uma vez que não há intervenção clínica.

5- Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

O principal investigador é a Dra Carolina Loyola Prest Ferrugini, que poderá ser encontrada no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, na unidade Materno-Infantil; pelo email: carolina.ferrugini@ebserh.gov.br; ou pelo telefone: 3335-7305.

Se você tiver qualquer consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUCAM (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes) pelo telefone (27) 3335-7326 ou email: cephucam@gmail.com ou no endereço Av. Mal. Campos, 1355 - Santa Cecília, Vitória - ES, 29043-260.

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

9 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

9 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

10 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

11– O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Rúbrica

ANEXO 4 – PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.015- Página 1 de 16	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL	Emissão: 22/06/2021	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	22/06/2023

1. ÁREA RESPONSÁVEL

Unidade Materno-Infantil (UMI).

2. ABRANGÊNCIA

Unidade Materno-Infantil, Unidade de Terapia Intensiva e Semi-intensiva Pediátrica e Neonatal, Unidade de Cirurgia, RPA e CME.

3. SUMÁRIO

1. ÁREA RESPONSÁVEL.....	1
2. ABRANGÊNCIA.....	1
3. SUMÁRIO.....	1
4. SIGLAS E CONCEITOS.....	2
5. OBJETIVOS.....	2
6. JUSTIFICATIVAS.....	2
7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	3
8. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES.....	3
9. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO*.....	3
9.1. Definição e duração das fases do primeiro período do trabalho de parto.....	3
9.1.1. Fase de latência do primeiro período do trabalho de parto.....	3
9.2. Definição e duração do segundo período do trabalho de parto.....	3
10. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS*.....	4
11. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO*.....	4
11.1. Cuidados gerais durante o trabalho de parto.....	4
11.1.1. Informações e comunicação.....	4
11.1.2. Apoio físico e emocional.....	5
11.2. Dieta durante o trabalho de parto.....	5
11.3. Medidas de assepsia para o parto vaginal.....	5
11.4. Manejo da dor no trabalho de parto.....	6
11.4.1. Estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto.....	6
11.4.2. Analgesia regional.....	6
11.5. Eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto.....	8

11.6. Acompanhamento das pacientes no período ante e intra-parto	8
11.6.1. Pacientes fora de trabalho, ou em fase de latência do primeiro período ou em situação de indução sem trabalho de parto ativo.....	9
11.6.2. Pacientes no primeiro período do parto (fase de dilatação) – trabalho de parto estabelecido;	9
11.6.3. Falha de progresso no primeiro período do trabalho de parto.....	10
11.6.5. Falha de progresso no segundo período do parto.....	12
12. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO*	15
13. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA*	15
14. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA*	15
15. FLUXOGRAMAS	15
16. MONITORAMENTO	15
17. REFERÊNCIAS	16
18. HISTÓRICO DE REVISÃO	16

4. SIGLAS E CONCEITOS

CTG: Cardiotocografia

FCF: Frequência cardíaca fetal

SRPA: Sala de Recuperação Pós-Anestésica

5. OBJETIVOS

Padronizar as condutas baseadas no critério global de Cuidado Amigo da Mulher na assistência ao parto e nascimento em parturientes assistidas na UMI do HUCAM.

6. JUSTIFICATIVAS

O protocolo de Assistência ao Parto Normal visa fornecer subsídios às questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, promovendo uma assistência em modelo hospitalar pautada em ampla compreensão da situação familiar e considerando aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo para garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende.

7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Serão incluídas todas as pacientes admitidas na UMI para assistência ao parto.

8. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Equipe multiprofissional da UMI, UTISPN e Unidade de Cirurgia, RPA e CME.

9. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO*

9.1. Definição e duração das fases do primeiro período do trabalho de parto

Fases do trabalho de parto:

9.1.1. Fase de latência do primeiro período do trabalho de parto.

Caracterizado pela presença de contrações uterinas dolorosas associadas a apagamento e dilatação cervical até 4cm.

9.1.2. Trabalho de parto estabelecido:

Caracterizado pela presença de contrações uterinas dolorosas regulares e dilatação cervical progressiva maior ou igual a 4cm.

A duração do trabalho de parto ativo pode variar:

Primíparas: dura em média 8 a 18 horas.

Multíparas: dura em média 5 a 12 horas.

9.2. Definição e duração do segundo período do trabalho de parto

O segundo período do parto deverá ser definido como:

- **Fase inicial ou passiva:** dilatação total do colo sem sensação de puxo involuntário ou parturiente com analgesia e a cabeça do feto ainda relativamente alta na pelve.
- **Fase ativa:** dilatação total do colo, cabeça do bebê visível, contrações de expulsão ou esforço materno ativo após a confirmação da dilatação completa do colo do útero na ausência das contrações de expulsão.

Se a dilatação completa do colo uterino for confirmada em uma mulher sem analgesia regional e não for identificado puxo, uma nova avaliação deverá ser realizada em 1 hora para identificação da fase do segundo período.

A distribuição dos limites de tempo para a duração normal da fase ativa do segundo período do trabalho parto é a seguinte:

Primíparas: cerca de 0,5–2,5 horas sem peridural e 1–3 horas com peridural.

Multíparas: até 1 hora sem peridural e 2 horas com peridural.

Para o manejo da falha de progresso do segundo período deve-se considerar a paridade, da seguinte maneira:

Nulíparas: O parto deve ocorrer no prazo de 3 horas após o início da fase ativa do segundo período. A confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 2 horas e a mulher deve ser encaminhada, ou ter assistência adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório se o nascimento não for iminente.

