



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GRAZIANI IZIDORO FERREIRA

**BIOÉTICA E CUIDADOS PERINATAIS OFERTADOS ÀS PARTURIENTES
DE RISCO HABITUAL: SUBSÍDIOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**BRASÍLIA
2021**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GRAZIANI IZIDORO FERREIRA

**BIOÉTICA E CUIDADOS PERINATAIS OFERTADOS ÀS PARTURIENTES
DE RISCO HABITUAL: SUBSÍDIOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologias em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão dos sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dirce Bellezi Guilhem
(UnB)

Coorientador: Prof. Dr. César Messias de Oliveira (UCL)

BRASÍLIA
2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

GRAZIANI IZIDORO FERREIRA

BIOÉTICA E CUIDADOS PERINATAIS OFERTADOS ÀS PARTURIENTES DE RISCO HABITUAL: SUBSÍDIOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília. Linha de Pesquisa: Gestão dos sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

Banca Examinadora

Prof.^aDr.^a Dirce Bellezi Guilhem

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Presidente

Prof.^a Dr.^a Fernanda Souza e Silva Garcia.

Instituto Euro Americano de Educação, Ciência e Tecnologia – UNIEURO e
Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).
Membro Efetivo

Prof.^a Dr.^a Flavia Caselli Pacheco Ludolfo

Ministério da Saúde – Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)
Membro Efetivo

Prof.^aDr.^a Alecssandra de Fátima Silva Viduedo

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Departamento de Enfermagem
Membro Efetivo

Prof.^aDr.^a Manuela Costa Melo

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Secretaria de Saúde do Distrito Federal
(SES/DF)

Dedico

*À Deus, em especial aos meus, pai, mãe (in memoriam), irmão,
minha família de coração e aos amigos que estiveram ao meu
lado me apoiando nesta fase de vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo presente do aprendizado, conhecimento e crescimento profissional! Minha à minha família, meu pai, meu irmão, a quem tanto amo, cujo apoio é sempre fundamental! Minha orientadora, pela pessoa maravilhosa que me adotou como filha, me incluiu em sua família, me apoiou imensuravelmente em tantos aspectos da minha vida, pelas oportunidades que me proporcionou, pelo exemplo de pessoa e profissional, por tantos ensinamentos, sem ela nada disso seria possível. Meu coorientador, pessoa incrível que me recebeu na UCL e aceitou ser meu orientador, me ajudando em todas as etapas.

Meus irmãos que Deus me deu de presente, Lucas e Luciana, obrigada por tudo! Minha amiga-irmã, Mariana que orou comigo e me apoiou durante todos esses anos. A tia Dulce, pelas orações, pelo apoio, pelas ligações para saber se eu estava bem ou precisava de algo. Minhas amigas Euni, Talita e Fernanda que tanto me apoiaram na fase final de desenvolvimento deste trabalho. Minha amiga, Myriam que mesmo distante fisicamente, manteve seu cuidado e orações para comigo.

Aos meus colegas e amigos de trabalho do Centro de Pesquisa do HBDF, Thays, Márcia, Amanda e Fred, agradeço imensamente pelo apoio em momentos fundamentais para concretização desta tese, em especial, minhas chefes Amanda e Cida, não apenas pelo apoio, mas pelo auxílio e compreensão.

Aos meus amigos minha gratidão pela paciência, compreensão pelas minhas ausências, apoio, palavras de motivação e ânimo, Deus me agraciou com tantos, difícil nomear a todos. Aos gatinhos, Babaloo, Chan (*in memorian*), Zoe, Steve e Danny que me alegraram, foram minha companhia e consolo em muitos momentos difíceis.

À Universidade de Brasília e o Departamento de Enfermagem que me proporcionaram a oportunidade de conhecer profissionais e colegas incríveis, como meus amigos Laíse e Johnata. À CAPES pelo auxílio financeiro que foi fundamental para concretização desse sonho. A FAP-DF, que concedeu o suporte financeiro para o desenvolvimento deste estudo e pela bolsa de visita técnica à University College London no decorrer do estudo. Gratidão!!

TRAJETÓRIA PESSOAL E MOTIVAÇÃO PARA PESQUISA

Minha trajetória profissional foi marcada por muitos desafios e obstáculos. Durante muito tempo tive dificuldades para decidir qual caminho seguir dentro da profissão que escolhi, a enfermagem.

A enfermagem foi uma profissão escolhida por um condicionante de saúde de minha mãe que necessitava de internações hospitalares e cuidados diários. Posso dizer, que meu irmão e eu fomos criados dentro do ambiente hospitalar, onde passamos nossos dias das mães, dos pais, das crianças, páscoa, natal e ano novo. E foi assim por muitos anos. Os cuidados das enfermeiras e técnicas de enfermagem para com a minha mãe me faziam cada dia mais admirar essa profissão.

Infelizmente, portadora de uma doença com características raras e não diagnosticada, minha mãe não teve uma boa evolução no decorrer dos anos, sendo assim, cada ano que passava ela se tornava mais debilitada e dependente. Foi então, que no ensino médio eu decidi que faria medicina para tentar descobrir sua doença, o que não foi possível pelas nossas condições financeiras que pioravam cada vez mais pela necessidade de cuidados, medicamentos e cirurgias.

Foi então, que optei pelo curso de auxiliar de enfermagem para saber se eu realmente conseguiria gostar dessa área e com os conhecimentos poderia ajudar nos cuidados com a minha mãe. Após minha formatura, trabalhei por cinco anos em uma clínica de gastroenterologia, estudava a noite a graduação em enfermagem e cuidava da minha mãe.

Dormia pouco, sempre estava trabalhando ou estudando ou com os cuidados para minha mãe e a casa. Mas, não desisti! Depois de trancar a faculdade por algumas vezes devido a cirurgias de emergência da minha mãe, no ano de 2011, sete anos depois de ter iniciado a graduação, pude concluí-la e minha mãe estava comigo na colação de grau para comemorarmos essa vitória.

No final da graduação, trabalhei como estagiária na Coordenação do curso de graduação em Medicina na Universidade Federal de São Carlos, onde conheci a pessoa que influenciou fortemente a seguir a área de obstetrícia. Meu chefe,

professor da área de saúde da mulher, muito inteligente, falava sempre acerca da assistencialista área, tinha vários livros em sua sala e por meio dele, vi a oportunidade de me afastar do sofrimento e dor constantes da assistência hospitalar e ingressar no mundo do parto e nascimento. Afinal, salvo em complicações, as maternidades são cheias de vida e o choro, em sua grande maioria, é de alegria.

Foi então, que decidi que queria seguir carreira acadêmica e quem sabe um dia me tornaria professora universitária como aquele professor. Em 2012, me preparei, cursei disciplinas como aluna especial e participei do processo seletivo, com o resultado mais esperado, a aprovação. Mal podia acreditar, pois minha mãe estava há meses internada e elaborei o projeto, estudei para prova escrita e de inglês, tudo dentro do hospital com ela, eu não tinha condições físicas ou mentais para ter passado naquela prova, por isso sempre atribuo esta vitória como um milagre de Deus para mim.

Infelizmente, minha mãe não voltou para casa desta vez, iniciei meu curso de pós-graduação sem seu apoio e sua presença, o que para mim foi bem difícil. Mesmo assim, com as bênçãos de Deus, a união da minha família (pai e irmão), o cuidado dos meus amigos (e foram muitos...) e o apoio da minha orientadora me deram forças para concluir mais aquela etapa da minha vida.

A defesa do mestrado foi em 2015, em seguida não consegui trabalho, a bolsa de apoio da CAPES havia acabado. Muitas vagas para enfermeiro surgiram na Santa Casa, mas eu mal conseguia colocar os pés no hospital. A última estada da minha mãe por lá foi traumatizante para mim, além de filha e acompanhante, precisei prestar todo cuidado de enfermagem, pois a equipe possuía lacunas na formação, sendo um período ainda mais desgastante para mim.

O que fazer? Uma enfermeira que não consegue andar ao menos na calçada do hospital “sem tremer da cabeça aos pés”, como trabalhar na área, no único hospital da cidade?

Decidi procurar outro emprego e fui trabalhar como assistente administrativo em uma administradora de condomínios. Lá aprendi muitas coisas novas, mas minha carreira na enfermagem estava ficando para trás. Tentei prestar o doutorado na USP, mas não passei na prova de inglês que era mais rigorosa. Foi quando Deus, enviou uma pessoa maravilhosa que me convidou para me mudar para Brasília e prestar o doutorado na UnB.

No início, fiquei com medo, preocupada com meu pai, 800 km de casa, sem conhecer quase ninguém, a não ser esta família incrível que me adotou. Meu pai e meu irmão me deram todo suporte para que eu me mudasse.

Comecei cursando disciplinas como aluna especial no primeiro semestre, participei do processo seletivo e fui aprovada. Após, dois anos de cursando o doutorado, participei de um processo seletivo para docente em uma faculdade privada do DF e passei. Assim, meu sonho de um dia ser professora universitária como meu supervisor de estágio anos atrás, começava a se concretizar.

Assumi a coordenação de estágio e poucas aulas, aos poucos fui adquirindo experiência e muito aprendizado. O salário me permitiu ajudar minha família financeiramente e a realizar sonhos que estavam guardados no fundo do Baú, sonhos simples, como levar meu pai e meu irmão para jantar em um restaurante. Nestes anos do doutorado, além da oportunidade de trabalhar na docência, recebi muitas outras bênçãos, pude viajar para uma visita técnica em Londres por três semanas, pude conhecer outros países, participar de congressos internacionais, conhecer profissionais, pesquisadores e professores maravilhosos, realizar dois cursos de especialização, em Ginecologia e Obstetrícia e Gestão em Políticas Públicas, além de vários cursos e disciplinas em metodologia científica que me permitiram crescer como pesquisador júnior.

Atualmente, trabalho como enfermeira especialista em pesquisa na coordenação de estudos clínicos patrocinados por renomadas empresas farmacêuticas e fabricantes de dispositivos médicos no centro de pesquisa do Hospital de Base do Distrito Federal. Trabalho como enfermeira de pesquisa clínica domiciliar para uma empresa inglesa, *Medical Research Network Limited*. Ainda trabalho como docente nas disciplinas de saúde da mulher, saúde da família e políticas públicas, oriento trabalhos de conclusão de curso e iniciação científica. Faço parte do conselho científico do IGESDF e do corpo editorial da revista Saúde e Inovação, revisora *ad hoc* da Revista Comunicação em Ciências da Saúde e do Ministério da Saúde. E, neste momento, vivo a concretização do sonho de finalizar meu curso de pós-graduação em enfermagem, o doutorado. Sou grata a Deus por minha trajetória pessoal e profissional que construíram a pessoa que sou hoje e me molda a cada dia para me tornar uma melhor pessoa, filha, amiga, professora, enfermeira, pesquisadora, profissional...

SUMÁRIO

RESUMO.....	11
ABSTRACT	12
RESUMEN	13
ORGANOGRAMA DE APRESENTAÇÃO DA TESE	15
INTRODUÇÃO.....	17
OBJETIVOS.....	21
REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
Indução do Parto.....	24
O Enfermeiro e a Assistência Ao Parto.....	29
Bioética e Direitos Humanos.....	35
MÉTODO	42
RESULTADOS	45
Bioethics in childbirth care: a scoping review protocol	57
Bioethical implications in birth care: a scoping review.....	88
Effects of labor induction on perinatal outcomes in a low-risk maternity.....	94
Autonomia da parturiente no contexto da assistência ao trabalho de parto induzido: estudo transversal.....	118
CONTRIBUIÇÕES PARA SOCIEDADE	132
CONCLUSÕES	151
REFERÊNCIAS	154
Anexos.....	163

RESUMO

Introdução. Organização Mundial da Saúde aponta que aproximadamente 25% das mulheres no Reino Unido, Europa e Estados Unidos são submetidas a procedimentos de indução do parto, mas para que os benefícios superem os danos a indução deve ser bem indicada e seguir as recomendações para realização do procedimento. No Brasil, não temos um indicador de prevalência para estimar em âmbito nacional a prevalência do parto, os dados levantados pelo DATASUS são referentes apenas ao tipo de parto. **Objetivo.** O principal objetivo do estudo foi compreender os aspectos clínicos, assistenciais e bioéticos envolvendo a indução do parto e os resultados perinatais em maternidade de baixo risco no Distrito Federal. **Metodologia.** O estudo foi composto por uma Revisão de Escopo, um estudo epidemiológico do tipo Coorte, um estudo transversal descritivo e a elaboração de uma cartilha educativa. **Resultados.** Serão apresentados por meio de 4 artigos produzidos no decorrer do estudo. Os resultados demonstraram que quando usada de maneira adequada, a indução do parto tem um risco diminuído de cesariana em comparação ao tratamento expectante e nenhum risco de morte materna. Apontaram que ações realizadas durante o parto e que cuidados que não estejam baseadas na bioética deixam de proporcionar experiências satisfatórias de parto para as mulheres. Observou-se que os direitos humanos fundamentais ou os princípios de autonomia, beneficência e não maleficência, frequentemente deixam de ser considerados no processo de atenção às parturientes e neonatos. A indução no parto, no estudo de coorte demonstrou ter associação com complicações maternas e está relacionada ao desfecho do parto: cesárea e a frequência cardíaca do recém-nascido alterada após o nascimento. Por outro lado, não há associação entre a indução, o APGAR e risco de complicações ao neonato com necessária internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo). **Conclusões:** Os achados permitiram concluir que na revisão de escopo e no estudo epidemiológico que a melhor estratégia para melhorar os resultados maternos e neonatais e a prevenção de complicações durante o parto e nascimento está relacionada à prática assistencial. O profissional de saúde que assiste o parto parece ser o fator determinante para o surgimento de iniquidades no cuidado, abuso de intervenções desnecessárias, maus tratos e falta de ética profissional, desrespeitando os direitos humanos da mulher no

parto. A indução do parto se mostrou, quando necessária e adequadamente indicada, como intervenção de menor complexidade e risco para mulher.

Palavras-chave: Assistência perinatal; Trabalho de parto induzido; Cesárea; Parto normal; Bioética;

ABSTRACT

Introduction. The World Health Organization points out that approximately 25% of women in the United Kingdom, Europe and the United States undergo labor induction procedures, but for the benefits to outweigh the harm, induction must be well indicated and follow the recommendations for performing the procedure. In Brazil, we do not have a prevalence indicator to estimate the prevalence of childbirth at the national level, the data collected by DATASUS refer only to the type of childbirth. **Objective.** The main objective of the study was to understand the clinical, care and bioethical aspects involving labor induction and perinatal outcomes in a low-risk maternity hospital in the Federal District. **Methodology.** The study consisted of a Scope Review, an epidemiological study of the cohort type, a cross-sectional descriptive study and the elaboration of an educational booklet. **Results.** They will be presented through 4 articles produced during the study. The results demonstrated that when used properly, induction of labor has a decreased risk of cesarean section compared to expectant treatment and no risk of maternal death. They pointed out that actions performed during childbirth and care that are not based on bioethics fail to provide satisfactory childbirth experiences for women. It was observed that fundamental human rights or the principles of autonomy, beneficence and non-maleficence are often not considered in the care process for parturients and newborns. The induction of labor, in the cohort study, showed an association with maternal complications and is related to the delivery outcome: cesarean section and the newborn's heart rate altered after birth. On the other hand, there is no association between induction, APGAR and risk of complications in the newborn with the necessary hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). **Conclusions:** The findings allowed us to conclude that in the scope review and in the epidemiological study, the best strategy to improve maternal and neonatal outcomes and the prevention of complications during labor and birth is related to care practice. The health professional who attends the birth seems to be the

determining factor for the emergence of inequities in care, abuse of unnecessary interventions, abuse and lack of professional ethics, disrespecting the human rights of women during childbirth. Induction of labor was shown, when necessary and appropriately indicated, as a less complex and less risky intervention for women.

Keywords: Perinatal care; Induced labor; Cesarean section; Normal birth; Bioethics;

RESUMEN

Introducción. La Organización Mundial de la Salud señala que aproximadamente el 25% de las mujeres en el Reino Unido, Europa y Estados Unidos se someten a procedimientos de inducción del parto, pero para que los beneficios superen el daño, la inducción debe estar bien indicada y seguir las recomendaciones para realizar el procedimiento. En Brasil, no tenemos un indicador de prevalencia para estimar la prevalencia del parto a nivel nacional, los datos recolectados por DATASUS se refieren solo al tipo de parto. **Objetivo.** El objetivo principal del estudio fue conocer los aspectos clínicos, asistenciales y bioéticos relacionados con la inducción del trabajo de parto y los resultados perinatales en una maternidad de bajo riesgo del Distrito Federal. **Metodología.** El estudio consistió en una Revisión de Alcance, un estudio epidemiológico de tipo cohorte, un estudio descriptivo transversal y la elaboración de un folleto educativo. **Resultados.** Se presentarán a través de 4 artículos producidos durante el estudio. Los resultados demostraron que cuando se usa correctamente, la inducción del trabajo de parto tiene un menor riesgo de cesárea en comparación con el tratamiento expectante y ningún riesgo de muerte materna. Señalaron que las acciones realizadas durante el parto y los cuidados que no se basan en la bioética no logran brindar experiencias de parto satisfactorias para las mujeres. Se observó que los derechos humanos fundamentales o los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia muchas veces no se consideran en el proceso de atención a parturientas y recién nacidos. La inducción del trabajo de parto, en el estudio de cohorte, mostró una asociación con las complicaciones maternas y está relacionada con el resultado del parto: la cesárea y la frecuencia cardíaca del recién nacido alterada después del nacimiento. Por otro lado, no existe asociación entre inducción, APGAR y riesgo de complicaciones para el recién nacido con la necesaria hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos

Neonatales (UCIN). **Conclusiones:** Los hallazgos permitieron concluir que en la revisión de alcance y en el estudio epidemiológico, la mejor estrategia para mejorar los resultados maternos y neonatales y la prevención de complicaciones durante el trabajo de parto y el parto está relacionada con la práctica asistencial. El profesional de la salud que atiende el parto parece ser el factor determinante para la aparición de inequidades en la atención, abuso de intervenciones innecesarias, abuso y falta de ética profesional, irrespetando los derechos humanos de la mujer durante el parto. La inducción del trabajo de parto se demostró, cuando fue necesaria y debidamente indicada, como una intervención menos compleja y riesgosa para las mujeres.

Palabras-clave: Atención perinatal; Trabajo inducido; Cesárea; Parto normal; Bioética;

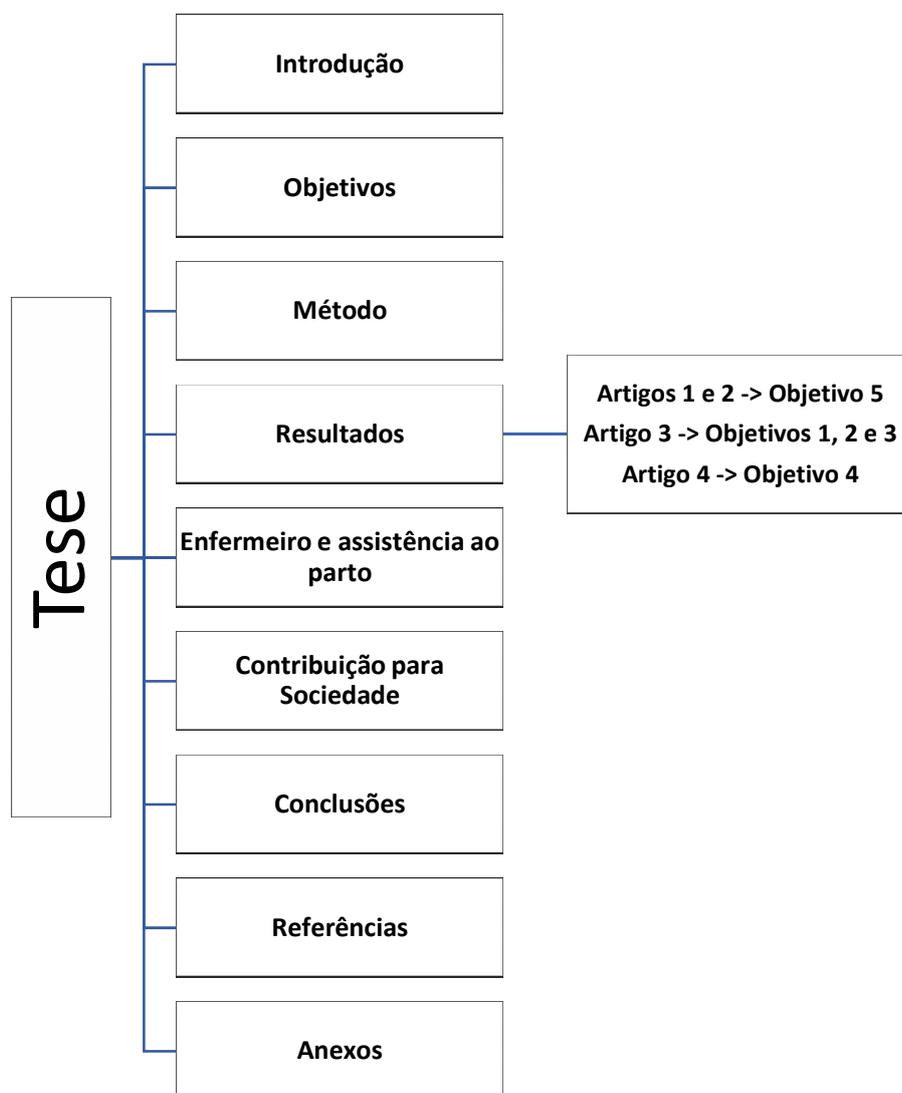


Organograma de apresentação da tese

ORGANOGRAMA DE APRESENTAÇÃO DA TESE

A figura abaixo apresenta o organograma estrutural do estudo realizado. Tem por objetivo descrever os componentes desta tese e demonstrar as relações entre as seções da pesquisa. Toda a estrutura aponta para o tema principal do estudo a indução do parto e sua associação com os desfechos perinatais nas perspectivas assistencial, epidemiológica e bioética. No esquema é possível observar a relação entre os objetivos e os artigos elaborados e que são apresentados nos resultados.

Figura 1 – Organograma de Apresentação da Tese: Efeitos da indução do parto nos desfechos perinatais em maternidade de baixo risco no distrito federal: subsídios para o SUS, Brasília: 2021.



Fonte: Elaborada pela autora.



Introdução

1. Introdução

No século XXI, intensificou-se a busca dos profissionais de saúde, pesquisadores, elaboradores de políticas públicas, mulheres e movimentos sociais para prevenção e redução da morbimortalidade materna e neonatal (OMS, 2018). No ano 2000, a declaração do milênio, propôs oito objetivos de desenvolvimento a serem cumpridos até o ano de 2015. O quinto objetivo consistia na redução da mortalidade materna em dois terços no período estabelecido (OMS, 2015).

