



ISSN: 2230-9926

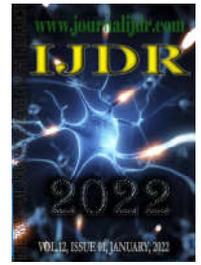
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 01, pp. 53278-53281, January, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.23775.01.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO E SEUS DESFECHOS MATERNS EM GESTANTES DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO LOCALIZADA AO NOROESTE DO ESPÍRITO SANTO

Thalita Cossuol de Souza*¹, Greice Kelly Palmeira Campos², Lívia Bicalho Montebeller Rezende³, Adriene de Freitas Moreno Rodrigues⁴ and Luciano Antonio Rodrigues⁵

¹Residente em Enfermagem Obstétrica, Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC, Av. Fioravante Rossi, 2930, Bairro Martinelli, Colatina-ES; ²Acadêmica de Medicina, Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC, Av. Fioravante Rossi, 2930, Bairro Martinelli, Colatina-ES; ³Acadêmica de Enfermagem, Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC, Av. Fioravante Rossi, 2930, Bairro Martinelli, Colatina-ES; ⁴Mestre, Enfermeira, Professora Universitária, Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC Av. Fioravante Rossi, 2930, Bairro Martinelli, Colatina-ES; ⁵Doutor, Enfermeiro, Professor Universitário, Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC, Av. Fioravante Rossi, 2930, Bairro Martinelli, Colatina-ES, CEP

ARTICLE INFO

Article History:

Received 17th October, 2021

Received in revised form

26th November, 2021

Accepted 11th December, 2021

Published online 28th January, 2022

Key Words:

Trabalho de parto induzido;
Parto normal; Misoprostol;
Índice de apgar.

*Corresponding author:

Thalita Cossuol de Souza

ABSTRACT

A indução do trabalho de parto é realizada através da utilização de métodos ou medicamento com intuito de fazer com que o trabalho de parto tenha início, sendo utilizada quando há indicação. Objetivou-se avaliar os resultados da indução do parto e seus desfechos maternos/fetais. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa realizado com puérperas assistidas em um hospital maternidade de referência no Espírito Santo. Os perfis social e obstétrico, assim como os desfechos maternos e fetais foram coletados nos prontuários e no sistema eletrônico de informações do hospital. Após levantados e tabulados, passaram por análise no Excel para tratamento estatístico e construção dos gráficos. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC. O método mais utilizado para indução do parto foi o misoprostol, corroborando com outras pesquisas. É importante que mais pesquisas sejam realizadas a fim de proporcionar o aprimoramento das condutas obstétricas, o que beneficiará o binômio materno-fetal.

Copyright © 2022, Thalita Cossuol de Souza et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Thalita Cossuol de Souza, Greice Kelly Palmeira Campos, Lívia Bicalho Montebeller Rezende, Adriene de Freitas Moreno Rodrigues and Luciano Antonio Rodrigues. "Indução do trabalho de parto e seus desfechos maternos em gestantes de uma maternidade de alto risco localizada ao noroeste do espírito santo", *International Journal of Development Research*, 12, (01), 53278-53281.

INTRODUCTION

O início do trabalho de parto e parto depende de uma série de processos coordenados e sincronizados, que podem necessitar de ajuda profissional. Em um contexto de respeito aos direitos e desejos das mulheres, da garantia de humanização do parto e nascimento, sobretudo baseado em práticas obstétricas fundamentadas em evidências, a indução do parto é um procedimento que, se bem indicado, pode mudar a realidade, principalmente quanto à realização desnecessária de cesarianas (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016; PFÜTZENREUTER *et al.*, 2019). A indução do parto é um procedimento relativamente comum na prática obstétrica e consiste no desencadeamento artificial de contrações uterinas eficazes antes do