Múltiparas: O parto deve ocorrer no prazo de 2 horas após o início da fase ativa do segundo período. A confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 1 hora e a mulher deve ser encaminhada, ou ter assistência adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório se o nascimento não for iminente.

10. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS*

NA

11. TRATAMENTO INDICADO E PLANOTERAPÊUTICO*

11.1. Cuidados gerais durante o trabalho de parto

11.1.1. Informações e comunicação

Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendam deverão estabelecer uma relação próxima, a fim de atender seus desejos e expectativas.

Os profissionais devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados respeitando o momento, privacidade, aspectos culturais e expectativas daquela família.

Se a mulher tem um plano de parto escrito, ele deve ser lido e discutido.

Verificar ainda dificuldades de comunicação, se possui deficiência auditiva, visual ou intelectual; perguntar qual língua brasileira (português ou libras) prefere utilizar ou, ainda, para o caso de mulheres estrangeiras ou indígenas verificar se compreendem português.

Avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações balanceadas para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela.

Deve ser garantida a presença de acompanhante de livre escolha que forneça apoio durante todo o parto e pós-parto. Este acompanhante deve receber as informações importantes no mesmo momento em que a mulher.

A eles deve ser orientado e resguardado o que ela pode e gostaria de fazer em qualquer momento e quantas vezes quiser, estimular a ambulação e orientar que avise quando sair do quarto.

Enfim, antes de qualquer procedimento deve ser solicitado consentimento da mulher com foco na paciente e não na tecnologia ou documentação.

11.1.2. Apoio físico e emocional

Todas as parturientes devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto permitindo apoio contínuo e individualizado.

O apoio por pessoal de fora da equipe hospitalar não dispensa o apoio oferecido pelo pessoal do hospital.

Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação.

11.2. Dieta durante o trabalho de parto

Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos leves, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água.

Mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve.

As mulheres que receberem opioides ou apresentarem fatores de risco que aumentem a chance de uma anestesia geral devem receber antagonistas H2 ou antiácidos.

Será oferecida dieta e líquidos leves às parturientes atendidas no HUCAM conforme aceitação, podendo ser solicitada dieta especial no campo observação descrito no AGHU como: "lanche para trabalho de parto" e "lanche pós-parto".

11.3. Medidas de assepsia para o parto vaginal

A água potável pode ser usada para a limpeza vulvar e perineal se houver necessidade, antes do exame vaginal.

Medidas de higiene, incluindo higiene padrão das mãos e uso de luvas únicas não necessariamente estéreis, são apropriadas para reduzir a contaminação cruzada entre as mulheres, crianças e profissionais.

A seleção de equipamento de proteção deve ser baseada na avaliação do risco de transmissão de microorganismos para a mulher e o risco de contaminação das vestimentas e pele dos profissionais de saúde por sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.

11.4. Manejo da dor no trabalho de parto

Os profissionais de saúde devem refletir como suas próprias crenças e valores influenciam a sua atitude em lidar com a dor do parto e garantir que os seus cuidados apoiem a escolha da mulher garantindo plena satisfação e experiência exitosa em relação ao manejo dor do trabalho de parto.

11.4.1. Estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto

Sempre que possível deve ser oferecido à mulher o banho em água morna.

A mulher deve ser apoiada se escolher técnicas de massagem durante o trabalho de parto que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes e/ou se escolher técnicas de relaxamento.

Também ~~deve-se~~ apoiar que sejam tocadas as músicas de sua escolha.

Por se tratar de intervenções não invasivas e sem descrição de efeitos colaterais, não se ~~deve~~ coibir as mulheres que desejarem usar áudio-analgésia e aromaterapia durante o trabalho de parto.

11.4.2. Analgesia regional

A analgesia regional de parto deve ser previamente esclarecida e discutida com a gestante durante o período ~~ante-natal~~ com ênfase em riscos (associação com desfecho negativo, efeitos adversos e complicações maiores) e benefícios (alívio da dor), orientando que a analgesia regional é acompanhada de aumento na complexidade da assistência ao parto, como por exemplo: maior necessidade de monitorização e acesso venoso.

A **solicitação materna** por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação. Isto inclui parturientes em fase latente com dor intensa, ~~após~~ esgotados os métodos não farmacológicos.

Antes da realização da analgesia regional de parto deve haver acesso venoso pré-estabelecido e monitorização básica previamente instalada (Pressão Arterial Não Invasiva - PANI a cada 5 minutos e oximetria de pulso).

Pré-hidratação não deve ser utilizada de forma rotineira, mas apenas em casos selecionados.

A técnica de analgesia no parto deve visar o controle adequado da dor com o menor comprometimento possível das funções sensoriais, motoras e autonômicas. Para isto a iniciação e manutenção da analgesia com baixas concentrações de anestésico local constitui fator fundamental, particularmente importante para que as parturientes se mantenham em movimento.

Estando sob monitorização, após 15 minutos da administração do(s) agente(s) anestésicos, a gestante deverá ser avaliada quanto à resposta (nível do bloqueio, sensibilidade perineal, testes de função motora, teste do equilíbrio e de hipotensão postural). Caso a avaliação seja desfavorável à mobilização ou se constate “estado de anestesia” (hipossensibilidade e bloqueio motor) a gestante deverá permanecer no leito sob vigilância constante até nova reavaliação. Caso a avaliação seja favorável, somente “estado de analgesia”, a gestante estará sem impedimentos para deambular e assumir a posição que desejar.