No entanto, nesse período 10,7 milhões de mulheres morreram por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto (ALKEMA et al., 2015). No Brasil, o objetivo, assim como em muitos outros países, não foi alcançado, sendo reestabelecido o pacto e incluído nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável com novo prazo estipulado para 2030 (ONU, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, tal objetivo apenas será alcançado a partir da elaboração de recomendações clínicas, formulação políticas públicas informadas por evidências, bem como o respeito aos direitos da mulher durante o processo do parto e nascimento, além de tratar as desigualdades que intensificam as morbimortalidades maternas (OMS, 2018). Para que as políticas públicas possam atender as necessidades da população devem ser elaboradas a partir de evidências sólidas fornecidas pelas pesquisas científicas. A ciência gera conhecimento fundamental para formulação e a implementação de políticas mais eficazes em diversas áreas, incluindo-se a saúde, propiciando equidade e melhor qualidade de vida à população.

As políticas públicas baseadas em evidências tornaram-se, portanto, uma necessidade mundial ainda maior em países e regiões cujos recursos são insuficientes e as decisões devem ser precisas. Nesse contexto, a interação entre pesquisadores e usuários do conhecimento pode potencializar a utilização de evidências, por meio da troca de experiências e conhecimentos, com foco na resolução do problema identificado (OLIVEIRA et al 2020).

Em se tratando dos índices relacionados às morbimortalidades maternas, no Brasil, os setores público e privado juntos atingiram o índice de aproximadamente 56 % cesáreas e coeficiente de mortalidade materna de 83,4/100mil nascidos vivos no ano de 2018 (DATASUS, 2018).

As taxas de cesárea demonstram ter forte associação com as taxas de mortalidade materna e neonatal, quanto maior o índice de cesáreas em uma determinada

região maiores as taxas de morbimortalidade. A cesárea desnecessária pode causar complicações e levar a morbimortalidades, principalmente em regiões com pouca ou nenhuma infraestrutura para realizá-las ou tratar suas complicações (OMS, 2015).

O trabalho de parto prolongado é importante causa de morbimortalidade perinatal relacionada a contrações uterinas ineficientes, apresentação fetal inadequada ou outras distócias. Assim, as dificuldades em progredir o trabalho de parto tornaram-se principais indicações para cesárea, mais comum em primíparas (RYDHAL; ERIKSEN; JUHL, 2019).

Nesse sentido, têm-se preocupado se a cesárea tem sido proposta muito cedo sem explorar outras intervenções menos invasivas que poderia levar ao parto vaginal. Por outro lado, o uso inadequado de intervenções desnecessárias pode causar danos clínicos e prejudicar a autonomia e dignidade das mulheres e sua experiência de parto (OMS, 2015). A assistência requer orientação baseada em evidência para selecionar, adequadamente, como e quando intervir no processo do nascimento (OMS, 2014).

Tendo em vista a importância da diminuição do coeficiente de mortalidade materna e neonatal, a OMS tem lançado guias e recomendações alicerçados em evidências científicas atuais quanto ao manejo do trabalho de parto e parto, boas práticas assistenciais e indicações para indução do parto e realização de cesáreas (OMS, 2014, 2018).

No Brasil, foram originados programas e diretrizes nacionais para condução do parto e nascimento. Em 2011, foi criada a Rede Cegonha com objetivo de efetivar um novo modelo assistencial maternoinfantil tendo como cerne à atenção ao parto, nascimento e crescimento/desenvolvimento da criança até dois anos de idade. Além disso, busca-se garantir o acesso, o acolhimento e a resolutividade nas redes de atenção à saúde para diminuir os índices de mortalidade materna e infantil (LOPES et al, 2019).

A indução do trabalho de parto é uma intervenção comum quando se considera que o nascimento é mais seguro que manter a gestação por mais tempo. Aproximadamente 25% das mulheres no Reino Unido, Europa e Estados Unidos são submetidas a procedimentos de indução do parto. Os procedimentos são medicamentosos ou mecânicos, contudo, não estão isentos de riscos. Para que os benefícios superem os danos a indução deve ser bem indicada e seguir recomendações baseadas em evidências científicas para realização do procedimento (OMS, 2014).

Considerava-se a indução do trabalho de parto um risco para cesárea, contudo, não necessariamente resultará nesse desfecho. No caso de gestantes a termo, não é um

fato absoluto, sendo necessários mais estudos para comprovação desta relação (GROBMAN, 2016).

Há controvérsias na literatura quanto aos riscos e benefícios da intervenção por meio da indução do parto. Para GROBMAN e CAUGHEY (2019), a indução eletiva do parto em 39 semanas entre mulheres nulíparas de baixo risco em comparação a conduta expectante após 39 semanas, foi associada a um risco significativamente menor de parto cesáreo, infecção periparto materna e resultados adversos perinatais, incluindo morbidade respiratória, admissão à unidade de terapia intensiva e mortalidade.

Avanços na tecnologia de produção dos fármacos utilizados para a indução do parto, estudo aponta possibilidade de melhores resultados perinatais e diminuição nas taxas de mortalidade materno infantil, sem aumento do número de cesáreas (MIDDLETON et al, 2020; WALKER et al, 2016; SACCONI; BERGHELLA, 2015).

Contudo, RYDAHL, ERIKSEN e JUHL(2019), em sua revisão sistemática apontam que a indução do parto antes do período pós-termo, ≥ 42 semanas, está associada a poucos resultados benéficos e vários resultados adversos, alertando quanto aos possíveis efeitos iatrogênicos que afetam grande número de mulheres de baixo risco na maternidade contemporânea e por meio de seus resultados, não apoiam o uso de indução de rotina antes de 42 semanas de gestação.

Na última década, observa-se crescente o número de evidências que afirmam melhora ou piora de resultados perinatais maternos e neonatais com a utilização da indução do parto em comparação à conduta expectante. Devido ao observado na literatura e as divergências de resultados, podemos considerar que protocolos, assim como outros fatores locais podem interferir nos resultados positivos ou negativos da indução do parto.

Para tal, este estudo se justifica pela necessidade de compreender melhor nosso perfil local para identificar a melhor assistência que pode ser ofertada à mulher durante o processo parturitivo. Poucos estudos observacionais foram realizados nos últimos anos no Brasil com o intuito de avaliar mais de perto a influência da indução nos resultados perinatais, assim buscou-se compreender mais profundamente nossa realidade, ainda que apenas em uma região, o Distrito Federal.



Objetivos

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O principal objetivo do estudo foi avaliar os aspectos assistenciais, epidemiológicos e bioéticos da indução do parto e sua associação com o desfecho do parto e os resultados perinatais em maternidade de baixo risco.

Objetivos Específicos

1. Identificar se existe associação entre a indução e os desfechos: parto normal ou cesariano;
2. Verificar se existe associação entre indução do parto e os resultados perinatais;
3. Identificar a existência de complicações maternas e neonatais pós-indução do parto.
4. Compreender autonomia da mulher durante o trabalho de parto e parto;
5. Mapear as evidências científicas disponíveis sobre a aplicação dos princípios bioéticos no contexto geral da assistência ao parto.
6. Elaborar protótipo de cartilha para informar mulheres sobre o parto induzido.



Referencial Teórico



Indução do Parto

INDUÇÃO DO PARTO

A Organização Mundial da Saúde define indução do parto como o processo de estimulação artificial do útero para iniciar o trabalho de parto. Os métodos mais utilizados descritos na literatura são a administração de ocitocina ou prostaglandina e a ruptura manual das membranas amnióticas. Em países de alta renda, um em cada quatro nascimentos a termo ocorre através da indução (OMS, 2018).

Gestações que se prolongam além do prazo de nascimento aumentam os riscos de óbito fetal ou morte neonatal, sendo a indução um dos métodos utilizados para levar ao parto mulheres em idade gestacional pós-termo (MIDDLETON et al, 2020). No contexto da humanização do parto e nascimento, cujos direitos da mulher e sua autonomia devem ser respeitados, a indução do parto, quando de acordo com as evidências científicas atuais e possui indicação, deve ser considerada e recomendada (SCAPIN et al, 2018).

Uma revisão Sistemática publicada recentemente comparou os protocolos de conduta expectante e de indução do parto, demonstrando que a utilização dos protocolos de indução do parto após 41 semanas de gestação reduz a incidência de mortes perinatais e diminui as taxas de admissão em unidade de terapia intensiva neonatal (MIDDLETON et al, 2020).

A conduta expectante é considerada uma conduta de espera para o início do trabalho de parto de modo espontâneo por meio do monitoramento materno e fetal. Esse monitoramento pode ser: ausculta dos batimentos cardíacos fetais, ultrassonografia para avaliação do líquido amniótico e cardiotografia (OMS, 2018).

A indução do parto pode ser indicada de modo eletivo ou terapêutico. As indicações eletivas, assemelham-se às cesáreas eletivas, cujo agendamento do procedimento é realizado, sem evidências ou diretrizes quanto à sua necessidade real, gerando maior risco de o resultado não ser conforme esperado, além dos riscos de complicações. A indução do parto terapêutica é realizada quando se torna mais seguro para mãe e feto a interrupção da gestação em detrimento de sua manutenção (SCAPIN et al, 2018).

A indução do parto é classificada como mecânica quando se utilizam manobras e dispositivos para induzir o início do trabalho de parto e farmacológica com o uso de substâncias sintéticas que irão atuar no processo de indução. Dentre os

fármacos mais utilizados na atualidade estão a ocitocina e a prostaglandina, principalmente o Misoprostol (prostaglandina E1). Os métodos mecânicos incluem a utilização de cateteres, como a sonda de *foley*, dilatadores cervicais higroscópicos osmóticos, amniotomia, descolamento das membranas e infusão salina extra amniótica (SCAPIN et al, 2018).

As recomendações da OMS (2018) para indução do parto são:

1. Mulheres com idade gestacional de 41 semanas (> 40 semanas + 7 dias) de gestação confirmadas.
2. Não realizar para gestantes de baixo risco sem complicações com idade gestacional inferior a 41 semanas confirmadas.
3. Não realizar para gestantes com diabetes gestacional antes de 41 semanas.
4. Não realizar para suspeita de macrosomia fetal.
5. Mulheres com ruptura das membranas amnióticas pré-parto quando em gestação a termo, ou seja, acima de 37 semanas.

Estas recomendações não se aplicam quando a idade gestacional não pode ser estimada de forma confiável, pois este fator é determinante para tomada de decisão clínica adequada na condução do parto. O fator decisivo final, na conduta indicada pelo profissional para indução do parto, consiste no consentimento da mulher após o recebimento de informações e esclarecimentos sobre o procedimento, bem como seus riscos e benefícios (OMS, 2018).

É importante destacar que o período de pré-natal e sua assistência específica à gestante é uma oportunidade ímpar para o empoderamento da mulher quanto sua autonomia e decisão durante o trabalho de parto e parto. Diversos estudos

Observando as recomendações para indução do parto, pode-se compreender que as indicações e contra-indicações estão relacionadas ao pós-datismo gestacional e as complicações por patologias maternas, obstétricas ou fetais, cuja necessidade de intervir para o nascimento faz-se maior do que a manutenção da gestação e essas complicações não necessitam de intervenções imediatas, como nos casos de indicação de cesárea.

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG), apoiado pelo Colégio Americano de Enfermeiras Obstétricas (ACNW) recomenda a realização de indução do parto eletiva (ACOG, 2019):

- Gestantes saudáveis que gestam apenas um feto e com idade gestacional de trinta e nove semanas para diminuir o risco de cesárea;
- Gestantes com ruptura de membranas pré-parto a termo que são candidatas a parto vaginal espontâneo.
- Gestantes com ruptura de membranas a termo que são candidatas a parto vaginal espontâneo, podendo manter-se a conduta expectante por 12-24 horas, sendo a decisão conjunta entre a mulher e o profissional de saúde que a assiste.
- Gestantes do grupo positivo para *StreptococcusB*, devem iniciar a profilaxia através da antibioticoterapia, contudo, podem iniciar imediatamente a indução.

Em 2001, foi publicado o manual Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher, pelo Ministério da Saúde do Brasil em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), esse manual incluiu orientações e recomendações sobre a indução do parto no Brasil. Em 2017, foram publicadas as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, contudo a indução do parto não foi abordada.

As orientações quanto à indução do parto no Brasil (BRASIL, 2001), são:

- Recomendável apenas quando indicada, em situações avaliadas pelos profissionais e mantendo o respeito a autonomia da mulher.
- Alerta: os resultados materno ou perinatal podem ser desfavoráveis ou resultar em cesárea e suas consequências.
- Qualquer método de indução deve ser monitorado por profissional capacitado.
- É aconselhável manter-se avaliação do colo uterino e evolução do parto por meio dos parâmetros de Bishop.
- Contraindicações: sofrimento fetal confirmado; cicatriz uterina corporal; cicatriz uterina segmentar de repetição; apresentação fetal anômala; obstrução do canal de parto; situações de urgência; e placenta prévia.
- Recomendada para colo uterino não favorável para trabalho de parto espontâneo, por meio de indução seriada de 10 a 12 horas diárias, descanso noturno, por até três dias consecutivos, em bomba de infusão.

- Condições de maior risco: gestação múltipla; polidrâmnio; cardiopatia materna; multiparidade; e hipertensão arterial grave.

MIDDLETON et al (2020), evidenciaram que uma política adequada de indução do parto para mulheres com baixo risco gestacional em comparação à conduta expectante está associada a menor probabilidade de cesariana, menos mortes perinatais e diminuição da taxa de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A política de indução do parto deve estar baseada em evidências científicas atuais. As indicações devem ser pautadas sob a real necessidade. A maioria das mulheres recebe indução no período pós-termo, outras indicações identificadas por SCAPIN et al (2018), são por Síndromes Hipertensivas da Gravidez, Oligodrâmnio e ruptura prematura da membrana, sendo recomendada pelas diretrizes obstétricas do Canadá e Reino Unido a indução após 41 semanas com monitoramento fetal.

Uma política estabelecida de indução de rotina em gestações com 41 semanas resultaria em média 240 induções/1.000 mulheres e 90/1.000 na 42ª semana, considerando as estatísticas de que apenas 5% das gestantes ultrapassam a 42ª semana de gestação (SCAPIN et al, 2018).

No Brasil, a última publicação com diretrizes para indução do parto foi publicada em 2001, assim, é importante que uma política pública seja elaborada com diretrizes nacionais atualizadas para aumentar a segurança materna e neonatal.

Mesmo estudos recentes sobre os efeitos da indução do parto publicados se contradizem entre riscos e benefícios da indução, assim compreender o perfil de cada localidade, bem como a assistência prestada às mulheres e os protocolos que são utilizados, podem fazer diferença nos resultados da indução do parto vivenciados pelas mulheres na experiência do parto.



O enfermeiro e a assistência ao Parto

O Enfermeiro e Assistência ao Parto

Compreendemos por meio dos resultados dos estudos reportados nos artigos anteriormente expressos nesta tese, que para que a mulher vivencie uma experiência de parto seguro e satisfatório é importante que ela exerça sua autonomia, tenha ao seu lado o acompanhante escolhido para tal momento e receba assistência pautada em evidências científicas atuais que favoreçam as práticas clínicas e a não utilização de intervenções excessivas e desnecessárias.

A Organização Mundial da Saúde no ano de 2008 afim de melhorar os indicadores de qualidade da assistência durante o parto e nascimento publicaram um *checklist* para o parto seguro elaborado por especialistas. De 2012 a 2015 realizou-se um estudo clínico, multicêntrico e controlado com a colaboração de 234 hospitais distribuídos pela Europa, Ásia, África e Américas. O estudo consistia na aplicação do *checklist* de verificação da segurança do parto e os resultados de sua implementação. Em 2017, foi lançada a versão atualizada com base nos resultados obtidos nos estudos (WHO, 2017).

Em todos os hospitais-maternidade, os profissionais responsáveis pela assistência ao parto foram treinados para implementação do *checklist* de segurança. Os resultados apontaram melhoras significativas na qualidade e segurança prestadas à mulher e ao recém-nascido (*ibid.*).

Uma revisão sistemática com metanálise avaliou a eficácia da utilização do *checklist* de parto seguro da OMS para melhorar as práticas essenciais de parto e os resultados maternos e perinatais. A utilização do *checklist* aumentou a qualidade no manejo da pré-eclâmpsia, no controle das infecções maternas, utilização do partograma, aconselhamento de sinais de risco pós-parto e na redução de casos de natimortos, porém, não demonstrou impacto na morte materna e neonatal precoce (TOLU et al, 2020).

Tratando-se de qualidade na assistência ao parto a segurança em todas as etapas desse processo é fundamental. Um estudo analisou a perspectiva de mulheres com relação a sua segurança durante o trabalho de parto e parto. O parto foi considerado seguro pelas mulheres quando foi lhes proporcionado o envolvimento durante o evento e quando receberam orientações e informações, dando-lhes a

sensação de que tanto elas quanto seus filhos, ainda não nascidos, estavam seguros (RÖNNERHAG et al, 2018).

Outras experiências das participantes apontadas pelo estudo, relataram a sensação de que estavam sendo enganadas, sentiram medo e insegurança, por não receberem informações confiáveis, além da percepção de serem ignoradas por não serem incluídas no processo de evolução do parto. O estudo demonstrou que o parto conduzido por parteiras criou uma relação de confiança entre profissional e parturiente, gerando sentimentos de segurança, respeito, apoio e poder para exercer sua autonomia (*ibid.*).

No Brasil, ao abordarmos a profissão que assiste o parto, consideramos como responsáveis as obstetizes e enfermeiras obstétricas em comparação à figura da parteira. Para compreendermos melhor a importância da enfermagem na assistência ao parto, vamos voltar ao passado e lembrar as origens das parteiras.

O livro “*Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers*”, publicado pelo *The Feminist Press*, escrito por Barbara Ehrenreich e Deirdre English, em 1973, nos ajudará nesta viagem cheia de histórias, lutas e conquistas. Historicamente, as mulheres sempre foram responsáveis pelo cuidado dos membros da família, eram médicas, enfermeiras, parteiras, curandeiras, farmacêuticas, dentre tantas outras profissões, hoje existentes, que poderíamos citar (EHRENREICH, ENGLISH, 1973).

Pela necessidade de cuidar dos seus, os conhecimentos adquiridos e descobertos eram compartilhados entre amigos, vizinhos e pessoas ao redor. Na comunidade eram consideradas sábias, até que na idade média passaram a ser consideradas bruxas e muitas foram mortas em fogueiras. Com o passar do tempo e os avanços tecnológicos e no conhecimento, com intuito de evitar-se mortes e sofrimentos, especificamente na assistência ao parto, foi criada a cesárea, uma cirurgia capaz de salvar a vida dos recém-nascidos e das mulheres que tinham complicações durante o parto (*ibid.*).

Com o desenvolvimento da técnica, anestésicos, equipamentos e instrumentais, a cesárea passou a ser uma facilidade e o controle do parto e nascimento passou para o poder da instituição médica, notando-se questões culturais, hegemônicas e relação de poder entre homens e mulheres (*ibid.*).

No Brasil, no século XIX foram criados cursos de enfermagem, tornando crescente a profissão. A enfermagem obstétrica está fortemente inserida no cuidado ao parto, seja em maternidades ou casas de parto e ainda hoje, possui quase que em sua totalidade mulheres, ou seja, profissionais que assim como as parturientes são mulheres inseridas em um sistema de assistência repleto de desigualdades, forte hegemonia profissional, poder centralizado nas mãos dos médicos e pouco poder de decisão - autonomia. (EHRENREICH, ENGLISH, 1973; RIESCO, 1998)

Neste contexto, os fatores mencionados acima podem influenciar diretamente na segurança das mulheres durante a assistência ao parto. NICÁCIO et al (2020), trouxe informações de que os profissionais de enfermagem e medicina que atuam na maternidade consideram como assistência segura a prevenção de incidentes, redução de erros e danos durante, prática clínica de acordo com os protocolos assistenciais, identificar corretamente as mulheres e seus filhos recém-nascidos e prevenir a ocorrência de quedas.

É importante salientar que equipes de enfermagem adequadas são fundamentais para que se realize de modo pleno aspectos essenciais do cuidado na assistência ao parto, uma proporção maior de equipe de enfermagem obstétrica está associada a maior segurança da parturiente (AMIRI, 2020).

Dentre os elementos que colocam em risco à segurança da parturiente e de seu filho durante o trabalho de parto e parto podemos elencar intervenções que podem causar mais danos que benefícios, como cesáreas eletivas, cesáreas de rotina sem indicação, condutas inadequadas como aceleração do parto com ocitocina, episiotomia, manobra de *Kristeller*, dentre outras que podem causar morbidades, ações caracterizadas como violência obstétrica, assim como maus tratos, desrespeito à autonomia da mulher e atitudes que causem dor, medo e traumas (NICÁCIO et al, 2020).

As mulheres, de modo geral, reconhecem um vínculo maior com as enfermeiras obstétricas durante o processo de parto. No ambiente hospitalar da maternidade, seja no pré-parto, parto ou pós-parto, as enfermeiras são consideradas mais sensíveis às necessidades da mulher e desenvolvem uma identidade que transmite segurança confiança, permitem à mulher exercer maior controle de sua autonomia, estimulam o contato pele a pele mãe-bebê, fornecem mais explicações sobre a evolução,

procedimentos e condutas, dão apoio físico e emocional, além de atuar como facilitadora e auxiliadora na amamentação. (FREIRE et al, 2017).

Mulheres que experenciam partos assistidos por enfermeiras, ainda que sintam, dor ou outros incômodos, se sentem mais satisfeitas com a vivência do parto . A assistência de enfermagem no contexto do parto tende a cuidar da parturiente de forma mais humanizada, holística, baseando-se em recomendações atuais e menos intervencionistas proporcionando a prevenção da violência obstétrica e maior qualidade no cuidado prestado (*ibid.*).

Portanto, o profissional de enfermagem tem papel de suma importância na assistência ao parto e nascimento, devendo ser incentivado a procurar cada vez mais apropriar-se de conhecimentos atuais e aprimorar suas habilidades de ver e atuar com um olhar mais sensível e humanizado.

Referências

AMIRI, A. Role of nurses and midwives in improving patient safety during childbirth: Evidence from obstetric trauma in OECD countries. *Applied Nursing Research*, 2020; 56(1). Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151343>>

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers*. The Feminist Press. Estados Unidos da América, 1993. 48 p.

FREIRE, H.S.S.; CAMPOS, F.C.; CASTRO, R.C.M.B. et al. Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. *Rev enferm UFPEonline*[INTERNET]. Recife, 2017; 11(6):2357-67. Disponível em: <<http://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201714>>.

NICÁCIO, M.C; FIGUEIREDO, A.L.; OLIVEIRA NETO, P.M.; ALMEIDA, L.F; PENNA, LHG. Cultura de segurança das mulheres no parto e fatores institucionais relacionados. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020; 29:e20190264. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0264>

RIESCO, M.L.G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. *Rev.latino-am.enfermagem*. 1998, 6(2):13-15. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/zBXsnjLp86J8qHWjmrZQ9Ny/abstract/?lang=pt>>.