início espontâneo do trabalho de parto em gestantes com idade gestacional maior que 22 semanas (SILVA *et al.*, 2017). É indicada quando os riscos maternos e ou fetais são maiores do que a manutenção da gestação (PFÜTZENREUTER *et al.*, 2019). O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetria (ACOG) recomenda a indução do parto nos casos de: corioamnionite, morte fetal, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia, ruptura das membranas amnióticas, gravidez de ≥ 41 semanas, certas condições maternas (tais como, diabetes mellitus, doenças renais, hipertensão crônica, entre outros) e comprometimento fetal (por exemplo, restrição de crescimento intrauterino [CIUR], isoimunização e oligodramnia (ACOG, 2009). O método ideal depende das condições do processo de maturação cervical, para evitarmos procedimentos prolongados, exaustivos e com riscos de falha na indução e alterações

na contratilidade uterina, elevando-se a incidência de cesárea e aumento na morbidade e mortalidade materna associada a fenômenos hemorrágicos, infecciosos e tromboembólicos (SOUZA *et al.*, 2013; PARO; CATANI, 2019). Entre os métodos mais comumente usados para promover a maturação cervical estão a administração de prostaglandinas, sendo o Misoprostol a mais comum, ocitocina e a sonda de Foley, que sozinhas ou em uma combinação ajudam no processo de maturação do colo uterino e estimulam o parto. O método tradicional para avaliar a maturação do colo do útero antes da indução do parto é o sistema de pontuação cervical descrito por Bishop, conhecido como escore de Bishop (ACOG, 2009; ALMEIDA; ALEXANDRE; JESUS, 2017; PARO; CATANI, 2019). Nesse sentido, incorpora-se a promoção da saúde como princípio norteador, com ênfase especial na melhoria da atenção obstétrica, como sugerido pelo Ministério da Saúde no Brasil, no ano de 2004, através da Lei número 10.745/03. Dentre os diversos pontos contemplados pela Lei, está incluída a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Um dos pontos observados pelo Programa é o monitoramento dos pactos de redução da taxa de cesarianas em hospitais do SUS e da implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, com o objetivo de resgatar a cultura do processo do parto normal como parto natural (BRASIL, 2004; AYRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018). Considerando o processo de gestar e parir um momento peculiar e que remete diversos sentidos na vida da mulher, espera-se identificar se o uso dos métodos de indução ao parto influencia no desfecho materno e fetal, bem como as representações sociais apresentadas pelas puérperas submetidas ao processo de indução. Diante desse pressuposto, o estudo tem como objetivo avaliar os resultados da indução do parto e determinar os desfechos maternos e fetais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal, de abordagem quantitativa realizado com 114 puérperas assistidas em um hospital maternidade de referência no Espírito Santo, que possui salas de parto previamente estruturadas para oferta de indução ao parto. Foram adotados como critérios de inclusão: gestantes submetidas aos métodos de indução ao trabalho de parto, independente da idade gestacional e idade materna, com indicações obstétricas, tais como pós-datismo, diabetes gestacional, síndromes hipertensivas da gestação, ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO), comprometimento fetal (por exemplo, crescimento intrauterino restrito [CIUR] e isoimunização); que utilizassem os métodos de indução relacionados à maturação do colo uterino, como: misoprostol, ocitocina e sonda de foley. Os dados dos desfechos maternos e fetais (tais como: via de parto, quantidade de comprimidos utilizados, duração do trabalho de parto, uso de ocitocina, concomitante, e variáveis como idade materna, paridade, idade gestacional e adaptação da vida extra-uterina através do índice de Apgar) foram coletados nos prontuários e no sistema eletrônico de informações do hospital. As informações foram obtidas por meio de coleta dos dados qualitativos através da aplicação de um formulário semiestruturado, tendo por objetivo identificar os dados sociodemográficos.