Caso a avaliação seja desfavorável à mobilização ou se constate estado de anestesia (hipossensibilidade e bloqueio motor), os quais persistem mesmo após o terceiro estágio, a gestante deverá ser encaminhada a SRPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica) e permanecer no leito sob vigilância constante até alta pelo médico anesthesiologista.

Deve-se monitorizar mais atentamente a pressão arterial e batimentos cardíacos fetais nos 30 minutos imediatamente após a anestesia, devido à maior possibilidade de hipotensão, sendo a necessidade de hidratação e/ou suporte com drogas vasoativas avaliada individualmente.

A manutenção da hidratação oral deve ser estimulada, dando-se preferência às soluções isotônicas, porém, em função da administração de opioides, a oferta de dieta com resíduos é proscrita após anestesia regional.

A rotina de monitoração para iniciação da analgesia de parto deve ser repetida nos momentos de doses de resgate via cateter epidural.

Se após 30 minutos do início da analgesia ou dose de resgate for constatada inefetividade, o anesthesiologista deverá considerar falha técnica ou revisar individualmente as necessidades de alívio da parturiente.

Uma vez realizada analgesia de parto, ainda que não ocorram doses de resgate, o anesthesiologista deverá acompanhar a parturiente, com avaliação horária, até o terceiro período. Considerando o término do regime de plantão, outro anesthesiologista assumirá o caso.

Considerando a possibilidade de complicações, todo cateter peridural deve ser retirado pelo médico anesthesiologista. A gestante não poderá receber alta do bloco obstétrico, unidade PPP ou SRPA com cateter instalado, exceto com a autorização do anesthesiologista.

Toda parturiente submetida a início de analgesia regional ou doses adicionais de resgate, seja qual for a técnica, deve ser submetida a ausculta intermitente da FCF de 5 em 5 minutos por no mínimo 30 minutos. Uma vez alterado deve-se instalar CTG, assim como proceder a cuidados habituais como decúbito lateral esquerdo e avaliar necessidade de otimização das condições respiratórias e circulatórias. Caso não ocorra melhora, seguir diretrizes próprias para manejo de estado fetal não tranquilizador.

Se ocorrerem anormalidades graves da FCF, não transitórias, considerar outra causa que não analgesia regional e seguir diretrizes próprias para manejo de estado fetal não tranquilizador.

Após confirmado os 10 cm de dilatação, não se deve solicitar à gestante que promova puxos voluntários, exceto se tardiamente (sugere-se no mínimo após 1 hora de dilatação total) ou quando a cabeça fetal se tornar visível. Do contrário, os puxos constituem ato involuntário obedecendo à vontade materna. Os puxos devem ser sempre durante a contração.

Independente da paridade, devem ser estabelecidas estratégias para que o nascimento ocorra em **até 4 horas** após constatado 10 cm de dilatação.

11.5. Eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto.

Não se aconselha o uso de sistemas de gradação e classificação de mecônio para o manejo da eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto.

A monitoração contínua da frequência cardíaca fetal deve ser utilizada para avaliação do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto.

Não se aconselha a realização de cesariana apenas para a eliminação de mecônio durante o trabalho de parto, exceto em protocolos de investigação.

11.6. Acompanhamento das pacientes no período ante e intra-parto

Pacientes internadas no pré-parto para indução do parto ou parto espontâneo devem ter garantido um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional. A mulher deve ser incentivada a andar e a se movimentar durante o trabalho de

parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher. Ainda, deve ser garantido, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave, disponibilizados métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como chuveiro, massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias e técnicas que devem ser sempre informadas à mulher durante o pré-natal.
A monitorização clínica pela equipe multidisciplinar seguirá os critérios descritos a seguir.

11.6.1. Pacientes fora de trabalho, ou em fase de latência do primeiro período ou em situação de indução sem trabalho de parto ativo:

1) Avaliação de metrossístoles:

A avaliação da contratilidade uterina deve ser realizada a partir da primeira contração eficaz identificada por um período de 10 minutos, ou por 10 minutos no caso de ausência de contrações, a cada 1h, e registrada em formulário próprio e/ou prontuário eletrônico.

2) Avaliação da dilatação cervical:

Exame vaginal de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais).

3) Sinais Vitais:

Pulso de 1 em 1 hora + Temperatura e PA de 4 em 4 horas + Frequência da diurese. Estas avaliações devem ser individualizadas conforme as comorbidades da paciente.

4) Vitalidade fetal:

Deve ser realizada cardiotocografia ou doppler fetal antes de iniciar a indução do parto e em caso de exame tranquilizador, manter ausculta intermitente a cada 1h até o início do trabalho de parto.

11.6.2. Pacientes no primeiro período do parto (fase de dilatação) – trabalho de parto estabelecido:

1) Avaliação de metrossístoles:

A avaliação da contratilidade uterina deve ser realizada a partir da primeira contração eficaz identificada por um período de 10 minutos a cada 1h e registrada em formulário próprio e/ou prontuário eletrônico.

2) Avaliação da dilatação cervical:

Exame vaginal de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais).

3) Sinais Vitais:

Pulso de 1 em 1 hora + Temperatura e PA de 4 em 4 horas + Frequência da diurese. Estas avaliações devem ser individualizadas conforme as comorbidades da paciente.