RÖNNERHAG, M.; SEVERINSSON, E.; HARUNA, M.; BERGGREN, I. Qualitative study of women's experiences of safe childbirth in maternity care. *Nurs Health Sci.* 2018;20(3):331-337. Disponível em: <<http://doi.org/10.1111/nhs.12558>>.

TOLU, L.B.; JELDU, W.G.; FEYISSA, G.T. Effectiveness of utilizing the WHO safe childbirth checklist on improving essential childbirth practices and maternal and perinatal outcome: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 2020; 15(6): e0234320. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234320>> .

WHO. WHO safe childbirth checklist collaboration evaluation report. World Health Organization. Genebra, 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259953>>.



Bioética e Direitos Humanos

A bioética principialista é a concepção mundial dominante, nove de quinze artigos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, incluem os quatro princípios originais dessa vertente, autonomia, justiça, não maleficência e beneficência (SCHER et al, 2018). Em seu preâmbulo, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos preza pela dignidade humana, os direitos humanos e fundamentais, destinado à proteção dos vulneráveis e autonomia dos sujeitos (SALVADOR et al, 2018).

As concepções éticas, de justiça e dignidade humana são a base para construção de uma sociedade moralmente desenvolvida. Voltando no tempo para às antigas civilizações, como Babilônia, China e Índia, as leis, ensinamentos baseados em justiça, direito foram base para o fortalecimento das sociedades. A lei natural, cujos direitos deveriam ser garantidos porque se tratava de seres humanos, estava acima das leis governamentais (AHRC, 2010).

Quanto mais à sociedade se estruturava sob questões de direitos humanos mais avanços contínuos no progresso social se observavam, como a abolição da escravidão e outros eventos benéficos para sociedade. Contudo, os direitos continuaram a ser violados, as nações podiam fazer o que entendessem dentro de suas fronteiras, exemplo a ser lembrado o holocausto, as atrocidades da Segunda Guerra Mundial (*ibid.*).

Em 1945, com a fundação da Organização das Nações Unidas, objetivou-se garantir paz e segurança, desenvolvimento econômico, direito internacional e observância dos direitos humanos. A primeira grande conquista da ONU no campo dos direitos humanos foi publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, sua adoção foi extremamente importante na história dos direitos humanos e do direito internacional (*ibid.*).

Assim, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi o primeiro documento legal a estabelecer os direitos humanos fundamentais a serem protegidos universalmente. Apesar de ter sido estabelecida há 73 anos, continua a ser base de todas as leis internacionais de direitos humanos (WESTON, 2020). Composta por trinta artigos possui características universal, inalienável, indivisível, interdependente, igualitária e não discriminatória, características reforçadas pelo primeiro artigo: "Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos."

Ao abordar os direitos humanos no contexto dos direitos relacionados à saúde, seu enfoque se relaciona aos conceitos da bioética, envolvendo a avaliação dos fatos em relação aos princípios morais universais. A análise dos direitos humanos tende a funcionar por meio de um conjunto complementar de princípios, articulados no direito internacional como categorias interpretativas e normas avaliativas de conduta (ERDMAN, 2015).

Portanto, os direitos humanos e os princípios bioéticos não podem dissociar-se, pois são bases complementares para condutas éticas e morais no contexto da saúde e o bem-estar do indivíduo inserido na sociedade.

A bioética se preocupa com uma área específica da conduta humana, a ciência da vida, um campo interdisciplinar, multidisciplinar, com seu próprio conjunto distinto de pressupostos. Bioética significa ética da vida, é uma ciência com objetivo de limitar e intervir nas questões do homem sobre a vida. É uma maneira de se posicionar eticamente diante de dilemas e conflitos relacionados aos impactos da tecnologia, dos cuidados, da influência e ações dos avanços da ciência sobre a vida (DINIZ; GUILHEM, 2017).

Em 1927, em um artigo publicado no periódico alemão, Fritz Jahr Kosmos utilizou pela primeira vez a palavra bioética, caracterizando-a como reconhecimento de obrigações éticas, não apenas com relação ao ser humano, mas para com todos os seres vivos. A criação do termo bioética era atribuída a Van Rensselaer Potter, pela publicação de um artigo, em 1970, caracterizando-a como a ciência da sobrevivência, enfatizando-a com característica interdisciplinar e abrangente, denominando-a de global. Em 1998, Potter redefiniu a Bioética como sendo uma Bioética profunda, um novo conceito da ciência ética, que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural, que potencializa o senso de humanidade. (GOLDIM, 2006).

Uma das abordagens mais importantes e utilizadas em bioética é a principialista composta por quatro princípios, elaborada TOM BEAUCHAMP e JAMES CHILDRESS (1978). A abordagem consiste nos princípios éticos universais: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Os princípios associados às regras gerais e virtudes éticas, podem ser vistos como o ponto inicial para raciocínio ético e tomada de decisão para lidar com situações complexas.

Para BEAUCHAMP E CHILDRESS (2001), o respeito à autonomia está associado ao princípio da moralidade comum. A palavra autonomia é derivada do

grego e se refere à capacidade de autogoverno da própria vida e decisões individuais, privacidade e poder de decisão. Para exercer autonomia em sua totalidade, duas condições essenciais são necessárias, ação e liberdade. Na relação profissional-paciente, o paciente precisa agir na tomada de decisão baseado em informações que o profissional lhe proporciona para conceder liberdade de ação, para tal o paciente deve estar em plenas condições mentais e intelectuais. Boas práticas profissionais no respeito à autonomia, incluem falar sempre a verdade ao paciente, respeitar sua privacidade, proteger informações confidenciais, obter consentimento para realização de intervenções e quando solicitado pelo paciente, auxiliá-lo na tomada de decisões importantes.

A beneficência evoca bondade, generosidade, gentileza e caridade. Na teoria ética compreende-se como ações para beneficiar ou promover o bem de outras pessoas. O princípio de beneficência refere-se a uma declaração normativa de uma obrigação moral de agir em benefício de outros. Princípio da Não-Maleficência propõe a obrigação de não causar dano intencional. O Princípio de Justiça é uma expressão da justiça distributiva, uma distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade, de acordo com normas que estruturam os termos da cooperação social (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001).

No contexto da assistência ao parto, além da bioética principialista é importante compreender a bioética feminista. O principal da bioética feminista é a teoria feminista com objetivo social e político de acabar com a opressão das mulheres e empoderá-las para igualdade de gênero. As diferenças aparentes entre homens e mulheres, o paternalismo e o condicionamento psíquico de que as mulheres são inferiores aos homens, culturalmente às colocam em risco e desvantagem com relação a liberdade e o poder (GORDON, 2016).

A bioética feminista se desenvolveu a partir do início dos anos 1970, cujos tópicos importantes estão preocupados com a compreensão correta da autonomia como autonomia relacional, a reivindicação por um tratamento igual e justo de mulheres para lutar contra a discriminação dentro das profissões e instituições de saúde em muitos níveis diferentes. Diversos são os setores e as questões que envolvem a bioética feminista, como: aborto, assistência ao parto e nascimento, abuso/violência contra mulheres, circuncisão genital feminina, câncer de mama, contracepção e HIV, igualdade de acesso à saúde, dentre outros. A principal linha de

raciocínio da bioética feminista consiste na tomada de decisão informada sem preconceito de gênero (*ibid.*).

Nas relações entre profissional-paciente, o profissional de saúde, por sua especificidade de conhecimento técnico-científico sempre deu a palavra final quanto ao tratamento ou a intervenção que o paciente deveria se submeter, caracterizando uma relação de poder, cujo profissional, impõe e o paciente não tem outra escolha a não ser obedecê-lo. Com os movimentos globais de humanização do parto, prevenção e contenção de maus tratos e abusos na assistência ao parto, médicos, parteiras, enfermeiras e outros profissionais devem não apenas recomendar os tratamentos, ainda que baseados em evidências científicas atuais, mas devem ouvir as mulheres e respeitar sua autonomia (LOKUGAMAGE, 2017).

A bioética principialista, feminista, os direitos humanos no parto e a humanização do parto são referenciais teóricos-base para proporcionar uma assistência segura e de qualidade durante o processo parturitivo. Os direitos humanos no parto são um campo emergente dos direitos de saúde reprodutiva. As mulheres que recebem cuidados no ambiente hospitalar estão enfrentando desrespeito e abuso em todo o mundo. Falta de dignidade, privacidade, respeito pela autonomia ao paciente, obrigatoriedade de adesão à protocolos de rotina sem consentimento como indução ou aceleração do parto medicamentosas, episiotomia, informações enganosas, condução do parto por horas sem liberdade de movimento em posição litotômica (*ibid.*).

O sistema produz assistência às parturientes com privação de seus direitos em relação a: tomada de decisões sobre sua integridade física, autodeterminação, privacidade, vida familiar e liberdade espiritual. Esse tratamento não apenas viola os direitos das mulheres a cuidados respeitosos, seguros e de qualidade como ameaçam seus direitos à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação (*ibid.*).

O programa de humanização do pré-natal e nascimento foi criado pelo Ministério da Saúde do Brasil, Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000 para incentivar o parto sem intervenções desnecessárias e assistência ao pré-natal, parto e nascimento de qualidade (BRASIL, 2006). Com o mesmo intuito, em 2011, a Rede Cegonha foi criada como uma “rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011).

A portaria dispõe princípios que englobam princípios bioéticos em suas diretrizes para conduta e decisões concisas, considerando as necessidades da gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido. É importante salientar, que o direcionamento ofertado pelos princípios bioéticos é capaz de proporcionar qualidade e segurança no parto, além de favorecer a minimização das altas taxas de intervenções desnecessárias não benéficas (*ibid*).

Com os avanços da tecnologia, o profissional não deve se esquecer de atuar com olhar holístico, sem negligenciar aspectos emocionais, podendo causar maleficência. Ressalta-se que uma das principais dificuldades da bioética, é a aplicação dos princípios da autonomia, da beneficência e não maleficência. O cuidado na assistência e a bioética se conectam para facilitar a humanização do parto. Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento, permite a criação de vínculo com cada mulher identificar as necessidades individuais, proporcionando um atendimento personalizado e não padronizado, favorece relações mais igualitárias e menos autoritárias (LUZ; OSTERNE, 2016).

O respeito aos direitos humanos, direitos humanos no parto e aos princípios bioéticos exige acesso à um parto humanizado. Humanizar é respeitar a individualidade, a autonomia, a capacidade de decisão, é ouvir, propiciar assistência respeitando cultura, crenças, valores e divergências de opiniões, é informar para conceder liberdade para um processo decisório adequado que ampara o exercício da autonomia (*ibid*).

Humanizar não está relacionado ao tipo de parto, cesárea, parto vaginal ou parto induzido, passar ou não intervenções, mas eleger a mulher como protagonista evento, acatando suas decisões, é ter condutas adequadas, atualizadas, baseadas em evidências científicas que tragam segurança, satisfação e proteção durante o parto e nascimento, respeitando a dignidade humana das mulheres, sua autonomia, contribuindo para experiências exitosas de parto. O reconhecimento do papel dos direitos humanos, acesso à assistência digna e respeitosa são aspectos dos princípios bioéticos, o cerne para um parto seguro, respeitoso, de qualidade que garanta dignidade da mulher e seus direitos no parto (BARROS et al, 2017).



Método

MÉTODO

A fim de responder aos objetivos do estudo proposto foram utilizados três tipos de delineamentos metodológicos (Quadro 1).

Quadro 1 – Relação entre delineamento metodológico utilizado e objetivos propostos, Brasília: 2021.

Objetivos	Tipo de metodologia
Identificar se existe associação entre a indução e os desfechos: parto normal ou cesariano.	Estudo observacional: coorte retrospectiva.
Verificar se existe associação entre indução do parto e os resultados perinatais.	Estudo observacional: coorte retrospectiva.
Identificar a existência de complicações maternas e neonatais pós indução do parto.	Estudo observacional: coorte retrospectiva.
Compreender autonomia da mulher durante o trabalho de parto e parto.	Estudo observacional descritivo: transversal.
Mapear as evidências científicas disponíveis sobre a aplicação dos princípios bioéticos no contexto geral da assistência ao parto.	Revisão de Escopo

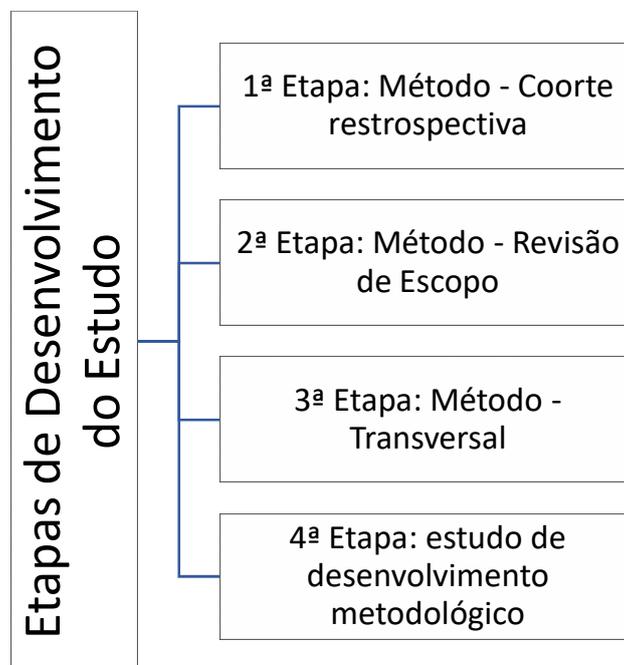
Fonte: elaborado pela autora.

O estudo foi realizado em etapas (Figura 2). Todas as etapas do estudo receberam financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF), edital nº 04/2017, processo nº 0193.001776/2017, contando com a provisão de equipamentos, softwares e uma equipe de coleta e análise de dados composta de sete pessoas.

O projeto para o desenvolvimento deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, CAAE: (anexo) e

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde, CAAE: (anexo).

Figura 2 – Etapas de Desenvolvimento do Estudo, Brasília: 2021.



Fonte: Elaborado pela autora.

Primeira Etapa

A primeira etapa compreendeu o aprofundamento na literatura sobre o tema central do estudo, a indução do parto e sua relação com os resultados perinatais, deste modo, com base na literatura, criou-se um instrumento de coleta de dados para coorte retrospectiva. Uma coorte é um estudo epidemiológico observacional, cuja exposição dos sujeitos ao evento determina sua participação.

A coorte retrospectiva utilizada como metodologia tornou possível a observação da exposição e o desfecho já acontecidos. Dessa forma, foi possível verificar a presença de associações entre a exposição e a condição relacionada nos diferentes grupos (PEREIRA, 2008, p. 273).

O instrumento de coleta de dados foi elaborado em conjunto com a equipe de estatística, com base nas variáveis previamente identificadas na literatura, vistas como importantes na busca pela resposta dos objetivos do estudo. Esse instrumento foi transposto para o aplicativo *Questionpro* instalado em *tablets* para facilitar a

coleta dos dados. O aplicativo ao serem preenchidos os questionários transcrevia automaticamente os dados para uma tabela no Excel ou em outros formatos de nossa escolha que poderiam ser utilizadas em softwares estatísticos para análise dos dados de modo direto.

A amostra foi calculada considerando o percentual de risco de perda e as perdas aceitáveis (15%), pois se tratando de coleta de dados retrospectivos em prontuários, as chances de perda pela qualidade dos dados descritos são maiores.

A análise de dados foi realizada de modo descritivo e analítico pela equipe estatística. Cada passo do estudo foi realizado em conjunto com a pesquisadora principal. Os resultados desta etapa foram reportados por meio do Artigo 3: *“Effects of labor induction on perinatal outcomes in a low-risk maternity hospital”*.

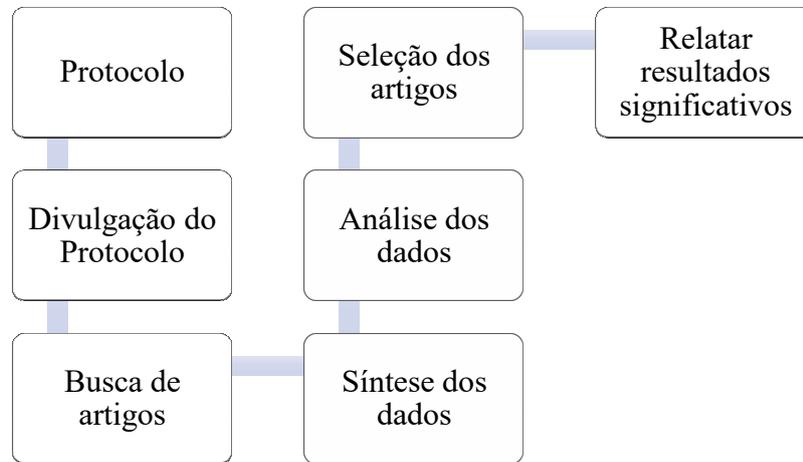
Segunda Etapa

A segunda etapa foi composta da realização de um estudo de revisão de escopo para melhor compreender as questões bioéticas e assistenciais relacionadas ao parto. Para tal, elaborou-se um protocolo de revisão de escopo, conforme o capítulo 11 do Manual para Síntese de Evidências do Instituto Joana Briggs (2017), a partir do qual se desenvolveu a revisão.

A revisão de escopo é um método sistematizado utilizado para o mapeamento de conceitos e achados que sustentam determinados temas de interesse científico, em especial para esclarecimentos e síntese de evidências para informar tanto a prática clínica quanto a elaboração de políticas públicas, além de apontar lacunas que necessitem de pesquisas futuras relacionadas ao fenômeno estudado e proporcionar meios para tradução do conhecimento (PETERS et al 2020).

Para o planejamento da revisão de escopo, assim como as revisões sistemáticas, faz-se necessária a elaboração de um protocolo e preferencialmente, a publicação desse protocolo para que o estudo seja realizado de modo transparente (*ibid.*). As fases de desenvolvimento do estudo de revisão de escopo, estão descritas através do fluxograma a seguir:

Figura 2 – Fluxograma de desenvolvimento da Revisão de Escopo (PETERS et al 2017), Brasília: 2020.



Fonte: Elaborado pela autora.

Para elaboração do protocolo foi construída a questão de pesquisa, de acordo com o acrônimo PCC, que significa População, Conceito e Contexto; determinadas as bases de busca; levantamento dos descritores; estratégia de busca; o modo de realização da coleta e análise dos dados; e forma de divulgação dos resultados (PETERS et al, 2017). O protocolo foi registrado na base de dados públicos: *Open Science Framework*, em cumprimento a segunda etapa do método. Após, finalização da Revisão de Escopo, o protocolo foi reportado por meio do Artigo 1: “*Bioethics in childbirth care: a scoping review protocol*”, disponível como pré-print no site do *JMIR Research Protocols*.

A coleta de dados foi realizada por dois pesquisadores independentes, seguindo a seleção dos artigos relevantes para o estudo, posteriormente os resultados dos artigos foram analisados. Os resultados foram divulgados através do Artigo 2: “*Bioethical implications in birth care: a scoping review*”.

Terceira Etapa

A terceira etapa foi composta por estudo descritivo com mulheres que tiveram seu parto no DF nos últimos cinco anos, selecionadas a partir de grupos de apoio ao parto virtuais, redes sociais e por meio da técnica de bola de neve (VINUTO, 2014). Segundo PEREIRA (2008), as investigações descritivas resultam

em informações sobre a distribuição de um determinado evento em termos quantitativos, podendo se utilizar variáveis de naturezas diversas, objetivas ou subjetivas (PREREIRA, 2008).

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2019 por meio da aplicação de um questionário eletrônico online. O questionário era formado por questões sociodemográficas e questões específicas sobre a assistência recebida, o conhecimento sobre a indução do parto e o consentimento solicitado por parte dos profissionais às parturientes para realização de procedimentos durante o processo do trabalho de parto, incluindo a indução do parto.

As variáveis utilizadas para coleta de dados foram pré-estabelecidas por subsídios levantados na literatura quanto ao exercício da autonomia da mulher durante o trabalho de parto e parto. O questionário utilizado foi o *Google Forms*, que lança automaticamente os dados para uma planilha no programa *Microsoft Excel*. Após a coleta de dados, os dados foram checados na planilha, tabulados e analisados por meio da estatística descritiva e analítica de inferência de dados. Os resultados foram expressos pelo Artigo 4: “*Autonomia da parturiente no contexto da assistência ao trabalho de parto induzido: estudo transversal.*”

Quarta Etapa

Na quarta e última etapa elaborou-se de uma cartilha educativa. Após a compreensão dos resultados obtidos nos estudos anteriores, em especial no estudo transversal, identificou-se a necessidade de colaborar com as mulheres, gestantes ou não, na aquisição de conhecimento sobre a temática do trabalho de parto e parto incluindo informações sobre a indução, pouco divulgada e cujos achados apontaram percentual significativo de mulheres dentre as entrevistadas que não possuíam informações ou não foram consultadas sobre esse procedimento.

Neste sentido, mediante a aplicação de um estudo de desenvolvimento metodológico, construiu-se um protótipo de cartilha educativa em saúde. A pesquisa com abordagem metodológica é utilizada para sistematização de informações e conhecimentos existentes e dispostos na literatura para elaborar, validar e avaliar instrumentos e estratégias metodológicas (GONÇALVES et al, 2019).

A construção do protótipo foi pensado como uma contribuição à promoção da saúde e autonomia das mulheres na vivência do parto, considerando a dificuldade

que possuem em exercer sua autonomia no processo parturitivo, sendo ainda menor a chance de participação da mulher no parto, quando não possui conhecimento e informações que a empoderem na tomada de decisão. O processo de elaboração, bem como a cartilha foram divulgados no capítulo: “Contribuições para sociedade.”



Resultados

RESULTADOS

Os resultados do presente estudo, composto por diversas metodologias está expresso neste capítulo em formato de artigos (Quadro 2), seguindo a formatação e idioma exigidos por cada uma das revistas sob a qual foram submetidos.

Quadro 2 – Relação entre Objetivo e resultado (artigos), Brasília: 2021.

Artigo	Objetivos
Artigo 1: <i>“Bioethics in childbirth care: a scoping review protocol”</i>	<ul style="list-style-type: none">• Mapear as evidências científicas disponíveis sobre a aplicação dos princípios bioéticos no contexto geral da assistência ao parto.
Artigo 2: <i>“Bioethical implications in birth care: a scoping review”</i> .	<ul style="list-style-type: none">• Mapear as evidências científicas disponíveis sobre a aplicação dos princípios bioéticos no contexto geral da assistência ao parto.
Artigo 3: <i>“Effects of labor induction on perinatal outcomes in a low-risk maternity hospital”</i> .	<ul style="list-style-type: none">• Identificar se existe associação entre a indução e os desfechos: parto normal ou cesariano.• Verificar se existe associação entre indução do parto e os resultados perinatais.• Identificar a existência de complicações maternas e neonatais pós-indução do parto.
Artigo 4: <i>“Autonomia da parturiente no contexto da assistência ao trabalho de parto induzido: estudo transversal.”</i>	<ul style="list-style-type: none">• Compreender autonomia da mulher durante o trabalho de parto e parto.
Artigo 5: <i>“Elaboração de protótipo de cartilha educativa para gestantes:</i>	<ul style="list-style-type: none">• Elaboração de protótipo de cartilha educativa para

<i>Trabalho de Parto e Nascimento.”</i>	proporcionar informações às gestantes, seus companheiros e familiares sobre trabalho de parto, indução e parto.
---	---

Fonte: elaborado pela autora.