Todas as participantes de pesquisa foram convidadas para adesão à pesquisa de forma voluntária, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme determina a Resolução CNS nº 466/12 e 510/2016. No caso das participantes menores de idade (12 a 17 anos) ou legalmente incapazes, os responsáveis foram orientados e se coniventes com a pesquisa assinaram o TCLE, a participante de pesquisa também foi convidada a assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), de acordo com as resoluções supras citadas. Em ambos os documentos as participantes do estudo foram esclarecidas sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitadas em suas singularidades. Iniciando-se a entrevista após autorização formal por meio da assinatura do TCLE e TALE (caso necessário). Com o intuito de manter a privacidade, as participantes foram nomeadas de "Puérpera (01), Puérpera (02)", e assim, sucessivamente, conforme a

quantidade de mulheres que aceitaram participar da pesquisa. E a fim de preservar o caráter espontâneo das falas, os textos não sofreram correções linguísticas/gramaticais. Foram excluídas gestantes submetidas ao processo de indução que não quiseram participar da pesquisa ou que o responsável legal, para as menores de idade, não autorizasse a sua participação. Além de mulheres submetidas à indução do parto devido óbito fetal. Para análise dos resultados, após levantados e tabulados, passaram por análise no Excel para tratamento estatístico e construção dos gráficos. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC), obtendo o certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) número 46570921.9.0000.5062, e parecer aprovado sob o número 4.719.770, atendendo aos critérios concebidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS

Inicialmente caracterizou-se o perfil social e obstétrico das gestantes, seguido da indução do parto e seus desfechos maternos e fetais, por último, análise das representações sociais para as puérperas. As classes de faixa etária das participantes apresentaram os seguintes resultados: 6% possuíam menos de 18 anos, 19% entre 18 e 24 anos, 18% entre 25 e 29 anos, 51% entre 30 e 39 anos, e 16% com 40 anos ou mais. A idade mínima foi de 15 anos e a máxima de 44 anos. A maioria das mulheres afirmou possuir companheiro. Destas, 40% eram casadas, 40% viviam em união estável, 18% eram solteiras e 2% se apresentaram como divorciadas/separadas. Quanto a etnia, 75,4% se declararam pardas, 11,4% pretas, 11,4% brancas e 1,7% amarelas. A respeito do quesito profissional, 4% referiram ser estudantes, 19% afirmaram trabalhar para ajudar prover a renda familiar e 67% se apresentaram como do lar. Quanto ao nível de escolaridade, 3% eram analfabetas, 20% possuíam ensino fundamental incompleto, 6% ensino fundamental completo, 40% ensino médio completo, 22% ensino médio incompleto, 4% superior completo e 4% superior incompleto. Em relação à moradia, 68% residem em área urbana e 32% em área rural. Acerca da crença religiosa, 51% se declararam católicas, 35% protestantes e 14% referiram não possuir crença definida. Observa-se que maior parte das participantes tem religião definida. Quanto ao perfil obstétrico, constatou-se que 45% das gestantes eram primigestas, 24% secundigestas e 31% multigestas. A idade gestacional variou da seguinte forma: 10% tinham menos de 37 semanas, 89% entre 37 e 41 semanas e 1% mais de 41 semanas. Referente ao planejamento da gestação, 22% das entrevistadas afirmaram ter planejado a gravidez atual, enquanto 78% afirmaram o não planejamento, sendo surpreendidas pela gestação.

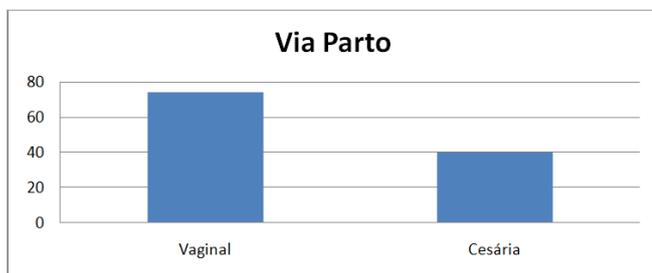
Em relação às consultas de pré-natal, 5% realizaram menos de 6 consultas e 96% realizaram mais de 6 consultas. Sendo que, 91% das participantes utilizaram os serviços públicos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 9% realizaram suas consultas de pré-natal no âmbito particular. Quanto ao risco obstétrico, 67,55% realizaram pré-natal no serviço de alto risco, sendo a Diabetes Gestacional o principal motivo, representando 44% das comorbidades. 32,45% realizaram acompanhamento pré-natal para risco habitual. No que se refere ao método de indução utilizado, 99% das participantes utilizaram o misoprostol como principal método e apenas 1% o método de Krause. A quantidade de comprimidos de misoprostol utilizados variou de 1 a 8 comprimidos, distribuídos da seguinte forma: 1 comprimido (18%), 2 comprimidos (18%), 3 comprimidos (27%), 4 comprimidos (13%), 5 comprimidos (11%), 6 comprimidos (10%), 8 comprimidos (2%). A ocitocina foi utilizada concomitantemente ao misoprostol em 72% das pacientes. Os motivos que levaram a indicação da indução foram diversos, como apresentado na tabela 01, dentre eles: pós-datismo (6%), DMG (40%), pré-eclâmpsia (2%), Hipertensão arterial crônica (10%), trabalho de parto latente (4%), rotura prematura das membranas (15%), CIUR (3%), hipotireoidismo (5%), oligodrâmnio (5%), DM (2%), pico pressórico (6%) e 4% representados por plaquetopenia, feto PIG, polidrâmnio e toxoplasmose.