4) Vitalidade fetal:

Pacientes com gestação de baixo risco em trabalho de parto espontâneo devem ser acompanhadas com ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal a cada 30 minutos na primeira fase (dilatação) e a cada 15 minutos na segunda fase (expulsivo).

O acompanhamento de gestações de alto risco ou pacientes de baixo risco em uso de uterotônicos deve ser realizada conforme fluxograma descrito no item 15.

11.6.3. Falha de progresso no primeiro período do trabalho de parto

Se houver suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto levar em consideração:

- paridade
- dilatação e mudanças cervicais
- contrações uterinas
- altura e posição da apresentação
- estado emocional da mulher
- referência ou solicitação de assistência profissional apropriada.

Se houver suspeita de falha de progresso no trabalho de parto considerar também para o diagnóstico todos os aspectos da evolução do trabalho de parto, incluindo:

- dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas para as primíparas
- dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas ou um progresso lento do trabalho de parto para as múltiparas
- descida e rotação do polo cefálico
- mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.

Diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras, explicando o procedimento e pedindo consentimento da mulher, avisando ainda que o mesmo já

diminuir o trabalho de parto por cerca de 1 hora e pode aumentar a intensidade e dor das contrações.

Se a amniotomia for ou não realizada, realizar um exame vaginal após 2 horas e confirmar falha de progresso se a dilatação progredir menos que 1 cm.

Se for confirmada **falha de progresso no primeiro estágio** do parto:

- A mulher deve ser transferida para assistência sob responsabilidade de médico obstetra, se não estiver sob seus cuidados. Este deverá realizar uma revisão e diagnosticar a falha de progresso e decidir sobre as opções de manejo, incluindo o uso de ocitocina.
- Explicar que o uso de ocitocina após a ruptura das membranas irá diminuir o tempo para o parto, mas não influenciará no tipo de parto ou outros desfechos.
- Oferecer analgesia peridural, se disponível, antes do início da ocitocina.
- Se a ocitocina for utilizada, assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada 30 minutos. Aumentar a dose de ocitocina até haver 4-5 contrações em 10 minutos.

Realizar exame vaginal 4 horas após o início da ocitocina:

- Se a dilatação cervical aumentou menos que 2 cm após 4 horas, uma revisão obstétrica adicional deve ser realizada para avaliar a necessidade de cesariana.
- Se a dilatação cervical aumentou 2 cm ou mais após 4 horas, realizar exame vaginal de 4 em 4 horas.

11.6.4. Acompanhamento do segundo período do parto

Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto, porém deve-se dar autonomia para que ela escolha a posição em que se sinta mais confortável, incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios.

Informar às mulheres que há insuficiência de evidências de alta qualidade, tanto para apoiar como para desencorajar o parto na água.

Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos.

Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento.

Em mulheres com analgesia regional, após a confirmação da dilatação cervical completa, o puxo deve ser adiado por pelo menos 1 hora ou mais, se a mulher o desejar, exceto se a mulher quiser realizar o puxo ou a cabeça do bebê estiver visível.

Após 1 hora a mulher deve ser incentivada ativamente para realizar o puxo durante as contrações.

A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto.

11.6.5. Falha de progresso no segundo período do parto

Se houver prolongamento do segundo período do trabalho de parto, ou se a mulher estiver excessivamente estressada, promover medidas de apoio e encorajamento e avaliar a necessidade de analgesia/anestesia.

Se as contrações forem inadequadas no início do segundo período, considerar o uso de ocitocina e realização de analgesia regional, para as nulíparas.

Para as nulíparas, suspeitar de prolongamento, se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 1 hora de segundo período ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.

Para as múltiparas, suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 30 minutos de segundo estágio ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.

Um médico obstetra deve avaliar a mulher com prolongamento confirmado do segundo período do parto antes do uso de ocitocina.

Após a avaliação obstétrica inicial, manter a revisão a cada 15-30 minutos. Considerar o uso de parto instrumental (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem-estar fetal ou prolongamento do segundo período.

Reconhecer que, em algumas ocasiões, a necessidade de ajuda por parte da mulher no segundo estágio pode ser uma indicação para o parto vaginal assistido quando o apoio falhar.

A escolha do instrumento para o parto instrumental dependerá das circunstâncias clínicas e da experiência do profissional.

Por ser um procedimento operatório, uma anestesia efetiva deve ser oferecida para a realização de um parto vaginal instrumental.

Se a mulher recusar anestesia ou esta não estiver disponível, realizar um bloqueio de pudendo combinado com anestesia local do períneo durante o parto instrumental.

Orientar a mulher e realizar uma cesariana se o parto vaginal não for possível.

11.7. Cuidados com o períneo

Não se recomenda a massagem perineal durante o segundo período do parto. Considerar aplicação de compressas mornas no períneo no segundo estágio do parto.

Não se recomenda a aplicação de spray de lidocaína para reduzir a dor perineal no segundo período do parto.

Tanto a técnica de 'mãos sobre' (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) quanto a técnica de 'mãos prontas' (com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo.

Se a técnica de 'mãos sobre' for utilizada, controlar a deflexão da cabeça e orientar a mulher para não empurrar nesse momento.

Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo.

Se uma episiotomia for realizada, recomenda-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.

Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia.

11.8. Assistência no terceiro período do parto

Reconhecer que o período imediatamente após o nascimento é um período bastante sensível, quando a mulher e seus acompanhantes vão finalmente conhecer a criança. Assegurar que a assistência e qualquer intervenção que for realizada levem em consideração esse momento, no sentido de minimizar a separação entre mãe e filho.