Artigo 1

FERREIRA, G.I; BARBOSA, K.H.; DUARTE, A.C.A.; MESSIAS, C.A.;
GUILHEM, D. Bioethics in childbirth care: a scoping review protocol.JMIR
Research Protocols. Preprint JMIR Publications. 2021. Disponível em:
<http://doi.org/10.2196/preprints.29921>

Bioethics in childbirth care: a scoping review protocol

Abstract

Introduction Ensuring women's rights during childbirth care, based on humanized and bioethical principles, results in better quality of care and patient safety, providing positive childbirth experiences. We aim to explore the available evidence on the application of bioethical principles in the general context of childbirth care. **Methods and analysis** Our scoping review will follow the Joanna Briggs Institute scoping review methods manual. Published and unpublished bibliographic materials will be considered, based on the following inclusion criteria: reports of the application of bioethical principles (concept) in assistance to pre-delivery, childbirth and postpartum (population) in the hospital context (context). We will search for relevant studies in PubMed, VHL including MEDLINE, LILACS and BDNF, SCiELO, Web of Science and Google Scholar. Two reviewers will perform the screening of titles and abstracts, read the full texts and extract data from the selected articles. The data will be organized and expressed in categories based on their content. The analysed data will be presented through flowcharts, Tables and descriptive narratives. **Ethics and dissemination** A paper summarising the findings from this review will be published in a peer reviewed journal. In addition, a synthesis of the key findings will be disseminated to health services linked to University Hospitals in Brazil. They will also be shared with the academic community and policy makers involved in the Childbirth Assistance Network which will potentially adopt our recommendations in their decision-making process regarding childbirth care practice in Brazil. The conclusions from this review will inform, through the translation of knowledge, childbirth support groups, feminist movements, movements in favour of humanization of childbirth and other childbirth support networks in the country. **Registration details:** Our protocol was registered prospectively with the Open Science Framework (<https://osf.io/kczyr/>).

Descriptors: Childbirth care; Bioethics; Scoping review

Strengths and limitations of this study

- Findings from this scoping review will contribute to a broader perspective on how women in labour, delivery and postpartum have their rights ensured through health care based on bioethics.
- This scoping review is part of a larger project whose ultimate goal is to explore what strategies to improve the application of bioethical principles in the general context of childbirth care.
- A potential limitation could be the small number of eligible articles in the literature.
- As this is a scoping review, the quality of the evidence will not be assessed.

Introduction

In 2014, the World Health Organization (WHO) released a statement on the abuse and disrespect that many women suffer during childbirth globally. Professionals in the field and researchers have frequently demonstrated patterns of mistreatment and disrespect for women during childbirth. These patterns, conceptualized as obstetric violence in many countries¹, varied from psychological and physical aggression such as verbal abuse, neglect and abandonment, humiliation and punishment, coerced and forced care.

The WHO's declaration shows the real dimension of these ill-treatments i.e. the violation of human rights. Health and human rights in maternal law should always reflect the bioethical issues that involve childbirth assistance, especially in doctor-patient conflicts and the abusive use of technologies that can make the risk greater than the benefit¹.

The high morbidity and mortality rates made the search for respectful and better quality care necessary². In this way, the goals of a sustainable development aimed at reducing these rates have been sought since the implementation of the millennium goals in 2003³. The increasing changes towards the promotion and protection of maternal rights in the clinical and care scenarios should be accompanied by reflections on bioethics and human rights in childbirth⁴.

In this context, using the acronym PCC (population, concept and context) to elaborate the research question, the following question was raised: Do women in

labour, delivery and postpartum have their rights ensured, through health care based on bioethics during care? Based on this question, the main objective of this review is to map the available evidence on the application of bioethical principles in the general context of childbirth care.

There is a large number of studies addressing bioethical issues during childbirth care. However, after conducting a search with the descriptors "bioethics", "ethics", "birth" and "childbirth", in the JBI databases syntheses, Cochrane Library and PubMed, no systematic reviews, overviews or scoping overviews were found in this context. Only a systematic review was found in the Web of Science database that addresses the effectiveness of respectful care during childbirth and birth services, but without addressing bioethical issues.

Method

Study design

To achieve the proposed objective in accordance with the research question, we decided to use the scoping review methodology, which is a type of systematic review, mapping concepts and findings related to the topic of interest, available in the main data sources, using the knowledge synthesis approach⁵. The scoping review uses all types of evidence, at its various levels.

Protocol

This scoping review will be conducted according to the guidelines and methodological framework published by the Joanna Briggs Institute for scoping reviews. The expected development time and duration of the study is 6 months.

Prior to the elaboration of this protocol, a search of review articles already published on the topic to be studied was carried out, as described below.

Research question

P (population): women in labour, delivery and postpartum

C (concept): bioethics and health care

C (context): childbirth care in the hospital context

Do women in labour, delivery and postpartum have their rights ensured, through health care based on bioethics during care?

Search Strategy

- Type of studies: systematic review, overview and scoping review
- Descriptors: bioethics and midwifery; bioethics and (delivery or “natural childbirth” or labour or obstetric or parturition or “perinatal care”); "human rights" and childbirth
- Filters: year of publication (last 10 years); type of study

Table 1 - Review articles identified in the electronic databases

Database Search Strategy	JBI Syntheses	PubMed	Cochrane	Web of Science	Health Systems Evidence	Google Scholar	Findings	Excluded	Met the inclusion criteria
bioethics and childbirth	1	5	0	12	0	200 early	218	218	0
"human rights" and childbirth	3	20	1	89	2	200 early	315	315	0
bioethics and (delivery or “natural childbirth” or labour or obstetric or parturition or “perinatal care”)	6	382	11	169	0	8	576	576	0
bioethics and midwifery	3	39	0	7	0	200 early	249	249	0

Inclusion criteria

Participants

Studies will be included whose participants are women, of any age, who received care during labour, delivery and postpartum, in any hospital, maternity or delivery house. Studies that included participants who received care during home birth will be excluded.

Concept

The central concept of the included studies should address bioethical issues. They should include details related to bioethical principles, feminist-inspired bioethics, principled theory or any bioethical or human, maternal or women's rights foundation.

Context

The context to be observed should be assistance at labour, delivery and postpartum, regardless of the country, state, city or region. The abuses and mistreatment of women during childbirth care as a global problem is important as well as different perspectives from different locations. Only hospital birth care services are of interest in terms of the context of the research question in this review.

Study types

The source of information will remain open to allow the inclusion of any type of study. All studies will undergo a methodological quality assessment, using the JBI Critical Appraisal Tools, with the scores described in Tables next to the description of the selected articles.

Period

Studies published in the last ten years, developed in any year and duration, will be eligible.

Language

Full articles published in English, Portuguese and Spanish will be considered for inclusion.

Information Sources and Search Strategy

1st Stage

An initial search was performed in two electronic databases i.e. MEDLINE (PubMed) and Virtual Health Library. After this initial search, words contained in

the title, summary/abstract and keywords of the articles found were analysed. The descriptors found will be compared to the descriptors registered in the descriptor bases: MeSH for searches in PubMed and DeCS for searches to be carried out in the VHL.

Table 2 - Descriptors selected for search Strategy

DeCS			MeSH
Portuguese	English	Spanish	
Bioética	Bioethics	Bioética	Bioethics
Ética Médica	Ethics	Ética Médica	Ethics
Direitos Humanos	Human Rights	Derechos Humanos	Human Rights
Autonomia	Autonomy	Autonomía Personal	Autonomy
-	-	-	Labour
Obstetrícia	Obstetric	Obstetricia	Obstetric
Parto	Childbirth	Parto	Childbirth
Parto Normal	Natural Childbirth	Parto Normal	Delivery
Assistência ao Parto	Midwifery	Partería	Midwifery
			Natural Childbirth

2nd Stage

A second search using all identified keywords and descriptors will be carried out in all databases: PubMed, BVS, SCiELO and Web of Science, following the search strategy described in Table 3.

Table 3 - Search strategy

Databases	Search Strategy
PubMed	("bioethics"[MeSH Terms] OR "bioethics"[All Fields]) AND (("delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR "delivery"[All Fields]) OR "natural childbirth"[All

	Fields] OR ("labour"[All Fields] OR "work"[MeSH Terms] OR "work"[All Fields] OR "labor"[All Fields] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields]) OR obstetric[All Fields] OR ("parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields]) OR "perinatal care"[All Fields])
Web of Science	[bioethics and (delivery or “natural childbirth” or labor or obstetric or parturition or “perinatal care”)] or ["human rights" and childbirth]
SciELO	bioethics and (delivery or “natural childbirth” or labor or obstetric or parturition or “perinatal care”) "human rights" and childbirth
BVS	bioética and ("assistência ao parto" or nascimento or parto) "direitos humanos" and ("assistência ao parto" or nascimento or parto) autonomia and ("assistência ao parto" or nascimento or parto)
Google acadêmico	bioética and "assistência ao parto" bioética and parto direitos humanos and "assistência ao parto"

3rd Stage

A third search will be carried out in the grey literature through Google academic. This way, the search will be complete in five different databases. If

necessary, the list of references used in all articles selected from the full text and included in the review will be raised. We will contact authors of primary studies or reviews to obtain more information about published studies, if relevant. All these steps and care will be taken to maximize the scope of the search and the scope of the important studies to be considered in this review. Thus, articles published in any language will be considered eligible, as long as they meet the remaining eligibility criteria.

Selection of studies

Steps for selecting published articles based on pre-specified inclusion criteria:

1st - Screening by year of publication

2nd - Sorting by title

3rd - Screening by summary/abstract

4th - Full-text screening

The selection process of the studies to be included will be carried out by two independent researchers. Doubts or divergences will be resolved through consensus or a third researcher will be called for a final decision regarding the inclusion or exclusion of a study.

Data extraction

The important information that will be mapped is in Table 4 below:

Table 4 - Data extraction

Article Title	Year of publication	Study Objective	Population/ Sample	Study Design	Main Conclusions	Key findings related to the scoping review's question
---------------	---------------------	-----------------	-----------------------	--------------	------------------	---

Records that identify each study will be kept, should further checks be required. In the course of data extraction, it may become important to add unanticipated information that will be additional if useful to help answer the review question. Thus, the data Table will be continuously updated by the research team.

The data to be extracted will be tested by one or two team members to make sure that all relevant results will be extracted.

Summary of results

The results of this scope review will be presented through a diagram or Table and in a descriptive format. Analyses of the general data of the included studies will also be presented as graphs or Tables indicating the distribution of the studies by year or period of publication, countries of origin and research methods. A narrative summary will accompany the results displayed in graphs or Tables, describing how the results of each included study are related to the objective and question of this review. Research gaps found and possible limitations of this review will be pointed out.

Discussion

Implications

The main aim of this review is to explore the available evidence on the application of bioethical principles in the general context of childbirth care. We believe that having a clearer picture of how women in labour, delivery and postpartum have their rights ensured through health care based on bioethics, as well as investigating what further actions have been suggested, is critical to facing the problem of ensuring the rights of women.

The conclusions from this scope review will inform decision makers, health services and health professionals on bioethics in childbirth care. The findings will also be shared with the entire academic community and public policy makers involved with the Childbirth Assistance Network in Brazil. This in turn, may result in the implementation of decision making regarding a safe and humanized childbirth care practice, based on ethical and bioethical principles and ensuring the rights of women.

Dissemination

The summary of the results will be disseminated through the publication of data in free of charge format and through the translation of knowledge to women, childbirth support groups, feminist movements, movements in favour of the humanization of childbirth and birth and support networks. We will use social

networks and electronic correspondence, in addition to presentations at congresses and scientific events. Publication in peer reviewed scientific journals.

Conclusions

The strengths of this study relates to a very comprehensive bibliographic search of various databases, electronic sources for difficult to locate and unpublished studies (or grey literature) and publications in any language following Joanna Briggs Institute' methodologically rigorous manual. We will also use different strategies to disseminate our results widely. As a potential limitation we could cite the time to evaluate a large number of articles related to assistance and bioethics.

References

1. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. WHO/RHR/14.23 (Geneva: World Health Organization, 2014). Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/>
2. ALKEMA, L. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 2015; 387 (10017): 462-74. Available from: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00838-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00838-7/abstract)>
3. OMS. Fact sheet N°290. Millennium Development Goals (MDGs). Organização Mundial da Saúde. 2015. Available from: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/>>
4. Zanardo G. L. P., Uribe M. C., Nadal A. H. R., Habigzang L. F. Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa. *Psicol. Soc.* [online]. 2017; 29:155043. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>>
5. Aromataris E, Munn Z (Editors)The Joanna Briggs Institute, Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. 2017. Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Contributors

All authors: contributed to conceptualising and designing the study; read and approved the final version of the manuscript. GIF and DBG: drafted the manuscript. KHB, ACA and CO: made major revisions.

Funding

This scoping review is funded by the Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) and Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasília, Brazil.

Conflict of interests

None declared.



Artigo 2

FERREIRA, G.I; BARBOSA, K.H.; DUARTE, A.C.A.; MESSIAS, C.A.; GUILHEM, D. Bioethical implications in birth care: a scoping review. Submetido à Revistade Bioetica y Derecho. **Aguardando processo de revisão por pares**. 2021.

Bioethical implications in birth care: a scoping review

Abstract

Introduction. Labor are remarkable moments in the woman's life and the way she experiences this event depends on the care received and perceived. Mistreatment of women during childbirth has marked birth stories around the world. Thus, it is necessary to identify the scientific evidence that addresses the issue from the perspective of ethics. **Purpose.** The purpose of this review is to map the available scientific evidence on the application of bioethical principles in the general context of birth care. **Method.** A scoping review was carried out following the structure described in the manual for systematic reviews by the Joanna Briggs Institute. The research was carried out using the search strategy pre-established by the protocol of this review, during the month of October 2019, in the databases PUBMED, SCiELO, Web of Science, in the Virtual Health Library (BVS) and, as gray literature, on Google Scholar. The search was carried out by two independent researchers and the selection of articles by three researchers for a final consensus on inclusion. Articles published in the last 5 years were selected. The analysis took place through Bardin's content analysis. **Findings.** After evaluation and selection, 12 studies published and available in the search databases were included in this review. The themes emerging from the data were categorized into five categories, impaired autonomy, maleficence, non-beneficence, injustice, and violated birth rights. **Conclusions.** It was observed that it is not possible to dissociate bioethical principles, human rights, women's rights, and birth care to obtain quality, equal, equitable, safe care that provides satisfactory experiences for women.

Descriptors: birth care; health inequities; human rights; bioethics.

Overview

Obstetric violence, characterized by abuse, disrespect and mistreatment of women during birth care, is experienced by women worldwide. The professionals responsible for assistance, who should strive for quality care, providing women with respect, maintaining their autonomy, and guaranteeing their rights, are in fact those who frequently work in the perpetuation of the culture of obstetric violence. The aggressions range from psychological to physical, generating irreversible trauma to women subjected to this type of violent assistance. For decades, movements for changing obstetric care practices have been sought around the world. However, it is still observed the maintenance of abusive practices undermining the autonomy of women, making it opportune to survey the literature and identify the bioethical issues surrounding the theme of this context.

Introduction

Thousands of children are born every day in the world. There are thousands of stories to be told about the birth. However, most of these stories about the birth experiences that women have are not happy and fulfilling stories, they are traumatic stories of suffering, fear, insecurity, loss, and abandonment. Birth reports permeated with disappointment and frustration are shared all the time and reflect the birth care provided to these women (VRIES, 2017).

Pregnancy, childbirth, and birth are normal physiological events for human beings. However, the way in which care is provided in the face of these events is driven by cultural issues, power relations, gender issues, and the relation between health professional and patient (DINIZ et al, 2015).

It is incomprehensible that with the development of technology, health and social sciences and the intellectual growth of humanity, countless scientific publications on mistreatment and disrespect for women during labor and delivery, complaints and social movements around the world for improvements in obstetric care, the stories of traumatic childbirth experiences are still repeated (REIS et al, 2015).

The statement “Prevention and elimination of abuse, disrespect and mistreatment during childbirth in health institutions”, published in 2014 by the Duffe, lists the mistreatment suffered by women worldwide during birth care, not

only as a violation of women's rights, but also of human rights, considering these actions "a threat to life, health, physical integrity and non-discrimination" (OMS, 2014).

According to Duffee (2020), suffering is the main theme addressed by bioethics. Thus, to address the issue of mistreatment that generates suffering for women and infringes their rights during the process of delivery and birth, it is necessary to rely on the context of bioethics. Bioethics studies issues related to life sciences, biotechnology, medicine and medical ethics, politics, law, theology, and philosophy (BROADLEY, 1981).

Currently, principlist bioethics, described by Beauchamp and Childress (2012), has stood out as a basis for bioethical discussions and brings as moral principles respect for autonomy, non-maleficence, beneficence and justice, being fundamental to health professionals who assist in the acquisition of virtues of skills such as compassion, discernment, reliability, integrity, and conscience.

In this sense, this review aimed to map the available scientific evidence on the application of bioethical principles in the general context of birth care.

Methodology

A scoping review was carried out to map and understand what the scientific literature has discussed about birth care in the context of bioethics. We followed the structure described by the Joanna Briggs Institute systematic reviews manual based on the methods described (AROMATARIS; MUNN, 2017).

Scoping review studies are different from systematic reviews that seek to delimit the research question more narrowly and to answer these questions from a smaller number of studies evaluated for their methodological quality. Scoping reviews seek to develop broader research questions and do not necessarily assess the quality of the studies reviewed. The main objectives of the scoping reviews are to evaluate a greater number of studies on the topic in order to synthesize and disseminate the findings, in addition to identifying gaps that require specific studies such as systematic review (AROMATARIS; MUNN, 2017).

Thus, our objective was to synthesize and present the results of the research, seeking to answer the question: Do women in labor, childbirth and the puerperium

have their rights guaranteed, through attention to health based on bioethics during care?

The search was carried out using the search strategy pre-established by the protocol of this review, during the month of October 2019, in the PUBMED, SCiELO, Web of Science databases, in the Virtual Health Library (BVS, initials in Portuguese) and, as gray literature, Google Scholar (Chart 1). It should be noted that the BVS, as a library, has the following databases indexed: LILACS, MEDLINE, BDENF – Nursing, thesis banks, and other Latin American bases. The search carried out on Google Scholar considered the first 300 articles found, due to the difficulties of filtering of the site. The search was carried out by two independent researchers and the selection of articles by three researchers for a final consensus on inclusion.

The selection process took place through three stages. In the first stage, a search for articles of systematic review, scoping review or overview was carried out to identify studies conducted by the aforementioned. In the second stage, the descriptors were raised in the databases DeCS (initials in Portuguese for Health Sciences Descriptors) and MeSH (Medical Subject Headings).

From the delimitation of the descriptors, it was possible to elaborate the search strategy. The third stage was the search for articles in the database. The fourth stage was the selection process considering the year of publication, classification by titles, followed by abstracts and finally by the full text.

Studies were included whose participants were women, of any age, who received care during labor, delivery, and the puerperium, in any hospital, maternity or childbirth house. Studies that included participants who received care during home birth were excluded. Theses, dissertations, and academic works not published in online scientific journals, treated as gray literature, were excluded.

The central concept of the included studies should address details related to bioethical principles, feminist-inspired bioethics, theory based on principles or any bioethical or human basis, of human, maternal or women's rights. The context should be assistance in labor, childbirth, and the puerperium, regardless of the country, state, city or region.

The source of information remained open to allow the inclusion of any type of study. Complete articles published in the last ten years, in English, Portuguese,

and Spanish, developed in any year and duration, were eligible. However, after the process of searching and selecting articles, due to the large number of selected articles, preventing an adequate analysis, it was decided to restrict the analysis of articles published in the last 5 years. In the final selection process, were maintained articles whose contexts of autonomy, vulnerability, human rights, women's rights, rights, justice, bioethics, and ethics were contemplated.

The data were analyzed through Bardin's content analysis (BARDIN, 2011), in a descriptive way, through categorization, divided into three stages: pre-analysis; exploration of the material and interpretation of the results.

Table 1 – Data collection according to the search strategies and databases. Brasília- DF, 2020.