Fonte: Documentos do Hospital e Maternidade São José (HMSJ), 2021

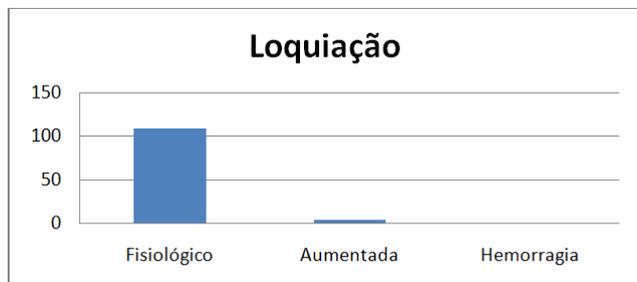
Tabela 1. Motivos que levaram a indicação de indução ao parto

Das 114 participantes entrevistadas, 65% evoluíram para parto normal e 35% para cesariana. Em relação aos desfechos maternos, 96% das participantes apresentaram loquiação fisiológica no período de greenberg, 3% apresentou loquiação aumentada em decorrência de hipotonia uterina e 1% hemorragia pós-parto, devido atonia uterina.



Fonte: Documentos do Hospital e Maternidade São José (HMSJ), 2021

Tabela 2. Via de parto após indução



Fonte: Documentos do Hospital e Maternidade São José (HMSJ), 2021.

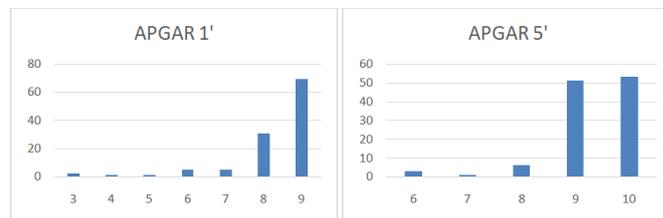
Tabela 3. Loquiação no pós-parto

Referente aos desfechos fetais, 91% dos recém-nascidos (RN) não necessitou de reanimação após o nascimento, enquanto 9% passaram por algum procedimento de reanimação neonatal. A maioria dos RNs (97%) foi encaminhada para o alojamento conjunto após o nascimento, 3% necessitaram ir para UTIN, afim de receber cuidados intensivos. O índice de apgar no 1º minuto variou da seguinte forma: 9 (61%), 8 (27%), 7 (4%), 6 (4%), 5 e 4 (1%) e 3 (2%). Enquanto o apgar do 5º minuto foi: 10 (46%), 9 (45%), 8 (5%), 7 (1%) e 6 (3%).