- O terceiro período do parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas.

- O manejo ativo do terceiro período envolve um pacote de intervenções com os seguintes componentes: uso rotineiro de drogas uterotônicas (ocitocina 10UI IM imediatamente após o nascimento), clampeamento e secção precoce do cordão umbilical e tração controlada do cordão após sinais de separação placentária.

- O manejo fisiológico do terceiro período do parto envolve um pacote de cuidados que inclui os seguintes componentes: sem uso rotineiro de uterotônicos, clampeamento do cordão após parar a pulsação e expulsão da placenta por esforço materno.

Considerar terceiro período prolongado após decorridos 30 minutos de manejo ativo ou 60 minutos de manejo fisiológico.

No caso de placenta retida:

Explicar para a mulher o que está acontecendo e quais serão os procedimentos necessários.

Providenciar um acesso venoso calibroso.

Não usar Ocitocina IV adicional de rotina para desprendimento da placenta.

Usar Ocitocina IV adicional de rotina para desprendimento da placenta, se houver hemorragia.

Realizar exame vaginal minucioso.

Oferecer analgesia para este procedimento e providenciar, se a mulher demandar.

Não realizar remoção manual ou cirúrgica sem analgesia adequada.

Manter observação rigorosa da mulher, com as seguintes avaliações:

- Condição física geral, através da coloração de pele e mucosas, respiração e sensação de bem-estar;
- Perda sanguínea. Se houver hemorragia, retenção placentária, colapso materno ou qualquer outra preocupação quanto ao bem-estar da mulher:
- Solicitar assistência de médico obstetra para assumir o caso se este não for o profissional assistente no momento;
- Instalar acesso venoso calibroso e informar a puérpera sobre a situação e os procedimentos previstos;

Explicar à mulher, antes do parto, as opções de manejo do terceiro período, com os riscos e benefícios de cada uma.

Explicar à mulher que o manejo ativo:

- encurta o terceiro período em comparação com o manejo fisiológico
- está associado a náuseas e vômitos em cerca de 100 mulheres em 1.000
- está associado com um risco aproximado de 13 em 1.000 de uma hemorragia de mais de 1 litro
- está associada com um risco aproximado de 14 em 1.000 de uma transfusão de sangue 153.

Explicar à mulher que o manejo fisiológico:

- está associada a náuseas e vômitos em cerca de 50 mulheres em 1.000
- está associada com um risco aproximado de 29 em 1.000 de uma hemorragia de mais de 1 litro
- está associada com um risco aproximado de 40 em 1.000 de uma transfusão de sangue.

O manejo ativo é recomendado na assistência ao terceiro período do parto, pois está associado com menor risco de hemorragia e transfusão sanguínea.

Se uma mulher com baixo risco de hemorragia pós-parto solicitar manejo expectante, apoiá-la em sua escolha.

Para o manejo ativo administrar 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento da criança, antes do clampeamento e corte do cordão umbilical.

A ocitocina é preferível, pois está associada com menos efeitos colaterais do que a ocitocina associada à ergometrina.

Após a administração de ocitocina, pinçar e seccionar o cordão.

- Não realizar a secção do cordão antes de 1 minuto após o nascimento, a menos que haja necessidade de manobras de ressuscitação neonatal.
- Pinçar o cordão antes de 5 minutos após o nascimento para realizar a tração controlada do cordão como parte do manejo ativo.
- Se uma mulher solicitar o clameamento e secção do cordão após 5 minutos, apoiá-la em sua escolha.

Após a secção do cordão, realizar tração controlada do mesmo.

A tração controlada do cordão, como parte do manejo ativo, só deve ser realizada após administração de ocitocina e sinais de separação da placenta. Documentar o momento do clameamento do cordão tanto no manejo ativo, quanto no manejo expectante.

Mudar do manejo expectante para o manejo ativo se ocorrer:

- Hemorragia
- A placenta não dequitou 1 hora após o parto.

Oferecer o manejo ativo, quando a mulher prefere encurtar o terceiro estágio do trabalho de parto.

Não usar injeção de ocitocina na veia umbilical rotineiramente.

12. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO*

A internação hospitalar deve ocorrer quando o trabalho de parto estiver estabelecido, evitando-se internação na fase de latência do trabalho de parto.

13. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA*

NA

14. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA*

NA

15. FLUXOGRAMAS

NA

16. MONITORAMENTO

NA

17. REFERÊNCIAS

1. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal – CONITEC, Ministério da Saúde, Janeiro 2016.
2. Cordoba A M G et al. Métodos de vigilância fetal intraparto. Femina, Dezembro 2011.
3. Gestação de alto risco – Manual Técnico – Ministério da Saúde, 2010.
4. ACOG Committee Opinion. Number 326, December 2005. Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. Obstet Gynecol. 2005;106(6):1469-70.
5. Liston R, Sawchuck D, Young D. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(9 Suppl 4):S3-56.

18. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	ELABORAÇÃO/REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0	Carolina Loyola Prest Ferrugini Michelle Anne de Oliveira Batista Salgueiro	22/06/2021	Elaboração.