Databases	Found	Filters used to search databases	Excluded	Reason	Included
BVS	50	Bioética AND (“assistência ao parto” OR nascimento OR parto)	37	Does not meet eligibility criteria	13
PUBMED	489	Bioética AND (“assistência ao parto” OR nascimento OR parto)	484	Does not meet eligibility criteria	5
Web of Science	70	Bioética AND (“assistência ao parto” OR nascimento OR parto)	70	Does not meet eligibility criteria	0
SCiELO	39	Bioética AND (“assistência ao parto” OR nascimento OR parto)	33	Does not meet eligibility criteria	6
Google Scholar*	300	Bioética AND (“assistência ao parto” OR nascimento OR parto)	245	Does not meet eligibility criteria	55
Total	948	Total	869	Total	79
BVS	30	“Direitos humanos” AND (“assistência ao parto” OR nascimento OR parto)	19	Does not meet eligibility criteria	11
PUBMED	701	“Direitos humanos” AND (“assistência ao parto” OR nascimento OR parto)	692	Does not meet eligibility criteria	9
Web of Science	76	“Direitos humanos” AND (“assistência ao parto” OR nascimento OR parto)	76	Does not meet eligibility criteria	0
SCiELO	33	“Direitos humanos” AND (“assistência ao	24	Does not meet	9

		parto” OR nacimiento OR parto)		eligibility criteria	
Google Acadêmico*	300	“Direitos humanos” AND (“assistência ao parto” OR nacimiento OR parto)	260	Does not meet eligibility criteria	40
Total	1140	Total	1071	Total	69
BVS	194	Autonomia AND (“assistência ao parto” OR nacimiento OR parto)	141	Does not meet eligibility criteria	53
PUBMED	489	Autonomia AND (“assistência ao parto” OR nacimiento OR parto)	484	Does not meet eligibility criteria	5
Web of Science	76	Autonomia AND (“assistência ao parto” OR nacimiento OR parto)	76	Does not meet eligibility criteria	0
SCiELO	126	Autonomia AND (“assistência ao parto” OR nacimiento OR parto)	113	Does not meet eligibility criteria	13
Google Acadêmico*	300	Autonomia AND (“assistência ao parto” OR nacimiento OR parto)	250	Does not meet eligibility criteria	50
Total	1185	Total	1064	Total	121
BVS	13	Bioética AND (partería OR “parto obstétrico” OR “parto normal” OR “trabajo de parto” OR parto OR “atención perinatal”)	6	Does not meet eligibility criteria	7
PUBMED	11	Bioética AND (partería OR “parto obstétrico” OR “parto normal” OR “trabajo de parto” OR parto OR “atención perinatal”)	8	Does not meet eligibility criteria	3

Web of Science	8	Bioética AND (partería OR “parto obstétrico” OR “parto normal” OR “trabajo de parto” OR parto OR “atención perinatal”)	8	Does not meet eligibility criteria	0
SCiELO	7	Bioética AND (partería OR “parto obstétrico” OR “parto normal” OR “trabajo de parto” OR parto OR “atención perinatal”)	7	Does not meet eligibility criteria	0
Google Acadêmico*	239	Bioética AND (partería OR “parto obstétrico” OR “parto normal” OR “trabajo de parto” OR parto OR “atención perinatal”)	230	Does not meet eligibility criteria	9
Total	278	Total	259	Total	19
BVS	4	Bioethics AND midwifery	0	Does not meet eligibility criteria	4
PUBMED	25	Bioethics AND midwifery	24	Does not meet eligibility criteria	1
Web of Science	7	Bioethics AND midwifery	5	Does not meet eligibility criteria	2
SCiELO	0	Bioethics AND midwifery	0	Does not meet eligibility criteria	0
Google Acadêmico*	300	Bioethics AND midwifery	286	Does not meet eligibility criteria	14
Total	336	Total	315	Total	21

BVS	2436	Bioethics AND (delivery OR “natural childbirth” OR labor OR obstetric OR parturition OR “perinatal care”)	2434	Does not meet eligibility criteria	2
PUBMED	549	Bioethics AND (delivery OR “natural childbirth” OR labor OR obstetric OR parturition OR “perinatal care”)	547	Does not meet eligibility criteria	2
Web of Science	51296	Bioethics AND (delivery OR “natural childbirth” OR labor OR obstetric OR parturition OR “perinatal care”)	51292	Does not meet eligibility criteria	4
SCiELO	152	Bioethics AND (delivery OR “natural childbirth” OR labor OR obstetric OR parturition OR “perinatal care”)	152	Does not meet eligibility criteria	0
Google Acadêmico*	300	Bioethics AND (delivery OR “natural childbirth” OR labor OR obstetric OR parturition OR “perinatal care”)	287	Does not meet eligibility criteria	13
Total	54.733	Total	54.712	Total	21
BVS	62	“Human rights” AND childbirth	38	Does not meet eligibility criteria	24
PUBMED	40	“Human rights” AND childbirth	29	Does not meet eligibility criteria	11
Web of Science	56	“Human rights” AND childbirth	43	Does not meet eligibility criteria	13

Science				eligibility criteria	
SCiELO	7	“Human rights” AND childbirth	2	Does not meet eligibility criteria	5
Google Acadêmico*	300	“Human rights” AND childbirth	285	Does not meet eligibility criteria	15
Total	465	Total	397	Total	68
Total BVS	2789		2677	Total	112
Total PUBMED	2304		2268	Total	36
Total Web of Science	51589		51570	Total	19
Total SCiELO	364		331	Total	33
Total Google Acadêmico	2039		1843	Total	196
Total Geral	59.085		58689	Total	396

Results

After evaluation and selection, 12 studies published and available in the search databases were included in this review. There is a significant discrepancy between the number of articles identified in the initial research and those included in the study. This is because most of the articles that address the theme of birth care do not show its relationship with bioethical issues.

Figure 1-Diagram of the result of the article selection process. Brasília-DF, 2020.

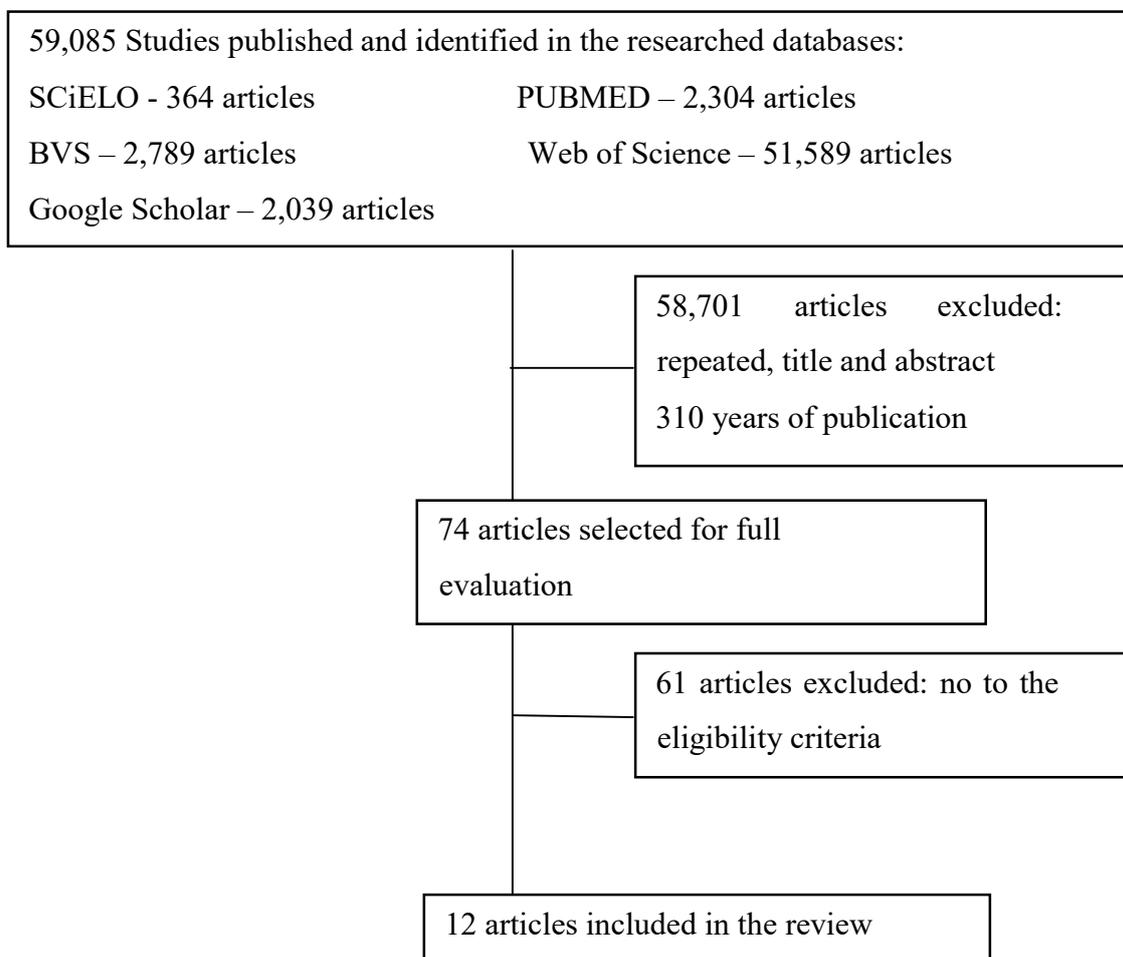


Table 2 – Presentation of the main results. Brasília-DF, 2020.

	Article	Year	Objective of study	Population/ sample	Study design	Main conclusions
E1	Episiotomy and its clinical and ethical implications in the Brazilian context: literature review	2017	To draw an overview of the use of episiotomy in obstetric practices from the evidence published in Brazilian scientific journals	Women who underwent episiotomy	Integrative Review	<ul style="list-style-type: none"> - High episiotomy rates; - Pain and discomfort after episiotomy; - Violation of women’s sexual, reproductive, and emotional rights; - Ignorance of women who underwent episiotomy about procedure and its need; - Episiotomy performed without information and without women’s consent; - Relationship of authority exercised by professionals during birth care; - Procedure does not benefit women during or after delivery;
E2	The violation of fundamental rights during childbirth: an analysis of	2017	To carry out a historical analysis of the evolution of childbirth, its institutionalization,	Women who had their rights violated during childbirth	Bibliographic review	<ul style="list-style-type: none"> - Violated parturient rights: dignity of human person; bioethical principle of autonomy; access to decent and quality care during pregnancy, childbirth, and the puerperium; - Examples of violence that occur the most: humiliation, offenses, psychological torture, sexual comments, and

	women's autonomy and empowerment		and the consequent medicalization the woman's body			interdiction to the movement of women; - Violation of the right to the companion; - Violation of women's sexual and reproductive rights; - Execution of episiotomy, a procedure considered unnecessary and a violation of the woman's body;
E3	Women's autonomy in the birth process	2016	Analyze prenatal, delivery and birth care, from the perspective of women assisted in the Unified Health System	Women who have given birth in public or private hospitals contracted by SUS	Descriptive-exploratory study	- Destitution of the image and autonomy of women; - Lack of information received; - Non-negotiation on procedures and practices; - Lack of attention from health professionals; - Perception of women regarding the inequality in services provided in public and private services, considering better service in the private hospital;
E4	Female autonomy in the process of delivery and birth: integrative literature review	2017	Identify the evidence available in scientific production about health care practices that interfere with the exercise of autonomy by Brazilian women	Brazilian women who received birth care	Integrative review	- Practices that favor the exercise of female autonomy: support and comfort; educational, and informative. - Practices limiting the exercise of autonomy: authoritarian assistance; standardized or routine practices; practices that intensify the painful sensation of childbirth; and impersonal and cold assistance.

			in the process of delivery and birth.			
E5	Human rights in childbirth, narratives, and restorative justice: a review	2017	Describe the emerging global debate on the role of human rights birth	Women who received mistreatment during childbirth	Reflective study	<ul style="list-style-type: none"> - Human rights in childbirth is an emerging field within reproductive health rights; - Labor and delivery are configured as a network of actions in which all parties involved must ensure that the parturient's autonomy is respected; - Autonomy is a human right of childbirth; - The subversion of autonomy brings negative experiences to women in such an important moment of their existence.
E6	International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth	2016	Analyze international human rights standards related to the mistreatment of women during childbirth in hospital birth centers in hospital establishments in accordance with regional and	Women who received mistreatment during childbirth	Systematic review	<ul style="list-style-type: none"> - Mistreatment during birth care violates: Right to be free from violence; Right to be free from torture and another mistreatment; Right to non-discrimination; Right to health; Right to privacy (including physical and mental integrity); Right to be free from practices; that harm women and girls; Right to information; Right to decide the number, spacing and time of children.

			international human rights law			
E7	La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol	2017	Know the experience of women in order to deepen what humanized and satisfactory delivery care means for them	Women who have experienced childbirth	Bibliographic review	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfactory experience with women's childbirth is related to informed decision-making during delivery care; - The autonomy that influences the experience of childbirth is developed over a process that begins in the third trimester of pregnancy and ends in childbirth - Women's needs are different, and equitable care favors satisfaction with childbirth.
E8	Maternity care and Human Rights: what do women think?	2016	Explore women's perspectives and experiences in maternal health services from a human rights perspective in Magu district, in Tanzania.	Women who went through the experience of institutionalized childbirth	Qualitative study	<ul style="list-style-type: none"> - Factors considered regarding human rights and childbirth: economic, geographical, cultural; - The perception of women in relation to human rights in childbirth is related to the level of knowledge that they have about fundamental rights, such as: dignity, autonomy, equality, and safety. - Perception regarding the power relationship between health professional and parturient; - Trust relationship between professional and parturient, good care practices of professionals, dignified and humanized treatment favor childbirth experiences.
E9	Sounding the	2018	Reflect on the	Women who	Reflexive	<ul style="list-style-type: none"> - Power/paternalism relations

	alarm; Government of the Republic of Namibia v LM and women's rights during childbirth in South Africa		sterilization process of women, without consent, during childbirth in Namibia	went through the experience of institutionalized childbirth	study	<ul style="list-style-type: none"> - Prejudice attributed to the female stereotype; - Sterilization during childbirth without the woman's consent - Women in labor considered unable to make decisions - Damage caused to women by health professionals, doctors, men who decided for them, imposing their power; - Violation of the rights to form a family, dignity, and physical integrity; - Corrupted non-beneficence, maleficence, and justice; - Vulnerability of women during childbirth;
E10	Obstetric violence as gender violence and institutionalized: brief considerations based on human rights and respect for women	2016	Demonstrate the existence of a new category of institutional and gender-based violence: obstetric violence	Women who have experienced childbirth	Literature review	<ul style="list-style-type: none"> - Safe motherhood as a fundamental right of women; - Inequality is a determining factor in human rights violation and respect to women during birth care; - Obstetric violence violates sexual and reproductive rights, bodily integrity, and human dignity; - Impacts of obstetric violence on universal human rights categories, such as: equality, dignity, respect, justice, and the value of the human person; - Medicalization of the body and the right to own body; - Right as an instrument of social transformation in birth care and in the fight against obstetric violence;
E11	Obstetric	2016	Present the	Women who	Bibliographic	<ul style="list-style-type: none"> - Unnecessary cesarean section and episiotomy: damage to

	violence: the violation of the parturient's rights and the dehumanization of childbirth		different forms of obstetric violence	have experienced childbirth	review	women; - Jokes about the weight of the pregnant woman, about her pubic hair, discriminating the parturient by her race, social position, religion, profession, or sexual choice are obstetric violence, prejudice, and crime; - Obstetric violence threatens the right to life, health, physical integrity, and non-discrimination; - Violation of human rights, personal freedom, dignity, and reproductive rights; - Violation of the right to a companion; - Private personality rights and - - Right of the patient to the treatment (Autonomy) - Right to information that must be based on informed consent; - Right to adequate assistance; - Right not to suffer unnecessarily; - Vulnerability of women during childbirth; - Legal inefficiency in guaranteeing the parturient's rights; - Proposes the use of criminal law to guarantee the parturient's rights.
E12	Vulnerability of black women in prenatal care and	2018	Analyze differences in prenatal care and	Black women in prenatal care and childbirth in SUS	Descriptive study	- Increased vulnerability of black women during labor and delivery; - Aggressions during birth care occur in common between

	childbirth in SUS: analysis of the survey by the Active Ombudsman		childbirth in SUS according to race/color based on data from the Active Ombudsman Survey of Rede Cegonha in 2012.			black and white women; - Discrimination and social determinants are factors that lead to the violation of the rights of black women during birth care; - The inequities suffered by women cared for in the public health system are intensified for black women
--	---	--	--	--	--	---

The themes emerging from the data were categorized into five categories: impaired autonomy, maleficence, non-beneficence, injustice and violated birth rights (Table 3). Some of the topics covered fell into more than one category in the violation of bioethical, moral, and women’s rights.

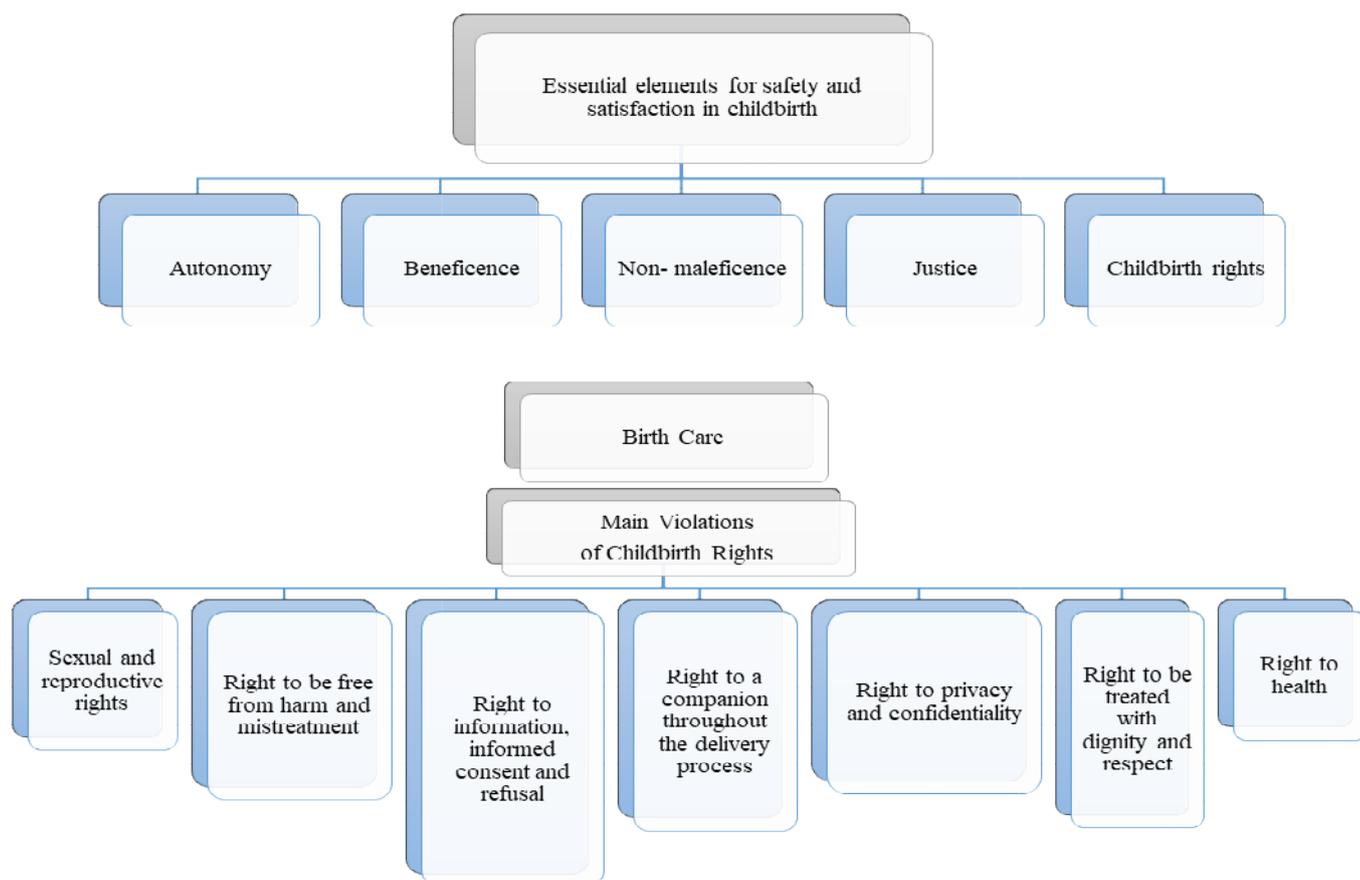
Table 3 – Presentation of the themes found and categorized

Category	Main themes found
Impaired autonomy	<ul style="list-style-type: none"> - Unnecessary procedures; - Lack of autonomy of women; - Lack of consent; - Lack of information; - Authoritarian assistance; - The professional holds decision-making power; - Lack of attention from professionals; - Disposal of women’s self-image; - Actions that do not favor the exercise of women’s autonomy; - Disrespect;
Non-Benefit	<ul style="list-style-type: none"> - Procedure that does not benefit women during or after childbirth; - Actions that do not guarantee the parturient autonomy; - Disrespect; - Impersonal and cold assistance; - Standardized assistance; - Inequities in assistance; - Power relations; - Mistreatments; - Lack of attention from professionals; - Practices that intensify the painful sensation of childbirth; - Humiliation, offenses, psychological torture, sexual comments, and interdiction to the women’s movement;
Maleficence	<ul style="list-style-type: none"> - Pain and discomfort after episiotomy; - Practices that intensify the painful sensation of childbirth; - High episiotomy rates; - Ignorance of women who underwent episiotomy about the procedure and its need;

	<ul style="list-style-type: none"> - Relationship of authority exercised by professionals during birth care; - Humiliation, offenses, psychological torture, sexual comments, and interdiction to women's movement; - Non-negotiation on procedures and practices; - Lack of attention from health professionals; - Impersonal and cold assistance; - Standardized or routine practices;
Injustice	<ul style="list-style-type: none"> - Humiliation, offenses, psychological torture, sexual comments, and interdiction to women's movement; - Perception of women regarding the inequality in services provided in public and private services; - Iniquity; - Social and gender inequality; - Vulnerability declared as a disabling factor for decision-making; - Performing sterilization without consent; - Carrying out procedures without information and consent; - Racial and social discrimination; - Care based on power relationships;
Violated Childbirth Rights	<ul style="list-style-type: none"> - Sexual, reproductive, and emotional rights; - Right to be free from harm and ill-treatment; - Right to information, informed consent, and refusal; - Right to privacy and confidentiality; - Right to be treated with dignity and respect; - Right to equality, freedom from discrimination, and equitable care; - Right to health; - Right of dignity of human person; - Right to a companion throughout the delivery process; - Human rights in childbirth.

Based on the findings described in each article selected for this study, meeting the eligibility criteria, the main results were mapped and synthesized into elements, divided into two categories: essential elements for safety and satisfaction in childbirth and main rights violated during childbirth assistance (Figure 4).

Figure 2 – Mapping of the main elements found. Brasília-DF, 2020.



Source: Elaborated by the authors.

Discussion

The 2014 WHO Declaration for the prevention and elimination of abuse, disrespect, and mistreatment during childbirth in health institutions indicates, one by one, the actions of mistreatment,

(...) include physical violence, profound humiliation and verbal abuse, coercive or non-consented medical procedures (including sterilization), lack of confidentiality, failure to obtain informed consent before procedures are performed, refusal to administer painkillers, serious violations of privacy, refusal of admission to health institutions, negligent care during childbirth leading to preventable complications and life-threatening situations, and detention of women and their newborns in institutions after childbirth for inability to pay. Among others, adolescents, single women, women of low socioeconomic status, ethnic minorities, migrants, and

those living with HIV are particularly prone to experiencing abuse, disrespect, and mistreatment (OMS, 2014).

Considering each action in birth care described by WHO (2014) as obstetric violence, we understand that these actions do not meet essential bioethical requirements and violate the woman's birth rights. The findings of this scoping review point to a series of inequities, violations of rights, and assistance provided by professionals devoid of humanization, ethics, and bioethics.

Article A1 describes the episiotomy procedure as a routine practice and performed, in great majority, without women's consent or knowledge during the vaginal delivery care. This practice, considered unnecessary, does not bring any benefit to women during labor, delivery or postpartum. Many women are harmed by the procedure. The study concludes that the principles of autonomy, beneficence, and non-maleficence are set aside while they should be a way of guaranteeing the safety of the mother-baby binomial and maintaining the quality of care, in benefit and satisfaction at such a time important as the birth of her child (VITÓRIA; GUILHEM, 2017).

Article A2 provides an analysis of the historical evolution of childbirth, gender and sexuality issues that involve women's sexual and reproductive rights. It addresses the institutionalization of childbirth and the medicalization of the woman's body as factors to remove the woman's autonomy and brings the importance of childbirth to restore autonomy. It also debates obstetric violence and the consequent violation of the basic fundamental rights of women in the process of giving birth (BARROS; RUVIARO; RICHTER, 2017).

Article A3 observed, through the speeches of the women interviewed, the lack of attention on the part of health professionals. These women experienced their deliveries so poorly in public services that they expressed the belief that to receive quality care, it would be necessary to use private service, bearing the costs for good care. The article pointed to actions of professional misconduct, even in private maternity hospitals. The main elements observed were the lack of dialogue, autonomy, the destitution of the parturient's own image, the lack of information on the evolution of childbirth generating fear, anxiety, and dissatisfaction with the birth experience lived (MARTINS; MATOS; SANTOS, 2016).