DISCUSSÃO

Quanto ao método de indução utilizado, 99% das participantes utilizaram o misoprostol como principal método e apenas 1% o método de Krause. Já havia sido mencionado por Souza *et al.* (2010) como método amplamente utilizado na atualidade, como prática de indução do parto, tendo sido feito o relato pioneiro de sua utilização em casos de feto vivo em 1991, na Argentina. Em uma revisão sistemática publicada na biblioteca Cochrane, foram incluídos 70 ensaios clínicos utilizando misoprostol vaginal para indução do parto em feto vivo. Cinco pequenos estudos confrontaram o

misoprostol com o placebo, observando-se que o misoprostol se integrou com melhora do amadurecimento cervical. Percebeu-se também redução significativa da necessidade de utilização da ocitocina e maior ocorrência de partos vaginais nas primeiras 24 horas da indução com a utilização do misoprostol. Todavia, encontrou-se uma frequência maior de taquissístolia associada ao seu uso (HOFMEYR; GÜLMEZOGLU, 2009; CUNHA, 2010; NASCIMENTO *et al.*, 2013).



Fonte: Documentos do Hospital e Maternidade São José (HMSJ), 2021.

Tabela 04 e 05. Índice de Apgar no 1º e 5º minutos

A quantidade de comprimidos de misoprostol utilizados variou de 1 a 8 comprimidos, distribuídos da seguinte forma: 1 comprimido (18%), 2 comprimidos (18%), 3 comprimidos (27%), 4 comprimidos (13%), 5 comprimidos (11%), 6 comprimidos (10%), 8 comprimidos (2%). A ocitocina foi utilizada concomitantemente ao misoprostol em 72% das pacientes. Kelly e Tan (2009) relatam que apesar de poder ser utilizada isoladamente, em combinação com amniotomia ou depois do amadurecimento cervical com outro agente, genericamente, sugere-se que a ocitocina seja usada em conjunto com outro método ou agente que amadureça o colo uterino, aumentando assim a chance de sucesso da indução do parto. Os motivos que levaram a indicação da indução foram diversos, dentre eles: pós-datismo (6%), Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) (40%), pré-eclâmpsia (2%), Hipertensão arterial crônica (10%), trabalho de parto latente (4%), rotura prematura das membranas (15%), Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) (3%), hipotireoidismo (5%), oligodrâmnio (5%), Diabetes Mellitus (DM) (2%), pico pressórico (6%) e 4% representados por plaquetopenia, feto PIG, polidrâmnio e toxoplasmose. Tais achados corroboram com Mozurkewich *et al.* (2009); Boulvain *et al.* (2009) e ACOG (2009), os quais indicam como motivos de indicação para o trabalho de parto: gestação prolongada, ruptura prematura das membranas a termo, macrossomia, oligodrâmnio, diabetes gestacional com uso de insulina, pré-eclâmpsia leve no termo, etc. Das 114 participantes entrevistadas, 65% evoluíram para parto normal e 35% para cesariana. Resultado semelhante ao estudo apresentado por Scapin *et al.* (2018) que compararam o método de indução em relação ao desfecho de parto vaginal, percebendo-se que foi estatisticamente significativo, uma vez que o Misoprostol foi o método utilizado que mais resultou em parto vaginal. Referente aos desfechos fetais, 91% dos recém-nascidos (RN) não necessitou de reanimação após o nascimento, enquanto 9% passou por algum procedimento de reanimação neonatal. A maioria dos RNs (97%) foram encaminhados para o alojamento conjunto após o nascimento, 3% necessitaram ir para UTIN, a fim de receber cuidados intensivos, resultado inferior quando comparado ao estudo de Scapin *et al.* (2018) em que 6,5% tiveram como destino a UTIN. O índice de apgar no 1º minuto variou da seguinte forma: 9 (61%), 8 (27%), 7 (4%), 6 (4%), 5 e 4 (1%) e 3 (2%). Enquanto o apgar do 5º minuto foi: 10 (46%), 9 (45%), 8 (5%), 7 (1%) e 6 (3%). Resultados semelhantes e favoráveis foram apresentados no estudo de Scapin *et al.* (2018) em que 91,2% dos recém-nascidos apresentaram apgar maior ou igual a 7 no primeiro minuto, demonstrando a qualidade da assistência ao parto e, consequentemente, as condições favoráveis de vitalidade dos recém-nascidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente é necessário salientar que a indução do trabalho de parto é uma tendência da atualidade e importante estratégia para a redução

dos seus altos índices de cesarianas. o método mais utilizado para indução do parto foi o misoprostol, garantindo maior taxa de parto vaginal, proporcionando boa vitalidade para o neonato. Nos resta admitir que os resultados corroboram com outras pesquisas, além disso, alguns dos dados foram comparados com dados internacionais, uma vez há poucos estudos sobre indução de parto e seus desfechos na realidade brasileira. Dessa forma, é importante que mais pesquisas sejam realizadas a fim de proporcionar o aprimoramento das condutas obstétricas, o que beneficiará o binômio materno-fetal.