*(*Itens obrigatórios apenas para os Protocolos Assistenciais)*

Elaboração/Revisão Carolina Loyola Prest Ferrugini Michelle Anne de Oliveira Batista Salgueiro	Data: __/__/__
Análise (Chefe do setor/Unidade) Carolina Loyola Prest Ferrugini	Data: __/__/__
Validação NA	Data: __/__/__
Aprovação (Nome, função, assinatura das Gerências Envolvidas) Valéria Valim Cristo Gerente de Atenção à Saúde Aparecida das Graças Carvalho Gomes Divisão de Gestão do Cuidado	Data: __/__/__

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

ANEXO 5 – PROTOCOLO DE INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO



Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

PROT – PROTOCOLO ASSISTENCIAL

PROT/INDPN/003/2018

PROTOCOLO DE INDUÇÃO DO PARTO

ÁREA RESPONSÁVEL: UNIDADE MATERNO-INFANTIL

ABRANGÊNCIA: OBSTETRICIA, ANESTESIOLOGIA

Data Emissão:

Revisão:

Versão:

I. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data	Versão	Descrição	Gestor	Autor/responsável por alterações
7				

II. Objetivo

Facilitar a mudança do modelo de atenção ao parto, favorecendo a redução de cesarianas sem indicação clínica e de possíveis eventos adversos decorrentes de um parto não adequado uniformizando as condutas de indução do parto em pacientes assistidas na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.

III. CONCEITO

É a utilização de métodos que desencadeiam contrações uterinas objetivando o início do trabalho de parto para assegurar o nascimento da criança em um tempo apropriado; quando há indicação fetal ou materna para a descontinuidade da gestação.

IV. DESCRIÇÃO

a) **Classificação Estatística Internacional de Doenças relacionadas à Saúde (CID-10)**

O80.0

b) **Critério de Inclusão**

São indicações para indução do parto:

- Síndromes hipertensivas da gravidez descompensadas.
- Isoimunização RH.
- Morte fetal.

- Rotura prematura das membranas.
- Pós-datismo.
- Diabetes materno.
- Restrição de crescimento fetal.
- Corioamnionite.
- Oligohidramnio.
- Colestase na gestação.

d) Critério de Exclusão

São contra-indicações à indução do parto:

- Incisão corporal uterina prévia (miomectomia ou cesárea corporal)
- Rotura uterina Prévia
- Cicatriz uterina segmentar (02 cesáreas prévias para ocitocina e 1 cesárea prévia para misoprostol ou dinoproston)
- Infecção ativa de herpes genital
- Placenta prévia ou Vasa prévia
- Prolapso de cordão umbilical
- Situação fetal transversa
- Câncer cervical invasor
- Cardiotocografia basal categoria III

e) Conduta

Fatores Prognósticos para Sucesso da Indução

1- Características do colo:

Índice de Bishop (anexo 1): melhor fator para predizer o sucesso quando comparado com Fibronectina fetal ou medida ultrassonográfica do comprimento do colo.

A dilatação cervical é o elemento mais importante no índice de Bishop.

- Bishop \geq 6: Colo favorável (maior chance de parto normal e trabalho de parto mais curto)
- Bishop $<$ 6: Colo desfavorável

Bishop $<$ ou igual 3: colo desfavorável (maior chance de cesárea)

Bishop 4 ou 5: Zona intermediária

2- Início espontâneo do trabalho de parto

- 3- Mulheres multíparas
- 4- Mulheres com gestação à termo
- 5- Presença de amniorrexe
- 6- Mulheres com IMC baixo
- 7- Fetos com menos de 4kg
- 8- Ausência de comorbidades associadas com insuficiência placentária (ex: pré-eclampsia)

Indução em pacientes com Bishop \geq 6:

- Infusão de ocitocina conforme tabela apresentada no anexo 2.

A ocitocina pode ser usada em gestantes com 1 cesárea prévia.

Não iniciar infusão de ocitocina em intervalo inferior a 6 horas após a última dose de misoprostol nas gestantes que tiverem o utilizado para maturação cervical.

Antes de qualquer aumento da dose de ocitocina, as contrações uterinas devem ser avaliadas por palpação ou monitorização eletrônica externa.

A menor dose efetiva possível deve ser usada para prevenir a hiperestimulação uterina.

As contrações uterinas devem ser avaliadas, de preferência, a cada 30 minutos e o BCF a cada 15-30 minutos.

Os dados vitais maternos: pulso, temperatura, PA: avaliados a cada 4 horas

Riscos da ocitocina: alterações da contratilidade uterina (mais de 5 contrações em 10min ou uma contração com mais de 10 minutos), Síndrome de hiperestimulação uterina (alterações da contratilidade uterina com desacelerações e ou anormalidades do BCF), Hiponatremia, Hipotensão.

Falha na indução: Ausência de padrão contrátil eficaz que promova o trabalho de parto após uso de doses máximas de ocitocina por um período de 2 horas .

Indução em pacientes com Bishop $<$ 6

Métodos de amadurecimento do colo uterino:

- 1- Descolamento das membranas**
- 2- Balão intra-cervical/ Sonda de Foley**

Mecanismo de ação: 1- Pressão direta com estiramento do segmento uterino inferior e colo.

2- Liberação local de prostaglandinas.

Contra indicação: amniorrexe, placenta baixa, cervicite.