The findings of article A4 identified health care practices that interfere in the exercise of the autonomy of Brazilian women in the process of childbirth and birth, practices that favor and limit: authoritarian care practices as an asymmetric relationship between professional and patient; uninformed and/or unauthorized behaviors and procedures; standardized or routine practices; generalized prescriptions without scientific evidence; neglect of emotional aspects and female autonomy; practices that intensify the painful sensation of childbirth; unnecessary obstetric interventions; trivialization of labor pain; and impersonal and cold assistance practice, reflected by repression and abandonment, limit the exercise of autonomy (REIS et al, 2017).

In contrast, the article found care practices: those provided in out-of-hospital settings, such as delivery houses and at home; assistance provided by non-medical professionals and obstetric nurses; care practices of support and comfort; psychological and emotional support; use of relaxation techniques; educational practices during prenatal care and group activities; and information/clarification as practices that favor the exercise of women during the process of birth (REIS et al, 2017).

Article A5 discusses human rights in childbirth, an emerging field within reproductive health rights with a focus on improving maternal health, including actions such as the Sustainable Development goals, by the United Nations (UN). The human right in childbirth transcends the simplistic and mistaken idea that labor should be an automatic and standardized process, configuring it as a network of actions, whose involved must ensure that the autonomy of the pregnant woman will be respected (LOKUGAMAGE; PATHBERIYA, 2017).

In actions in which women's autonomy is subverted, there is scoping for the emergence of episodes such as abuse, excess of unnecessary interventions and lack of privacy, resulting in negative experiences in a unique moment for the woman. The article also presents restorative justice as a prominent point for changes in delivery and birth care. Human rights in childbirth are seen by authors as a basis for exploring other areas left aside and restorative justice as a transformation factor of polarized views created in childbirth disputes, thus creating popularity and effectiveness in restorative processes, breaking a vicious cycle of clinical misconduct in care during childbirth (LOKUGAMAGE; PATHBERIYA, 2017).

Article A6 analyzed the themes: childbirth, informed consent, discrimination, accountability, abuse in childbirth, mistreatment during childbirth, sterilization, stigma, harmful practices during childbirth, sexual and reproductive health and rights, respect and disrespect, and reproductive choice, in the fulfillment of human rights in labor and childbirth. Human rights were considered by the authors as an important accountability tool to recognize and protect women's rights during childbirth and in the prevention of mistreatment. Knowledge of human rights standards helps health professionals to understand the constitution of mistreatment during childbirth and to develop effective interventions and policies to prevent it (KHOSLA et al, 2016).

Article A7 denotes the term “humanization” of childbirth as unknown in its meaning by women. However, women perceive quality care when they obtain self-control during childbirth and observe that health professionals base their practices on scientific evidence. They perceived the relationship between the satisfaction of women with the experience of childbirth and their capacity for autonomy to make decisions, the security provided by the hospital structure, the respect for their intimacy, and the bond and/or trust that health professionals provide them. The authors concluded that there is a need for the ethical and communicative training of professionals who attend childbirth, respect the autonomy of women in decision-making, advancing towards shared decision-making (GARRIDO, TRICA, BENIDO, 2017).

In article A8, the authors analyzed the perception of women in rural region in Tanzania. They demonstrated that they were aware that their experiences in maternity assistance reflect violations of their basic rights and expressed what basic human rights principles mean to them, as well as the desired applications in the provision of maternal health services. Then, they understood that perceptions are shaped according to the level that women acquire throughout life on the fundamental pillars of human rights: dignity, autonomy, equality, and safety (MILTENBURG et al, 2016).

Article A9 brings disgusting results for the perception of human rights and dignity. The authors present a *res judicata* regarding the sterilization without consent of a woman during childbirth. The Supreme Court of Namibia concluded that it was not necessary to obtain consent during labor because of the woman's incapacity due to acute pain caused by the physiological event. The article denounces that this is

not the only case in Africa. Absurdly, the court was based on gender issues, allowing the male medical professional to occupy the woman's body by the power granted to him by the medicalization of childbirth. The article warns of the risk of perpetuating the dangers in which women are exposed during childbirth due to the vulnerability in which they find themselves and are placed, resulting in serious injustices and violation consented by the Justice of the sexual and reproductive rights of women, as well as the human rights of childbirth (PICKLES, 2018).

Article A10 highlights safe motherhood as a fundamental right of women, thus discussing through social relations human rights and the Constitutional State that a free, fair, and dignified change is expected from/by/for women during delivery and birth. Obstetric violence is considered a social construction and classifies violence during delivery as gender violence in removing the autonomy of women by submitting to practices without their consent, often unnecessary, abusive, and full of misconduct and mistreatment. The authors point to the need to denounce, judicialize, and punish such acts considered as assistance and, therefore, use the law as a tool for social change and fight to combat obstetric violence (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016).

Article A11 addresses the situation of obstetric violence as a violation of women's rights. It describes the physical, psychological, sexual, media, institutional, and material characteristics and indicates that this violence can occur before, during and after childbirth. It mentions the different rights of the parturient that are constantly violated in Brazil, such as: human dignity; bioethical principle of autonomy; access to decent and quality care during pregnancy, childbirth, and the puerperium. Examples of violence, humiliation, offenses, psychological torture, sexual comments, and interdiction of the movement of women are evidenced, which in short violates article 5 of the constitution (SANTOS, 2018).

Article A12 analyzed the ombudsman network of Rede Cegonha, a program of the Ministry of Health of Brazil that aims to ensure reproductive rights and provide continuous care actions for maternal and child health. Through this analysis, it was observed that black and brown women were in worse conditions in socioeconomic characteristics, in prenatal and childbirth assistance. Women during childbirth are vulnerable, and black and brown women are even more vulnerable, for reasons of discrimination, not only of gender, but of race/color. The authors

show the social determinants, the inequities, and inequalities, mental and social issues. For them, recognizing the existence of these determinants allows the awareness of professionals, improvements in care practice and the development of public policies to generate the necessary respect for rights of socially marginalized populations and discriminated against by public health itself (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

Study limitations

As a limitation of this review, the inclusion of studies that were available in full is considered, which may have excluded studies with possible important results. The scoping review does not assess the methodological quality of the studies, as its central objective is to map the topic of interest to understand its discussion in the scientific literature. Thus, this can be considered a limitation of the study.

Conclusions

Twelve articles were analyzed after applying the article selection methodology. Data related to the main theme were extracted. It was seen that the right in childbirth needs to be incorporated into discussions about birth care worldwide. Practices of mistreatment and abuse are observed in different countries, being essential to debate the topic and to look for tools capable of minimizing the impacts suffered by women during childbirth. With this review, available evidence was mapped on the application of bioethical principles in the general context of birth care. It was observed that it is not possible to dissociate bioethical principles, human rights, women's rights, and childbirth assistance to obtain quality, equal, equitable and safe assistance and that provides satisfactory experiences for women.

The need to expand the knowledge of health professionals who work in birth care regarding professional ethics and bioethics in the practices themselves is highlighted, working on the principle of autonomy and shared decision-making.

It was noted that, although living in the height of technology and Evolution of science, in the 21st century, outdated, not based on evidence, disrespectful, based

on power relations practices, whether professional-patient or for gender issues, are still evidenced.

It was concluded that more studies are needed to develop interventions that are based not only on current scientific evidence for safe delivery, but also interventions based on human rights, ethics, and bioethics in promoting women's rights and to ensure respectful care and during the process of being born.

Contributors

All authors: contributed to conceptualising and designing the study; read and approved the final version of the manuscript. GIF and DBG: drafted the manuscript. KHB, ACA and CO: made major revisions.

Funding

This scoping review is funded by the Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) and Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasília, Brazil.

Conflict of interests

None declared.

References

Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute: Editors. [on-line]. Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>. [Access on October 2, 2019].

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições.

Barros, BMC.; Ruviano, R.; Richter, D. (2017). A violação dos direitos fundamentais na hora do parto: uma análise da autonomia e empoderamento da mulher. *Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas*, 1, 5, 67-104. [on-line].

Available at: <http://dx.doi.org/10.25245/rdssp.v5i1.204>. [Access on October 15, 2019].

Beauchamp, T.L.; Childres, J.F. (2012). *Principles of Biomedical Ethics*. United States: Oxford University Press.

Broadley, P.R. (1981). The Encyclopedia of Bioethics. *Reference Services Review*, 3, 9, 9-16. [on-line]. Available from: <https://doi.org/10.1108/eb048713> [Access on October 30, 2019].

Diniz, S.G.; Salgado, H.O.; Andrezzo, H.F.A.; Carvalho, P.G.C.; Carvalho, P.C.A.; Aguiar, C.A.; y Niy, D.Y. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 3, 25, 377-376. [on-line]. Available from: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. [Access on October 30, 2019].

Garrido, A.B.; Tricas, J.G.; Gómez, J.B. (2017). La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol. Tesis de doctorado. *Departament d'Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Maternoinfantil*. Universitat de Barcelona. Barcelona. [on-line]. Available at: <http://hdl.handle.net/10803/457137>. [Access on October 15, 2019].

Khosla, R.; Zampas, C.; Vogel, J.P.; Bohren, M.A.; Roseman, M.; y Erdman J.N. (2016). International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth. *Health Hum Rights Journal*, 2, 18, 131-143. [on-line]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5394989> [Access on October 25, 2019].

Lokugamage, A.U.; Pathberiya, S.D.C. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive Health*, 17, 14, 1-8. [on-line]. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0264-3>. [Access on October 10, 2019].

Mariani, A.C.; Nascimento Neto, J.O. (2016). Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Caderno da Escola de Direito (UNIBRASIL)*, Curitiba - Paraná, 2, 25, 48-60. [on-line]. Available at: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernosdireito/article/view/3060>. [Access on October 30, 2019].

Martins, C.A.; Mattos, D.V.; Santos, H.F.L. (2016). Autonomia da mulher no processo parturitivo. *Revista enfermagem UFPE On Line*, Recife - Pernambuco, 12, 10, 4509-4516. Available at: DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201611>. [Access on October 15, 2019].

Pickles, C. (2018). Sounding the Alarm: Government of the Republic of Namibia v LM and Women's Rights during Childbirth in South Africa. *Pioneer in peer-reviewed, open access online law publications (PER/PELJ)*, 21, 2-34. [on-line] Available at: DOI: [10.17159/1727-3781/2018/v21i0a4303](https://doi.org/10.17159/1727-3781/2018/v21i0a4303). [Access on October 28, 2019].

Reis, T.L.R.; Padoin, S.M.M.; Toebe, T.F.P.; Paula, C.C.; Quadros, J.S. (2017). Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 1, 38, 1-8. [on-line]. Available at: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-44720170164677.pdf>. [Access on October 20, 2019].

Santos, M.B.B. (2018). Violência obstétrica: a violação aos direitos da parturiente e a desumanização do parto. *Revista de Direito UNIFACEX*, Natal - Rio Grande do Norte, 1, 7, 1-23. [on-line]. Available at: <https://periodicos.unifacex.com.br/direito/article/view/869/285>. [Access on April 2, 2020].

Miltenburg, S.A.; Lambermon, F.; Hamelink, C.; y Meguid, T. (2016). Maternity care and Human Rights: what do women think?. *BMC International Health Human*

Rights, 17, 16, 1-10. [on-line]. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12914-016-0091-1>. [Access on October 30, 2019].

Theophilo, R.L.; Rattner, D.; Pereira, E.L. (2018). Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11, 23, 3505-3516. [on-line]. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103505&lng=pt&nrm=iso. [Access on November 2, 2019].

Vitória, N.B.T.; Guilhem, D.B. (2017). A episiotomia e suas implicações clínicas e éticas no contexto brasileiro: revisão de literatura. Completion of course work. *Nursing Department. Faculty of Health Sciences*. University of Brasília. [on-line]. Available at: <https://bdm.unb.br/handle/10483/21097>. [Access on November 2, 2019].

Artigo 3

Ferreira, G.I.; Lopes, A.C.P.; Oliveira, B.S.M.; Ferreira, G.A.; Silva, S.M;Oliveira, C.M; Guilhem, D. Effects of labor induction on perinatal outcomes in a low-risk maternity.Em **processo de submissão**. 2021.

Effects of labor induction on perinatal outcomes in a low-risk maternity

Abstract

Introduction. Prolonged labor is an important cause of perinatal morbidity and mortality related to inefficient uterine contractions as well as inadequate fetal presentation or other abnormal factors. Thus, difficulties in the progression of labor have become the main indications of the necessity of cesarean sections, more common in primiparous women. The induction of labor within the indication criteria may be associated with a reduction in maternal complications and improved perinatal results. **Objectives.** This study sought to evaluate the clinical and epidemiological aspects of labor induction and its relations with the delivery outcomes and perinatal results in the low-risk maternity hospital at the Federal District. **Methods.** This is cohort study aimed at comparing labor assisted by expectant management (health-related condition) and labor conducted through induction (exposure of interest) in the parturient groups in the Central-North region of Brazil. Information was extracted from 879 medical records of women who underwent childbirth care between the years of 2015 and 2019, the last 5 years. **Results.** The sociodemographic questions showed that 50% of the evaluated mothers were between 21 and 30 years old. Through the analysis of the characteristics of childbirth, it was noticed that maternal-fetal follow-up, maternal-fetal follow-up and postpartum were the most used protocols for inducing labor in the women in this sample. The most frequent type of induction was intravenous oxytocin. Regarding the association analysis, it was found that the induction of labor is related to childbirth outcomes, with the majority progressing to cesarean section, a greater number of complications during childbirth and changes in the newborn's heart rate after childbirth. On the other hand, no association was found between induction, weight and APGAR score. Therefore, induction of labor was not considered a risk of complications for the newborn, not requiring hospitalization in the NEO ICU, since there was no association between these phenomena. **Conclusion.** An association between induction of labor and outcomes of childbirth and maternal complications has been demonstrated. However, no association with negative perinatal outcomes or risk of neonatal complications was observed. **Descriptors:** Labor Induction; Obstetric Assistance; Cesarean Section; Vaginal Delivery.

Introduction

It is estimated that around 140 million children are born every year in the world. Most low-risk pregnancy deliveries are vaginal at the early stages of labor. However, there are situations in which complications arise, and the risk of maternal-neonatal morbidity and mortality increases. Approximately 25% of maternal deaths occur before delivery, 25% at delivery and immediately after delivery, about 33% of deaths between 2 and 42 days postpartum, with the remaining percentage of deaths occurring between 42 days and 1 year after birth (AMANHI, 2018).

In the case of low-income countries, the mortality rate is even higher. The best strategy identified to reduce the morbidity and mortality rates is to improve the quality of care during childbirth (WHO, 2018).

In 2000, at the headquarters of the United Nations (UN), the leaders of 191 countries adopted the Millennium Declaration, whereby a pact was established between countries with eight millennium development goals to be achieved by the year 2015. The fifth objective was to reduce maternal mortality by two-thirds over the established period (WHO, 2015; AMANHI, 2018).

However, in the chapter: “Maternal Mortality Estimates” in the publication Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division (2019), demonstrate in their results, with the inclusion 185 countries that about 295,000 maternal deaths occurred in 2017, 211 maternal deaths per 100,000 live births from preventable causes (WHO, 2019). In Brazil, 1,039 direct maternal deaths and 2,785 indirect deaths occurred in 2019. This information is accompanied by a technical note that warns of underreporting of the data received, as each municipality in the national territory needs to notify properly (DATASUS, 2021).

C-section rates show a strong association with maternal and neonatal mortality rates. Unnecessary cesarean sections can cause complications and lead to morbidity and mortality, especially in regions with little or no infrastructure to perform them or treat their complications, the recommended rate of cesarean sections is 15%, according to WHO Working Group on Caesarean Section (2016). In Brazil, the public and private sectors together reach a 56.3% cesarean section rate in the year 2019 (DATASUS, 2021).

Prolonged labor is an important cause of perinatal morbidity and mortality related to inefficient uterine contractions as well as inadequate fetal presentation or other abnormal factors. Thus, difficulties in the progression of labor have become the main indications of the necessity of cesarean sections, more common in primiparous women (ACOG, 2021).

Due to the high rates of cesarean section, concerns have arisen regarding whether, in these cases, cesarean section has been proposed too early, without exploring other less invasive interventions that could lead to vaginal delivery. On the other hand, the inappropriate use of unnecessary interventions can cause clinical harm and hurt the autonomy and dignity of women and their experience of childbirth. Assistance requires evidence-based guidance to properly select how and when to intervene in the birth process (ACOG, 2021).

In view of the importance of reducing maternal and neonatal mortality rates, since 1996 the World Health Organization (WHO) has released guides and recommendations, based on current scientific evidence, regarding the management of labor and delivery, good care practices and indications to induce labor and perform cesarean sections (WHO, 2018).

In Brazil, national programs and guidelines have been developed for carrying out labor and birth. In 2011, the Rede Cegonha was created with the objective of implementing a new model of maternal and childcare focused on childbirth, birth and growth / development assistance for children up to two years of age. In addition, it seeks to reduce inequities, to ensure access, welcome and resolution in health care networks to reduce maternal and child mortality rates (LEAL et al, 2021).

It was observed that the induction of labor within the indication criteria may be associated with a reduction in maternal complications and better perinatal results (SOUTER et al, 2019). Induction of labor is a common intervention when considering that birth is safer than further maintaining pregnancy. Approximately 25% of women in the United Kingdom, Europe and the United States undergo labor-inducing procedures (MIDDLETON et al, 2020).

The procedures are pharmacologic or mechanical; however, they are not without risks. For the benefits to outweigh the damage, induction must be properly indicated and follow WHO recommendations for performing the procedure (WHO, 2012). Previously, induction of labor was considered a risk of requiring a cesarean

section. However, induction does not necessarily result in this outcome. In the case of full-term pregnant women this is not an absolute fact, and further studies are needed to prove this relation (GROBMAN, 2016).

Advances in drugs used to induce labor and procedural protocols point to a decrease in fetal and mother-child mortality rates, without increasing the number of cesarean sections performed. However, the current evidence does not allow a clear recommendation. (WALKER et al, 2016; SACCONI; BERGHELLA, 2015).

In this sense, we raise the following hypotheses: labor induction affects perinatal outcomes; there is a relationship between labor induction and delivery outcomes; there is a relationship between labor induction and decreased mother-child mortality.

Observing the WHO hypotheses and recommendations for inducing labor, this study sought to evaluate the assistance and epidemiological aspects of labor induction and its relationship with delivery and perinatal outcomes in a low-risk maternity in Federal District.

Method

This is a cohort study aims to compare two groups of parturients: women who went into labor in accordance with the expectant conduct and women who received the induction of childbirth, with the exposure of interest being the induction of labor. The retrospective cohort possible to verify whether there were associations between exposure (induction) and the condition related to parturients (perinatal outcomes). (PEREIRA, 2008, p. 277). Through this method it was possible to verify the presence of associations between labor induction and the different variables related to labor.

Data were collected at the public maternity hospital of Federal District, from May to October 2019. Data recorded in the medical records of low-risk pregnant women who gave birth at term gestation, 37 weeks and 0 days to 41 weeks and 6 days (BRAZIL, 2017), whether or not submitted to labor induction, regardless of outcome, were included. The statistically estimated sample size, considering a 95% confidence interval, was of 768 records. However, information was extracted from 879 medical records of women who underwent childbirth care between the years of 2015 and 2019, the last 5 years.

Data collection was conducted using the QuestionPro application, installed on tablets used exclusively on the development of this study. The data collection team was trained and divided to properly survey the variables.

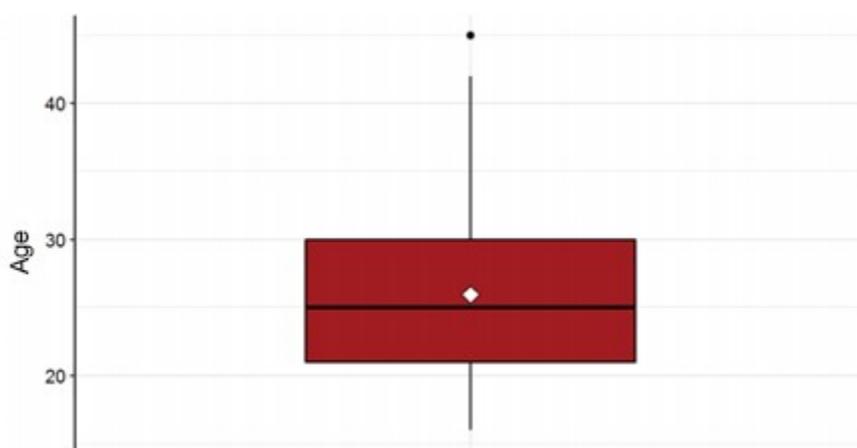
Quantitative and qualitative variables were analyzed by calculating the mean, median, quartiles, population and sample variance (using standard deviation). The data were analyzed statistically by several tests, such as: Fisher's exact test, t test of comparison of means for unknown and equal population variances, Bartlett's test for homogeneity of variances, Mann-Whitney U test, Shapiro-Wilk normality test, Hypothesis Test: bilateral, unilateral and applied type 1 and 2 error tests. The data were expressed graphically, using *Box Plot* and descriptive graphs.

The study was carried out in accordance with Resolution No. 466/2012 of the National Health Council of the Ministry of Health for research involving human beings, observing the ethical principles with respect to autonomy, non-maleficence, beneficence and justice, according to the Consubstantiated Report No. 2,526,758, issued by the Research Ethics Committee (REC) of the University of Brasília and by the CEP of the Foundation for Teaching and Research in Health Sciences of the Federal District.

Results

The sociodemographic variables assessed in women were: age, education, race/color, state of residence and administrative region of residence in the Federal District. The patients were aged between 16 and 45 (Figure 1), resulting in a range of 29 years, and 50% of the patients were aged between 21 and 30 years old. The only mother aged 45 years old is an outlier, as she stands out from all others.