REFERÊNCIAS

- ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Response to Searle, s drug wording on misoprostol. ACOG committee opinion, n. 248. Washington, D: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2000.
- ACOG. Committee on Practice Bulletins. Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 107: induction of labor. *ObstetGynecol.* v.114, n. 2, p.386-397, 2009. Acesso em: 15 abr. 2021.
- AYRES, L. F. A.; HENRIQUES, B. D.; AMORIM, W. M. de. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3525- 3534, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/vzyCnXjcGvpySDMVqVCfXG/?format=pdf>>. Acesso em: 18 set. 2021.
- BOULVAIN M., KELLY A. J., IRION O. Intracervical prostaglandins for induction of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2009. Oxford: Update Software.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atenca_o_mulher.pdf> Acesso em: 25 set. 2021.
- CUNHA, A. A.. Indução do trabalho de parto com feto vivo. *Femina*, v. 38, n. 9, p. 469-480, 2010. Disponível: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a469-480.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2021.
- HOFMEYR, G.J.; GÜLMEZOGLU, A. M. . Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Systematic Review. *The Cochrane Library*, v.1, 2009. Oxford: Update Software. Disponível em:<<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2008.02065.x>>. Acessoem: 21 nov. 2021.
- KELLY, A.J., TAN, B. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour.Cochrane Review. *The Cochrane Library*, v. 1, 2009. Oxford: Update Software. Acesso em: 23nov. 2021.
- NASCIMENTO, M. I. et al. Misoprostol use under routine conditions for termination of pregnancies with intrauterine fetal death. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 59, n. 4, p. 354–359, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/xCPvGJyXx6pb4YvxWpQPD8K/?format=pdf&lang=en>>. Acessoem: 20 dez. 2021.
- PARO, H. B. M. S.; CATANI, R. R.. Indução do trabalho de parto em mulheres com ou sem cesárea anterior: Protocolo Assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia.Uberlândia:EDUFU, 2019.
- PFÜTZENREUTER, G. R. et al. Fatores associados à cesárea intraparto em mulheres submetidas a indução do parto. *Revista brasileira de ginecologia e obstetria : revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria*, v. 41. n. 6, p. 363–370, 2019. Disponível em: <<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0039-1688966.pdf>> . Acesso em: 15 abr. 2021.
- RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R. H. S.. Deciding the route of delivery in Brazil: themes and trends in public health production.*Texto Contexto Enferm*, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/f9Cr3bm5ySPMNGvWZTr4IVs/?format=pdf&lang=en>> Acesso em: 13 set. 2021.
- SCAPIN, S. Q. et al. Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. *Texto Contexto Enferm*, v. 27, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/cCpfS7xth6BTZK5h4cRdwq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 mar. 2021.
- SILVA, T. A. G. et al. Indução de parto utilizando misoprostol em um hospital terciário no sudeste do Brasil. *Revista brasileira de ginecologia e obstetria: Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria*, v. 39, n. 10, p. 523–528, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/8Z8sjVD96vcnww6khNC4tKn/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- SOUZA, A. S. R. et al. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Femina*, v. 38, n. 4, p. 185-194, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2021.
- SOUZA, G. N. et al. Métodos de indução do trabalho de parto. *Femina*, v. 41, n. 1, p. 47-54, 2013. Disponível: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3781.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2021.
- VICENTE, I. G., CAMPOS, G. K. P. ., RODRIGUES, A. de F. M. ., & RODRIGUES , L. A. . (2020). Representação social dos métodos não-farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(69), 8159–8168. Recuperado de <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1904>