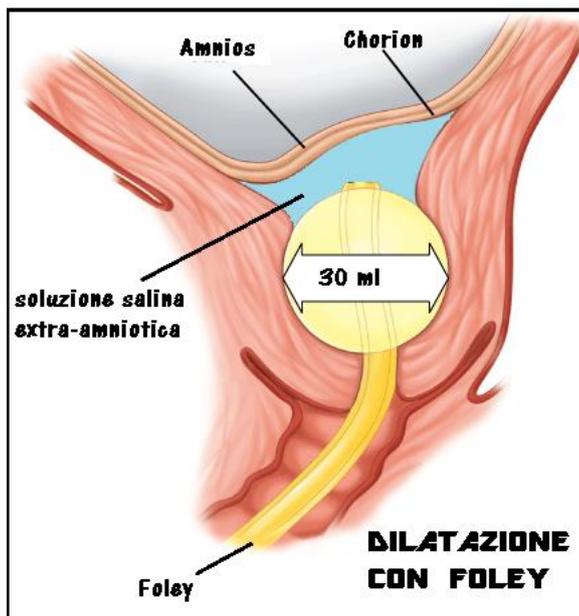
Pode ser feita com ou sem a internação da gestante.

Vantagens: simplicidade, baixo custo, reversibilidade e a ausência de efeitos colaterais graves.

Por se tratar de corpo estranho, poderiam levar à infecção ascendente, porém não há relatos e quaisquer complicações infecciosas na mãe e neonato.

Técnica:

1. Espéculo.
2. Assepsia completa da Vagina e do colo uterino.
3. Sonda Folley 22 (16-24) é inserido na endocérvice e passado acima do nível do orifício interno.
4. O balão é insuflado com 30ml (30 a 60ml) de soro fisiológico.
5. Retirar espéculo.
6. Fixar a sonda com esparadrapo na coxa da paciente (manter sob tração)
7. Após 12h da passagem da sonda, caso não haja queda espontânea do balão, o mesmo deverá ser retirado.



3- Prostaglandinas

3.1- Misoprostol

- Análogo sintético da prostaglandina E1(PGE1).
- Exerce ação direta nos receptores das prostaglandinas, provocando mudanças físico-químicas no colo uterino que favorecem a sua dilatação e estimulam a contração do miométrio.

Dose usual: 25 microgramas a cada 6 horas, com fetos vivos para indução do trabalho de parto.

- Deve ser utilizado até: (o que acontecer primeiro)
 - até um máximo de 6 doses ou
 - até que o colo apresente índice de Bishop > ou igual 6

- ou fase ativa do trabalho de parto – atividade uterina de pelo menos 2 contrações em 10 minutos
- Após cada inserção, monitorizar a atividade uterina e BCF periodicamente (a cada 1 hora).
- Não iniciar ocitocina em menos de 6h após a última dose de Misoprostol.
- Nas gestantes em uso de Misoprostol que atingirem a fase ativa do trabalho de parto, não há necessidade de uso de ocitocina, exceto para outras indicações como necessidades de estimulação na vigência de progresso inadequado.
- O uso de Misoprostol sem sucesso NÃO contra-indica o uso subsequente de outros métodos de tentativa de indução.
- Não utilizar Misoprostol em gestantes com cesárea prévia devido risco aumentado de rotura uterina.
- Durante a indução do trabalho de parto a gestante pode deambular e se alimentar normalmente.
- Contra- indicações: Hepatopatia grave, Coagulopatias, uso de anti-coagulantes, cesariana prévia. Obs: paciente asmática avaliar se há broncoespasmo antes de usar a medicação.

3.2- Dinoprostona.

- É uma Prostaglandina E2.
- As prostaglandinas endógenas responsáveis pelo processo do parto são prostaglandinas E2 e F2alfa.
- Apresentado com um pessário vaginal- 10mg de Dinoprostona.
- Liberação contínua e controlada. Taxa liberaçã0 0,3mg/24 horas.
- Tamanho : 30 x 10 x 0,8mm. Aplicação vaginal (dose única).

Técnica:

1. Prenda firmemente o pessário entre os dedos indicador e médio.
2. Introduzir na vagina usando pequena quantidade de gel aquoso (não usar vaselina).
3. Coloque no fôrnice vaginal posterior, transversalmente. Paciente permanecer deitada por 30 minutos logo após a inserção.
4. Retirada é simples: Manter uma parte da fita para o lado de fora da vagina.

Intervalo de 30 minutos é necessário para início da ocitocina após retirada do pessário.

É necessário remover o pessário nas seguintes situações:

- início do trabalho de parto, independente da condição do colo uterino.

- rotura espontânea ou artificial da membranas.
- qualquer indício de hiperstimulação uterina ou contrações uterinas hipertônicas.
- sofrimento fetal.

Efeitos adversos: náuseas, vômitos, hipotensão e bradicardia.

O uso de anti-inflamatórios não esteroidais, como o ácido acetilsalicílico deve ser interrompida antes do uso.

O dinoprostone não deve ser usado em pacientes com cesárea prévia.

Usar segunda dose de dinoprostona não é recomendada. Pode-se usar outro método.

O pessário deve ser armazenado em temperatura entre 10 a 20 graus Celsius.

Ele pode ser mantido na paciente por no máximo 24 horas.