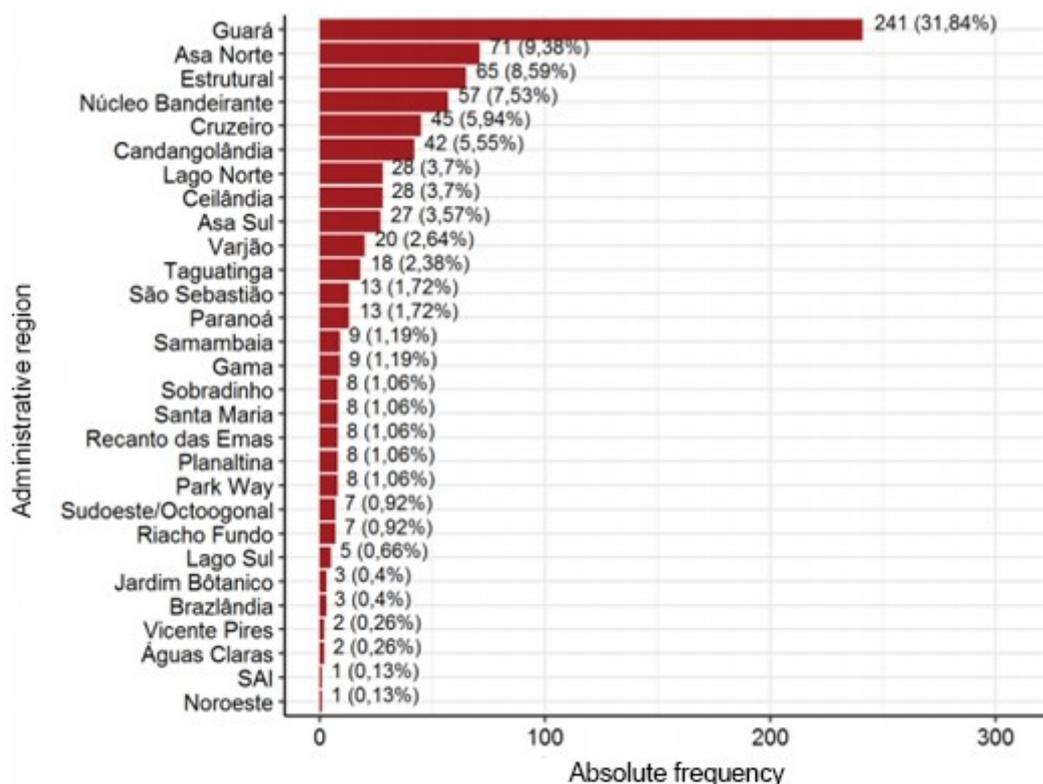
Figure 1 - Box Plot: age variable. Brasília - DF, 2020.



Only 39 out of 810 women had their educational level on record, among which none had completed graduate studies, 11 (28.21%) had started or completed higher education, and 15 (38.46%) had not completed high school. As for the race/color variable, 195 records were available on medical records, of which nearly 30% were white women and the remaining 70% were black or brown.

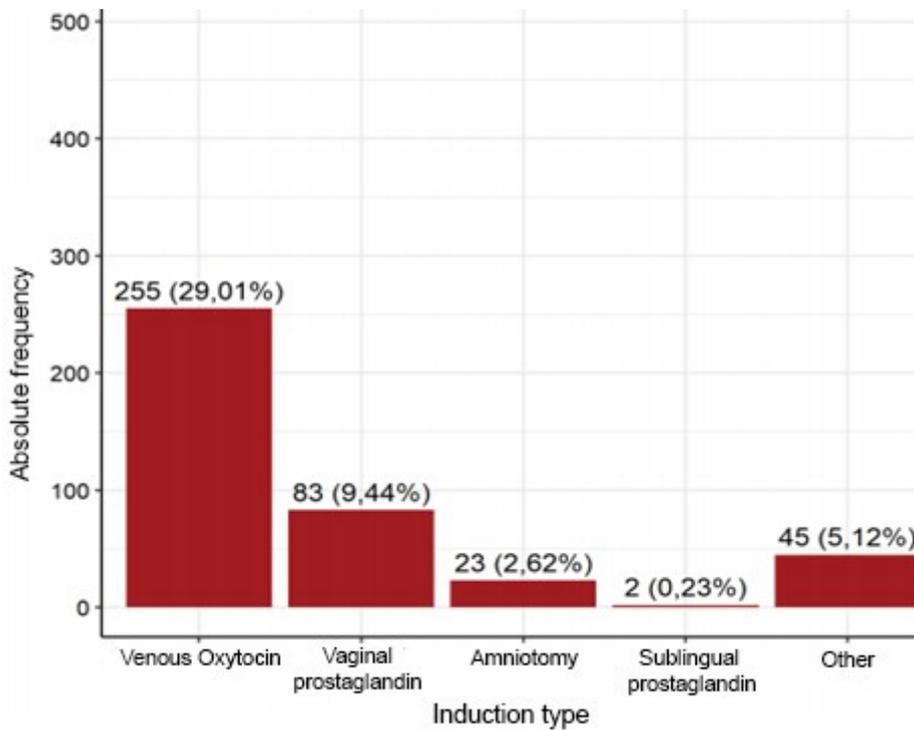
Most women were residents of the Federal District, with 765 women (95.02%), being Goiás (GO) the only other state that has considerable data, with 28 (3.48%) observations in the sample. As for the administrative region of residence, about 50% of women had a residence in Asa Norte, Guara or Estrutural city (Figure 2).

Figure 2 - Graph of the Administrative Regions of Residence of Women Admitted to Maternity. Brasília - DF, 2020.



Regarding the type of induction, 408 women received some form of induction. It was noted that venous oxytocin was the most common induction method in the sample (Figure 3). Labor induction was performed in 48.15% of the patients in the sample, 45.17% did not undergo labor induction and 6.68% did not have a record.

Figure 3 - Types of Labor Induction Recorded. Brasília - DF, 2020.



The episiotomy, obstetric complications and clinical complications variables were analyzed in relation to the labor induction variable (Figure 4). A total of 839 records were considered for the analysis of variables. From Table 1, it is observed that 200 patients (23.84% of the total sample of 839 patients) underwent the episiotomy procedure, among which 101 (12.04% of total sample) had their labor induced. Most of the sample (489) did not undergo episiotomy, with 209 women receiving induction and 257 not.

Figure 4 - Frequency of Episiotomy by Presence or Absence of Labor Induction. Brasília - DF, 2020.

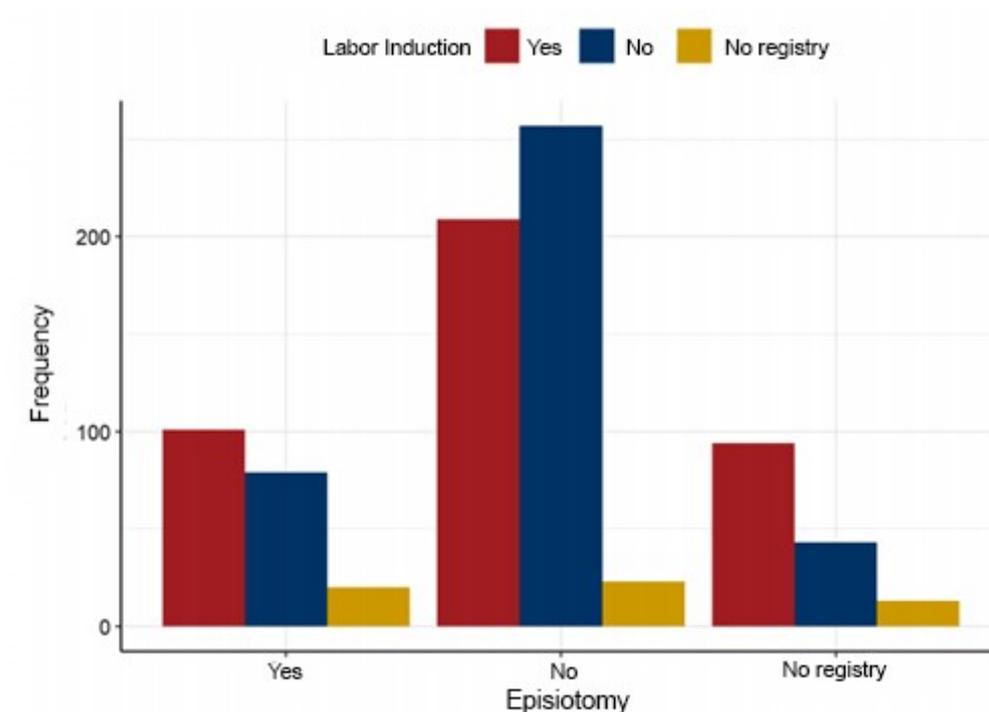


Table 1 - Frequency of Episiotomy by Labor Induction. Brasília - DF, 2020.

Episiotomy	Labor Induction			Total
	Yes	No	No registry	
Yes	101	79	20	200
No	209	257	23	489
No registry	94	43	13	150
Total	404	379	56	839

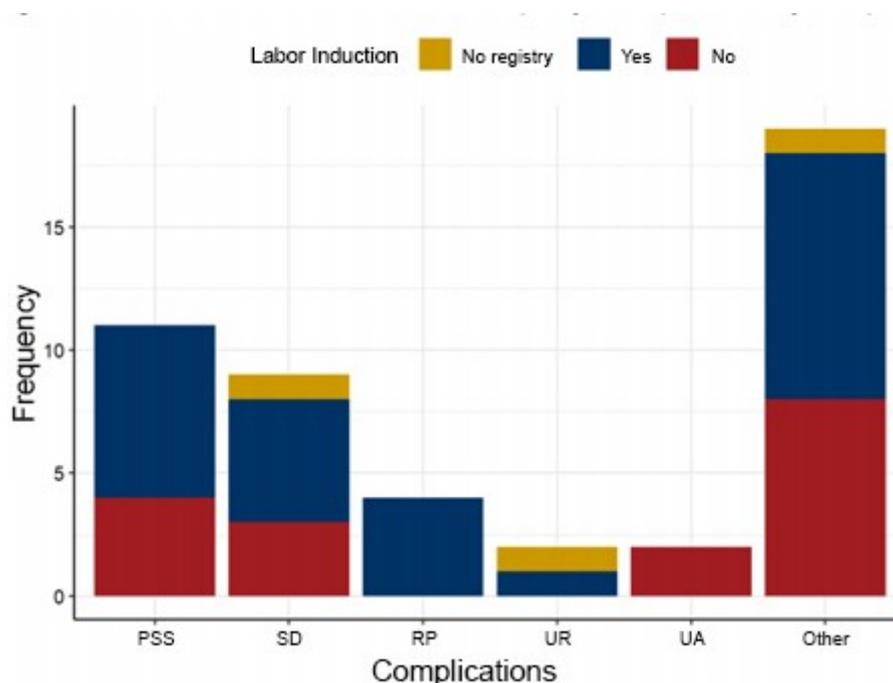
For the obstetric complications' variable, only 74 patients (8.82% of the total 839 patients) needed intervention, while there was practically no difference for groups with induced and non-induced deliveries. The same analysis can be seen in the group of patients who did not experience obstetric complications.

Table 2 - Frequency of Obstetric Complications due to Labor Induction. Brasília - DF, 2020.

Obstetric Complications	Labor Induction			Total
	Yes	No	No registry	
Yes	37	36	1	74
No	349	333	53	735
No registry	18	10	2	30
Total	404	379	56	839

For the analysis of the complications in labor and labor induction variables, 839 observations of the sample were considered and the classes of the variable that appeared in the collected data were: prolonged second-stage labor (PSS), shoulder dystocia (SD), retained placenta (RP), uterine rupture (UR), uterine atony (UA), other, none and no record.

Figure 5 - Complications during Labor and Induction. Brasília - DF, 2020.



The number of patients who underwent induction and had some kind of complication was higher, except in patients that presented uterine atony (UA).

The relationship between delivery outcome (vaginal or c-section) and labor induction was investigated in 783 records (Figure 6). Apparently, the existence of a correlation between the type of delivery and induction was observed. After applying

Fisher's Exact Test (Chart 1), it was noticed that, in fact, there was a relationship between induction and the type of delivery, since the small P-value leads us to reject the null hypothesis. That is, the variables are not independent. Thus, the number of cesarean sections was higher in women who received labor induction (Table 3).

Figure 6 - Type of Delivery and Induction. Brasília - DF, 2020.

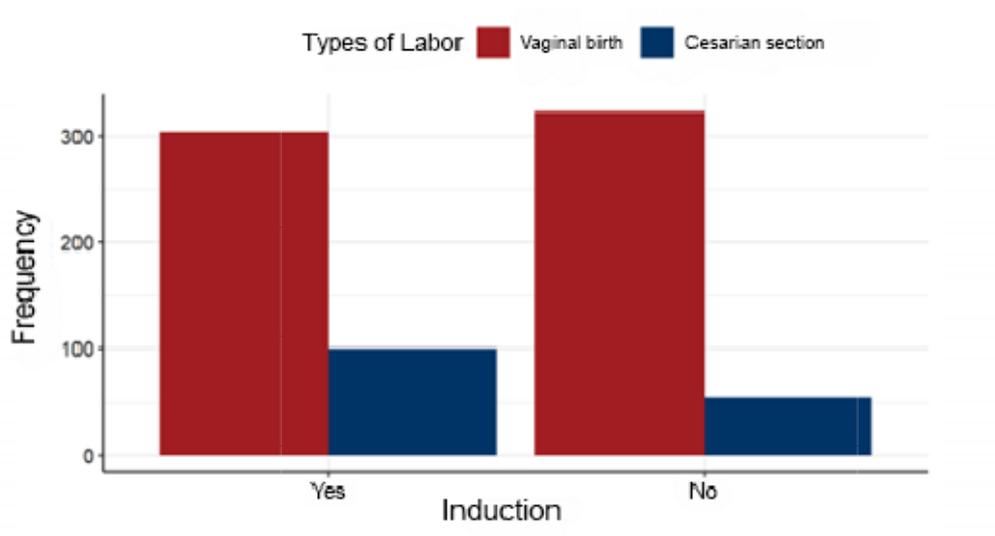


Table 3 - Outcome of Delivery and Induction. Brasília - DF, 2020.

Outcome of Delivery	Induction		Total
	Yes	No	
Vaginal birth	304	324	628
Cesarian section	100	55	155
Total	404	379	783

Regarding newborn indicators and labor induction, the average weight of the newborn was 3.14 kg and 3.27 kg for delivery with and without induction, respectively. The results observed in low weight babies were 2.13 kg and 2.15 kg with and without induction, respectively. It was not possible, by graphical analysis alone, to draw strong conclusions about the association between variables. A means comparison test and the *t*-test were performed, and the observed p-value was of 0.24. Therefore, there is no evidence to reject H_0 , and it is possible to conclude, at a

significance level of 5%, that the mean values for both types of childbirth intervention do not present significant differences, that is, they did not exhibit an association.

The baby's heart rate right after delivery showed similarity in babies with or without labor induction, with the average of the two almost equal around 140 bpm. However, two babies whose mother underwent labor induction were born at less than 100 bpm. To verify, individually, the possibility of association between the variables, several statistical tests were carried out (hypothesis test, Shapiro-Wilk, Shapiro, and Wilcoxon-Mann-Whitney), thus, the mean heart rates of babies with and without induction were different from each other.

Analysis of APGAR score by occurrence of induction had a total of 602 medical records.

Figure 7 - Box Plot: APGAR Score and Labor Induction. Brasília - DF, 2020.

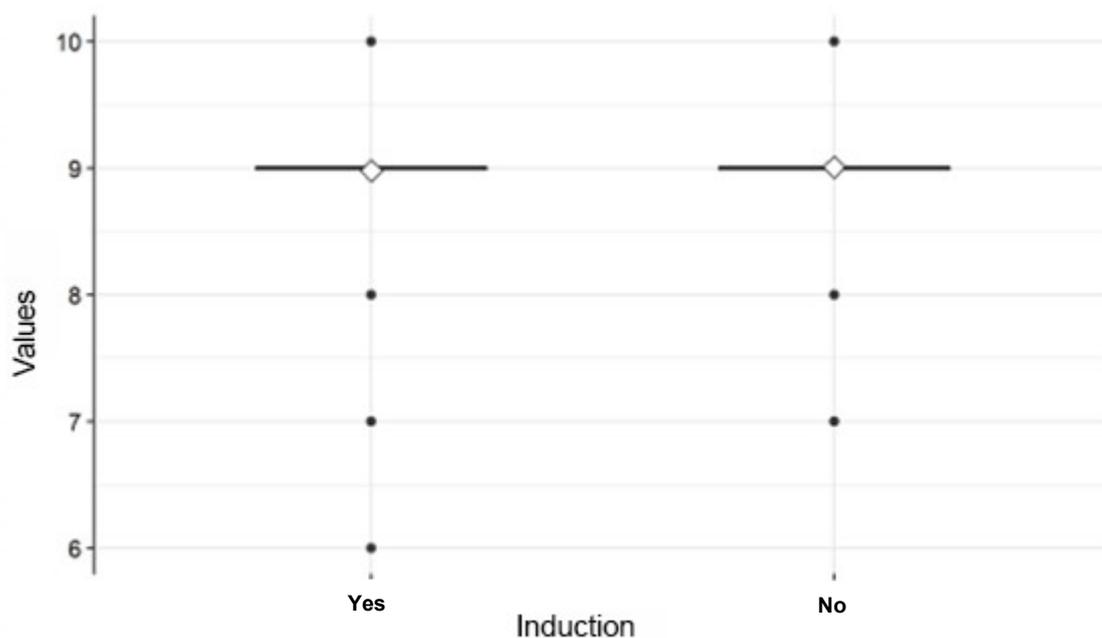


Table 4 - P-value Result of the Association Test (Fisher's Exact Test) Between Induction and APGAR score. Brasília - DF, 2020.

Variables	Fisher's Exact Test	Comparison of means	Test Decision*
APGAR with Induction	< 0.001	0.60	Does not reject H_0
APGAR without Induction	< 0.001		

From the analysis of Figure 7 and Table 2, an average APGAR score of 8.98 was observed for mothers who underwent labor induction and 9 for those who did not, showing that the values of the two groups were similar. In addition, they have the same 1st and 3rd quartiles and the same median, whose values were 9 for these measures, and the same occurs for the maximum, whose value was 10. Then, a mean comparison test was performed to verify if there was a difference between the values of the two groups.

In this sense, the Wilcoxon-Mann-Whitney means comparison test was used, assuming independence of the groups. After the test was performed a P-value of 0.60 was obtained, greater than the 5% significance level. Therefore, there is not enough evidence to reject the null hypothesis, that is, the groups have equal means. Thus, whether mothers received induction or not does not influence the values of the APGAR variable in this sample.

The last variable analyzed was the newborn's need for admission to the Neonatal Intensive Care Unit (ICU NEO) in relation to labor induction, based on 700 observations recorded in medical records.

Table 5 - Hospitalization in ICU NEO and Induction. Brasília - DF, 2020.

ICU baby	Induction		Total
	Yes	No	
Yes	2	4	6
No	352	342	694
Total	354	346	700

It was noticed that of the 6 babies who went to the ICU, only 2 mothers suffered induction and the other 4 did not. Out of the 694 who were not, 352

mothers underwent induction and 342 did not, a minor difference. Thus, admission to the ICU NEO does not appear to be related to the mother undergoing induction. In order to examine what was said in the descriptive analysis, a non-parametric association test (Fisher's exact test) was performed between these two variables, in order to verify whether they are independent or not. After the test, a P-value of 0.446 was found, greater than the 5% significance level. Therefore, there is not enough evidence to reject the null hypothesis, that is, the variables are not associated, and thus the induction of labor does not cause the newborn's admission to the ICU.

Discussion

The sociodemographic variables evaluated showed that 50% of the mothers were between 21 and 30 years old and 28.21% had completed high school. In addition, most mothers declared themselves brown. About 95% of registered mothers come from the Federal District, and half of the patients who informed their administrative region live in Guar, Asa Norte or Cidade Estrutural. Through the analysis of the characteristics of childbirth, it was noticed that the maternal-fetal and postpartum follow-up, the expectant management, was the most used protocol in the women in this sample.

It was observed that most women who received episiotomy had undergone induction of labor. No significant differences were found regarding neonatal complications and APGAR alterations, although apparently the induction may favor the increase in the frequency of the newborn. Regarding maternal variables, induction showed an association with maternal complications and a higher number of cesarean sections among induced women.

The World Health Organization defines labor induction as the process of artificially stimulating the uterus to begin labor. The most used methods described in the literature are the administration of oxytocin or prostaglandin and the manual rupture of the amniotic membranes. In high-income countries, one in four term births occurs through induction. (WHO, 2018).

Pregnancies that extend beyond the due period increase the risk of fetal or neonatal death, with induction being one of the methods used to deliver women of

post-term gestation (MIDDLETON et al, 2020). In the context of the humanization of childbirth and birth, in which women's rights and autonomy must be respected, the induction of labor, when conducted according to the current scientific evidence and has been properly indicated, must be considered and recommended (SCAPIN et al, 2018).

A recently published Systematic Review compared the protocols for expectant management and labor induction and demonstrated that the use of labor induction protocols after 41 weeks of gestation reduces the incidence of perinatal deaths and decreases admission rates to the neonatal intensive care unit (MIDDLETON et al, 2020).

Expectant management is an attitude of waiting for the start of labor spontaneously through maternal and fetal monitoring. This monitoring can include heart auscultation of the fetus, ultrasound to assess the amniotic fluid and cardiotocography (WHO, 2018).

Labor induction can be indicated electively or therapeutically. Elective indications are similar to elective cesarean sections in that the scheduling of the procedure is carried out without evidence or guidelines as to their real need, generating a greater risk of the result not being as expected, in addition to the risk of complications. The therapeutic induction of childbirth is performed when it becomes safer for the mother and fetus to terminate the pregnancy at the expense of its maintenance (SCAPIN et al, 2018).

Labor induction is classified as mechanical, when maneuvers and devices are utilized to induce the onset of labor, and pharmacologic, with the use of synthetic substances that will act in the induction process. Among the drugs most used today are oxytocin and prostaglandin, mainly Misoprostol (prostaglandin E1). Mechanical methods include the use of catheters, such as the Foley catheter, osmotic hygroscopic cervical dilators, amniotomy, membrane detachment and extra amniotic saline infusion (*ibid*).

The final decisive factor in the conduct indicated by the professional for inducing labor is the woman's consent after receiving information and clarifications about the procedure, as well as its risks and benefits (WHO, 2018).

Observing the recommendations for inducing labor, it can be understood that the indications and contraindications are related to post-term gestation and

complications due to maternal, obstetric or fetal pathologies, in which the need to intervene for birth is greater than the need to sustain pregnancy, although these complications do not require immediate interventions, as in cases of cesarean section indication.

SOTIRIADIS et al, 2019, in its meta-analysis, indicates the 39th gestational week as the ideal time for inducing labor in nulliparous women, its results demonstrate that at this gestational age the rate of unsuccessful interventions decreases, as well as the risk for surgical delivery and the risk of late hypertension. Another benefit of inducing labor in the 39th gestational week presented was the reduced need for respiratory support for the newborn.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), supported by the American College of Nurse-Midwives (ACNM), recommends elective labor induction (ACOG, 2019) for healthy pregnant women who have only one fetus and a gestational age of thirty-nine weeks to decrease the risk of cesarean section; pregnant women with premature membrane rupture who are candidates for spontaneous vaginal delivery; pregnant women with ruptured membranes at term who are candidates for spontaneous vaginal delivery, in which case expectant management can be maintained for 12-24 hours, with the joint decision between the woman and the health professional assisting her; and pregnant women in the positive group for *Streptococcus B*, who should start prophylaxis through antibiotic therapy, being able, however, to start induction immediately.