V. MAPEAMENTO

1. Avaliar Motivo da indução - lembrar que o trabalho de parto espontâneo tem chance maior de parto normal do que qualquer método de indução do trabalho de parto - e avaliar potenciais riscos da indução.
2. Rever a história da gravidez da paciente e história médica para prever fatores de risco no parto e trabalho de parto.
3. Avaliar Idade Gestacional: Lembrar que quanto mais próximo de 40 semanas a indução for realizada, maior a chance de parto normal.
4. Assegurar que paciente e acompanhante estão esclarecidos sobre a forma de indução proposta.
5. Confirmação da apresentação cefálica, se feto vivo.
6. Avaliar adequação pélvica, as condições cervicais pelo escore de Bishop, estado das membranas ovulares e atividade uterina.
7. Apresentar ultrassonografia com Dopplerfluxometria realizada nos 7 últimos dias.
8. Fazer, se disponível, cardiotocografia basal antes do início do processo de indução (não obrigatório).
9. Avaliação de BCF e Atividade uterina a cada 1 hora (anexos 3 e 4).
10. Avaliar PA, FC e temperatura a cada 4 horas.
11. Obrigatoriedade em seguir rigorosamente os horários de inserção ou retirada de qualquer um dos métodos de indução.
12. Tempo máximo de indução: 48 horas.
13. Se houver falha com um determinado método, pode-se optar por um outro método (se não atingir 48 horas desde o início da indução).

Pacientes sem cesariana prévia (Robson 2, 4 ou 10)

- Bishop \geq 6: ocitocina
- Bishop $<$ 6 + Bolsa Rota (BR): Misoprostol.
- Bishop $<$ 6 + Bolsa Inteira (BI): Misoprostol, dinoprostona ou Sonda Foley.

Pacientes com 1 Parto cesárea prévio:

- Bishop \geq 6: ocitocina
- Bishop $<$ 6 + BR + 1 PN anterior ou colo \geq 1cm: ocitocina
- Bishop $<$ 6 + BR + nenhum PN anterior + colo fechado: aguardar latência 12h e caso não inicie TP, avaliar Parto Cesáre.
- Bishop $<$ 6 + BI: Sonda foley por máximo 12h:
 - Trabalho de Parto iniciou?:
 - SIM: acompanhar.
 - NÃO: iniciar infusão de ocitocina.

VI. CUIDADOS ESPECIAIS

São situações especiais de maior cuidado na indução do parto:

- Grande multiparidade (maior que 4 partos)
- Polidramnia
- Gestações múltiplas
- Hipertensão arterial grave
- Diabetes descompensado
- Presença de 1 cicatriz uterina segmentar (caso de ocitocina)
- Indução de conveniência do médico ou da gestante

Indução do parto em pacientes com cesariana prévia

A duração do trabalho de parto mostra-se, em média, com 2 horas a mais, quando se compara a indução em pacientes com cesárea prévia e as que tiveram trabalho de parto espontâneo.

O uso de prostaglandinas não é recomendado em pacientes com cesárea prévia, pois está associado com risco aumentado de rotura uterina.

- Mulheres com colo favorável (Bishop \geq 6): amniotomia + ocitocina.

- Mulheres com colo desfavorável (Bishop < 6): amadurecimento cervical mecânico (sonda folley) acompanhada de ocitocina e amniotomia.

VII. INDICADORES

- Percentual de partos normais no total de pacientes atendidas no HUCAM
- Percentual de partos normais em pacientes Robson 1 a 4 atendidas no HUCAM.

VIII. REFERÊNCIAS

- Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal – CONITEC, Ministério da Saúde, Janeiro 2016.
- Cordoba A M G et al. Métodos de vigilância fetal intraparto. Femina, Dezembro 2011.
- Gestação de alto risco – Manual Técnico – Ministério da Saúde, 2010.
- ACOG Committee Opinion. Number 326, December 2005. Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. Obstet Gynecol. 2005;106(6):1469-70.
- Liston R, Sawchuck D, Young D. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(9 Suppl 4):S3-56.
- Oliveira MGM- tese de mestrado- Rev. Bras. Ginecol. Obst.Vol.25 N.5,June 2003

ANEXO 6 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFES - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CASSIANO
ANTÔNIO DE MORAES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESPIRITO SANTO -
HUCAM/UFES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS VIAS DE PARTO E MÉTODOS DE INDUÇÃO ADOTADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES

Pesquisador: Carolina Loyola Prest Ferrugini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20002019.6.0000.5071

Instituição Proponente: HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO MORAES-HUCAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.768.022

Apresentação do Projeto:

Pesquisadora atendeu as diligências do parecerista modificando o TCLE numa linguagem acessível, clara e transparente ao paciente. Além disso, modificou o conteúdo do TCLE adequando-o ao protocolo do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

NA

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Atendeu às diligências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisadora atendeu as diligências do parecerista modificando o TCLE numa linguagem acessível, clara e transparente ao paciente. Além disso, modificou o conteúdo do TCLE adequando-o ao protocolo do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadora atendeu as diligências do parecerista modificando o TCLE numa linguagem acessível, clara e transparente ao paciente. Além disso, modificou o conteúdo do TCLE adequando-o ao

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355	CEP: 29.043-900
Bairro: Santos Dumont	
UF: ES Município: VITORIA	
Telefone: (27)3335-7326	E-mail: cep@hucam.edu.br

Página 01 de 02

UFES - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CASSIANO
ANTÔNIO DE MORAES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESPIRITO SANTO -
HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 3.768.022

protocolo do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu às diligências.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1385371.pdf	03/12/2019 11:06:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento.docx	03/12/2019 11:06:14	Carolina Loyola Prest Ferrugini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura_PPA.docx	03/07/2019 14:24:07	Carolina Loyola Prest Ferrugini	Aceito
Folha de Rosto	Projeto_PPA_Etica.pdf	03/07/2019 14:19:02	Carolina Loyola Prest Ferrugini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 12 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Claudio Piras
(Coordenador(a))