Recent studies on the effects of labor induction contradict each other, such as, for example, the systematic review by RYDAHL et al. (2019) that claims induction before the end of term was associated with few beneficial results and several adverse results when performed before 41 gestational weeks and the meta-analysis of cohort studies by GROBMAN and CAUGHEY (2019), that shows that the elective induction at a gestational age of 39 weeks, when compared to expectant management, demonstrated less cesarean risk, maternal peripartum infection and adverse perinatal results, including respiratory morbidity, admission to the intensive care and mortality (GROBMAN; CAUGHEY; 2019; RYDAHL et al, 2019)

In this sense, observing the profile described in this study, in a low-risk maternity, it was identified that although the induction of childbirth is associated with the cesarean outcome and greater risks of complications during childbirth, the

induction does not influence the increase in the risk of neonatal hospitalizations and maternal and neonatal interventions.

Unlike labor induction, there are concerns surrounding the number of episiotomies performed. About 23% of women had an episiotomy during vaginal delivery, it should also be noted that 17% of the medical records did not present information regarding the occurrence or non-occurrence of this procedure.

Episiotomy is described as a routine procedure performed, in great majority, without the woman's consent or knowledge during the assistance to vaginal delivery. This practice, considered unnecessary, does not bring any benefit to women during labor, delivery or postpartum. Many women are harmed by this procedure (VITÓRIA; GUILHEM, 2017).

A systematic review published by Cochrane, showed that there is no justification with a current scientific basis for performing routine episiotomies to prevent severe perineal trauma and no benefits of routine episiotomy for baby or mother can be identified (JIANG et al, 2017). Evidence published by WHO does not recommend the performance of an episiotomy, however the intervention is still defended and performed (WHO, 2018). After searching for a theoretical deepening of the theme, several articles were found on continuing education, technical updates, episiotomy indications and guidelines for doctors and nurses, in addition to clinical and observational studies on the need to prevent laceration of the anal sphincter during the childbirth. (SULTAN et al, 2019; PAPADAKIS et al, 2020; STATPEARLS, 2021).

The systematic review data were considered by the authors to be insufficient, thus pointing to the need to develop more studies that can guide best practices in childbirth care, regarding the performance and its criteria or not of episiotomy. It is necessary that the current evidence of recommendation is respected, while there is no evidence rigorously raised to the contrary, for that, it is necessary to create concise public policies that guide the clinical practice, increasing safety and the quality of assistance to women during childbirth and birth.

Limitations

Incomplete and inadequate medical and nursing records made it difficult to analyze the entire sample for all variables. Each variable was analyzed based on a

different sample size due to the lack of records, causing a number of losses greater than acceptable for some variables. This was the main limitation of this study.

Conclusions

The most frequent type of induction was venous oxytocin, administered in 255 cases. In addition, it is observed that most women who had an episiotomy intervention underwent labor induction.

Labor induction has not been shown to be associated with obstetric complications. Regarding complications in childbirth, the number of patients who had induced labor and who had some type of complication is higher in all categories, except in patients with uterine atony.

Regarding the association analysis, it was found that labor induction is related to delivery outcomes and to the newborn's heart rate after delivery. On the other hand, no association was found between induction, weight and APGAR scores. Therefore, labor induction was not considered to be a risk of complications to the newborn, and thus not requiring admission to the ICU NEO, since there was no association between these phenomena.

From the findings of this study, we conclude that the labor induction protocol followed in the Maternity low-risk of Federal District, study local, may be a factor associated with the need for cesarean section. However, strong conclusions cannot be drawn, due to the lack of information on the medical records. Thus, raising awareness of medical professionals and nurses regarding the evolution and necessity of properly recording information on patient's medical records is strongly advised, so that from adequate records knowledge of the real health circumstance being studied can be obtained, and improvements in assistance can be proposed.

References

ACOG. Definition of term pregnancy. Committee Opinion No. 579. Amer. Col. of Obstetr. and Gynecol., Washington, DC, v. 122, n. 1, p. 1139–40, nov. 2013. Available in:

<<https://www.acog.org/~media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Obstetric%20Practice/co579.pdf>>. Access: March 5th. 2016.

ACOG. Committee Opinion No. 766 Summary: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth, Obstetrics & Gynecology, v.133, n.2. e4068, 2021. Available at: <http://10.1097/AOG.0000000000003081>, accessed on: mar 5. 2021

BETRAN, A.P. et al. “WHO Statement on Caesarean Section Rates.” BJOG : an international journal of obstetrics and Gynecology vol. 123,5 (2016): 667-70. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034743/>

BRAZIL. National guidelines for assistance in normal childbirth. Secretariat of Science, Technology and Strategic Supplies. Department of Management and Incorporation of Health Technologies. Brasília: Ministry of Health, 2017. 51 p. Available at: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diristra_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf access on 10 aug 2020.

GROBMAN, WA Induction of labor and cesarean delivery. N. Engl. J. Med., V. 374, n. 9, p. 880-1. 2016.

GROBMAN, WA; CAUGHEY, AB Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies. American Journal of Obstetrics and Gynecology. v.221, n.4, e30410, 2019. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.046> accessed on Sep 2020.

JIANG, H.; QIAN, X.; CARROLI, G.; GARNER, P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100300&lng=pt&nrm=iso>. access on 02 Nov. 2020.

SILVA, A.A.M. et al. Neonatal morbidity near miss in the Born in Brazil (Nascer no Brasil) research. *Cad. Public Health*, Rio de Janeiro, Vol. 30, s.1, p.182-91. 2014. Available at: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0182.pdf>>. Access on: Mar 10. 2016.

SOTIRIADIS et al. Maternal and perinatal outcomes after elective induction of labor at 39 weeks in uncomplicated singleton pregnancy: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019; 53:26–35. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/uog.20140>

SOUTER, V.; PAINTER, I.; SITCOV, K.; CAUGHEY, A.B. Maternal and newborn outcomes with elective induction of labor at term. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Mar;220(3):273.e1-273.e11. doi: <http://10.1016/j.ajog.2019.01.223>

STATPEARLS [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430685/>

STOCK, SJ; FERGUSON, E.; DUFFY, A.; FORD, I.; CHALMERS, J.; NORMAN, JE Outcomes of elective induction of labor compared with expectant management: population-based study. *BMJ*, v. 344, n. 2838, p. 1-13. 2012. Available at: <<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e2838>>. Access on 01 Apr. 2016.

SULTAN, A.H.; THAKAR, R.; ISMAIL, K.M.; KALIS, V.; LAINE, K.; RÄISÄNEN, S. H.; DE LEEUW, J. W. The role of mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2019. doi:<http://10.1016/j.ejogrb.2019.07.005>

UN. United Nations Development Programme. Millenium Development Goals. United Nations. New York: 2012. Available at: <<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>. Accessed on: 20 apr. 2016.

VITÓRIA, NBT; GUILHEM, D. Episiotomy and its clinical and ethical implications in the Brazilian context: literature review. Completion of Course Work. Nursing Department. Faculty of Health Sciences. Universidade de Brasília, 2017. Available at: <https://bdm.unb.br/handle/10483/21097>. Access on Nov. 2. 2019.

WHO. Fact sheet No. 290. Millennium Development Goals (MDGs). World Health Organization. 2015. Available at: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/>>. Access on: mar 10. 2016.

WHO. WHO statement on cesarean rates. World Health Organization. 2015. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_eng.pdf>. Access on: mar 10. 2016.

WHO. Recommendations for augmentation of labor. World Health Organization. 2014. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf>. Access on: mar 10. 2016.

WHO. Recommendations on episiotomy policy. World Health Organization. Geneva, 2018. Available at: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-episiotomy-policy-0> access in Oct 2020.

WHO. Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. World Health Organization. Geneva, 2018. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1>

WHO. Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience Transforming care of women and babies for improved health and well-being. World Health Organization. Geneva, 2018. Available at:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

Artigo 4

FERREIRA, G.I.; SILVA, L.B.; OLIVEIRA, C.; GUILHEM, D. Autonomia da parturiente no contexto da assistência ao trabalho de parto induzido: estudo transversal. Revista Colombiana de Bioética. **Em processo de revisão por pares.** 2021.

Autonomia da parturiente no contexto da assistência ao trabalho de parto induzido: estudo transversal

Resumo

Introdução. Respeitar a parturiente é reconhecer sua autonomia. A indução do parto é um dos procedimentos realizados de modo excessivo, sem justificativas pautadas em evidências científicas para prática. A autonomia da parturiente pode colaborar para sua segurança e satisfação com a experiência do parto. **Objetivo.** Trata-se de um estudo transversal realizado no período de outubro de 2019 a junho de 2021 por meio da aplicação de um questionário eletrônico, construído no *Google Forms*, contendo questões fechadas. **Resultados.** 383 mulheres responderam ao questionário elaborado pelos autores. A idade das participantes variou entre 17 a 50 anos. Dentre as participantes, 28,8% tiveram o parto induzido, das quais 12,5% passaram pela indução mecânica, 62,5% receberam ocitocina e 25% prostaglandina/misoprostol. **Conclusões.** A autonomia da parturiente na condução do seu parto é primordial para que os profissionais atuem com boas práticas na assistência ao parto.

Descritores: Bioética; autonomia; parto; indução do parto.

Resumen

Introducción. Respetar a la parturienta es reconocer su autonomía. La inducción del parto es uno de los procedimientos que se realiza de forma excesiva, sin justificaciones basadas en evidencias científicas para la práctica. La autonomía de la parturienta puede contribuir a su seguridad y satisfacción con la experiencia del parto. **Objetivo.** Se trata de un estudio transversal realizado desde octubre de 2019 a junio de 2021 mediante la aplicación de un cuestionario electrónico, construido en *Google Forms*, que contiene preguntas cerradas. **Resultados.** 383 mujeres respondieron el cuestionario elaborado por los autores. La edad de los participantes osciló entre los 17 y los 50 años. Entre las participantes, el 28,8% tuvo trabajo de parto inducido, de los cuales el 12,5% se sometió a inducción mecánica, el 62,5% recibió oxitocina y el 25% prostaglandina / misoprostol. **Conclusiones.** La autonomía de la parturienta en la realización de su parto es fundamental para que los profesionales actúen con buenas prácticas en la atención al parto.

Descriptorios: Bioética; autonomía; parto; inducción del trabajo de parto.

Abstract

Introduction. To respect the parturient is to recognize her autonomy. Induction of childbirth is one of the procedures performed in an excessive way, without justifications based on scientific evidence for practice. The parturient's autonomy can contribute to her safety and satisfaction with the experience of childbirth.

Objective. This is a sectional study carried out from October 2019 to June 2021 through the application of an electronic questionnaire, built on Google Forms, containing closed questions. **Results.** 383 women answered the questionnaire prepared by the authors. The age of the participants ranged from 17 to 50 years. Among the participants, 28.8% had induced labor, of which 12.5% underwent mechanical induction, 62.5% received oxytocin and 25% prostaglandin / misoprostol. **Conclusions.** The parturient's autonomy in conducting her delivery is essential for professionals to act with good practices in childbirth care.

Descriptors: Bioethics; autonomy; childbirth; labor induction.

Introdução

A bioética pode ser vista sob várias óticas e diferentes teorias. Em 1978, o Relatório de *Belmont* trouxe princípios fundamentais para ética em pesquisa, beneficência, respeito e justiça. No ano seguinte, foi publicado o livro “Princípios de Ética Biomédica” abordando quatro princípios para direcionar as decisões na ética médica: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, esses princípios gerais e o próprio conceito ficou conhecido como bioética principialista ⁽¹⁾.

Tratando-se do princípio da autonomia, este se relaciona à capacidade que o indivíduo possui em conduzir sua vida, decidir por si próprio diante das situações lhe impostas pela vida, conforme o que julga melhor para si ⁽¹⁾.

Respeitar o paciente em sua amplitude é reconhecer sua autonomia, deve ser esta a conduta ética dos profissionais de saúde, assim, o princípio da autonomia é a base para toda prática assistencial em saúde, considerando que o paciente possui faculdades intelectuais e morais capazes de avaliar tomar decisões. Este princípio remete à dignidade humana e aceitar que cada pessoa possui formas diferentes de agir e pensar quanto a seu próprio destino, seguindo seu planejamento de vida, com suas crenças, valores, cultura, experiências já vividas e expectativas ⁽²⁾.

Nascimento e parto são fases de grande importância para o ser humano é o início da vida. Para destacar este momento do nascimento, Michel *Odent* nos traz uma frase de grande significado: “para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”, mas para transformar o modo de nascer é preciso restaurar a autonomia da mulher sobre seu processo de parto.

Na assistência ao parto, desde os tempos antigos e as mudanças na forma de nascer, as mulheres perderam sua autonomia, sendo imposto a elas como deveriam agir ou quais intervenções seriam submetidas sem sua escolha ou autorização. Para que a humanização do parto e os direitos humanos sejam respeitados é preciso recuperar a autonomia e o direito de escolha da mulher sobre o seu corpo durante o processo do nascimento ⁽³⁾. Quando a assistência ao parto não é realizada de modo humanizado e a mulher não exerce sua autonomia, sentimentos de medo, ansiedade, frustração e preocupação tomam conta da mulher, tornando o trabalho de parto como algo a ser suportado a qualquer custo desfavorecendo a vivência satisfatória, saudável e natural do momento do nascimento ⁽⁴⁾.

Observando a necessidade ainda atual pela humanização do parto e a restauração da autonomia feminina na condução de seu próprio parto, não podemos deixar de lembrar seu contexto histórico marcado por relações de poder e gênero na construção sociocultural que inclusive, envolveu os profissionais que atuavam e atuam na assistência ao parto e ao nascimento ⁽⁵⁾.

Historicamente, o corpo da mulher se tornou objeto de disputa entre a mulher e sua autonomia e o poder exercido pelo médico na relação médico-paciente. Assim, o parto se constituiu como uma experiência social determinada pelas relações de poder entre mulheres, profissionais, familiares, grupos sociais e instituições ⁽⁵⁾.

Assim, a mulher subordina-se a ordens e procedimentos na condução do seu parto, pois o profissional acredita que seu conhecimento clínico justifica o poder de decidir por ela que se encontra incapaz neste momento. As práticas assistenciais foram padronizadas para todas as mulheres, generalizando o cuidado com base em uma assistência autoritária e sem evidências científicas atualizadas. Dentre as tantas práticas que se tornaram rotina na assistência ao parto, encontramos a infusão da ocitocina na indução ou na tentativa de aceleração do parto ⁽⁴⁾.

A indução do parto é uma intervenção útil quando a mulher não entra em trabalho de parto espontâneo e é mais seguro que se interrompa o parto, dessa

forma, com a indicação e a condução adequada, a indução do parto auxilia a prevenção de cesáreas desnecessárias, ou seja, evitar um procedimento mais invasivo com maiores riscos. Tradicionalmente, a indução do parto é realizada por meio da administração de ocitocina, misoprostol e/ou amniotomia ⁽⁶⁾. A amniotomia, atualmente, não é recomendada nas boas práticas do parto ⁽⁷⁾.

Ainda que a intenção da indução do parto seja a prevenção do parto distócico por seu prolongamento ou sua necessidade para induzir o início do trabalho de parto, evitando cesáreas precoces e desnecessárias, realizadas de modo incorreto ou sem indicação pode causar danos. Tal intervenção clínica sem indicação também é uma forma de retirar da mulher autonomia durante o processo de parto, podendo gerar uma experiência de parto negativa ⁽⁶⁾.

Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo compreender a autonomia da mulher na assistência ao parto induzido.

Método

Para responder ao objetivo geral deste estudo utilizamos como delineamento o estudo transversal, um estudo epidemiológico descritivo. As investigações descritivas têm o intuito de informar sobre a distribuição de um evento em termos quantitativos. As variáveis a serem utilizadas podem ser de diferentes naturezas, sejam objetivas ou subjetivas, como dados antropológicos, sociológicos, psicológicos e educacionais ⁽⁸⁾.

A amostragem foi não probabilística seguindo os critérios de elegibilidade. As participantes foram selecionadas por meio da técnica bola de neve ⁽⁹⁾, utilizando redes sociais para identificação das mulheres que atendiam aos critérios de elegibilidade e indicavam a outras e assim sucessivamente.

O questionário foi divulgado o link de modo virtual, por meio das redes sociais para que as mulheres que se encaixassem nos critérios de inclusão e se interessassem pelo tema e respondessem. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2019 a junho de 2021 por meio da aplicação de um questionário eletrônico, construído no *Google Forms*, contendo questões fechadas.

O questionário era composto de dados sociodemográficos e obstétricos - financiamento do parto, tipo de parto, se a mulher entrou em trabalho de parto espontâneo, duração do trabalho de parto, se o parto foi induzido, se sabia o que era

indução do parto, se recebeu ou consentiu informações quanto à indução do parto e se recebeu ou consentiu informações durante o trabalho de parto sobre os procedimentos, medicamentos, intervenções que seriam realizados.

Os critérios de inclusão foram mulheres de qualquer idade, que receberam assistência ao parto no sistema público ou privado do Distrito Federal nos últimos 5 anos e aceitaram participar do estudo. Não foram excluídas mulheres que passaram por cesárea, pois não significa que não receberam alguma indução anterior ao procedimento. Os critérios de exclusão foram mulheres que residiam fora do Distrito Federal ou tiveram alguma complicação durante o trabalho de parto.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial. Na estatística descritiva utilizamos médias, medianas, desvio padrão e tabelas de frequência e percentual. Na estatística inferencial utilizaram-se testes estatísticos de hipóteses, o teste de *Mann-whitney*, *Kruskal-Wallis* e *Qui-quadrado*.

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, observando-se os princípios éticos em respeito à autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, aprovado pelo CEP, CAAE 24514819.4.0000.5056. Antecedendo ao questionário, havia um texto didático contendo esclarecimentos sobre o estudo e em seguida o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para consentimento.

Resultados

Por meio da técnica de bola de neve para inclusão das participantes no estudo, 383 mulheres responderam ao questionário elaborado pelos autores. A idade das participantes variou entre 17 e 50 anos, sendo a média 25,8 anos. Quanto ao estado civil 57,18% eram casadas, 33,87% possuíam renda familiar maior que 5 salários-mínimos e 55% ensino superior completo (Tabela 1).

Dados sociodemográficos

	Freq	%
Estado Civil		
Casada	219	57.18
Divorciada	8	2.09

Solteira	121	31.59
União estável	35	9.14
Total	383	100

Renda

Menor que 1	45	12.1
1 a 2	70	18.82
2 a 3	69	18.55
3 a 5	62	16.67
Mais que 5	126	33.87
Total	372	100

Escolaridade

Ensino Fundamental	8	2.11
Ensino Médio	102	26.84
Técnico	3	0.79
Ensino Superior	209	55
Pós-graduação	58	15.26
Total	380	100

Quanto ao financiamento do parto, 14,36% utilizaram recursos próprios (particular), 40,21% planos de saúde e 45,43% o Sistema Único de Saúde. Dentre as participantes, 28,8% tiveram o parto induzido, das quais 12,5% passaram pela indução mecânica, 62,5% receberam ocitocina e 25% prostaglandina/misoprostol (Tabelas 3 e 4). Quanto ao trabalho de parto ter se iniciado de modo espontâneo, 25,51% das mulheres não entraram em trabalho de parto espontâneo assim, observa-se uma pequena diferença no percentual de mulheres que teve o parto induzido, apontando para o fato de que as mulheres que receberam a indução, de fato não haviam entrado em trabalho de parto espontaneamente, sendo indicada a indução para se evitar uma cesárea precoce, como as evidências científicas orientam.

Tabela 2 - Financiamento do Parto

	Freq	%
Próprio (particular)	55	14.36
Plano de saúde	154	40.21
SUS	174	45.43
Total	383	100

Tabela 3 - Seu parto foi induzido? Você sabe o que é indução do parto?

	Não	%	Sim	%	Total	%	P.valor
Não	12	3.13	252	65.8	264	68.93	0
Não sei	8	2.09	3	0.78	11	2.87	
Sim	3	0.78	105	27.42	108	28.2	
Total	23	6.01	360	93.99	383	100	

Tabela 4 - Tipo de indução recebida

	Freq	%
Mecânica	13	12.5
Ocitocina	65	62.5
Prostaglandina/misoprostol	26	25.0
Total	104	100.0

Os resultados mostraram que mesmo com a indução do parto 32,06% das mulheres foram submetidas à cesárea. Foi questionado se as participantes tinham conhecimento sobre o que é indução do parto 93,99% afirmou ter conhecimento. Durante a assistência ao pré-natal 54,83% das mulheres não receberam informações sobre a indução do parto e quando este método poderia ser utilizado no trabalho de parto. Dentre as que receberam informações sobre a indução do parto, apenas 16,67% informaram uma forma de indução por meio de ocitocina, o restante informou medicações e procedimentos que não são utilizados para indução do parto, demonstrando que mesmo dentre as que afirmaram ter recebido informações, não compreenderam ou não receberam informações adequadas (Tabelas 5 e 6).

Tabela 5 - Você recebeu informações durante o pré-natal sobre métodos de indução do parto e quando poderiam ser utilizados?

	Freq	%
Não	210	54.83
Sim	173	45.17
Total	383	100.00

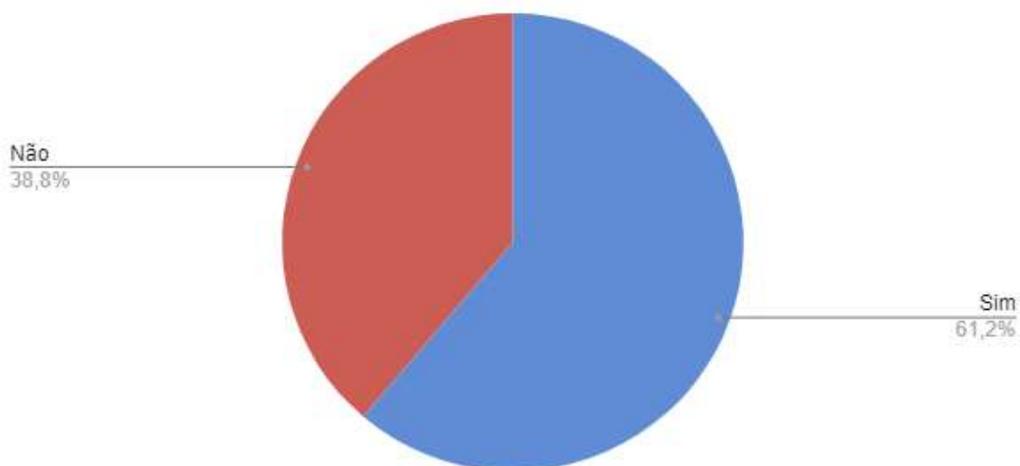
Tabela 6 - Recebeu Informações sobre:

	Freq	%
Ocitocina	17	16.67

Soro	7	6.86
Não sei	5	4.90
Anestesia	4	3.92
Antibiótico	4	3.92
Buscopan	4	3.92
Analgesia	3	2.94
Não lembro	3	2.94
Outros	55	53.93
Total	102	100.00

Das participantes que receberam a indução do parto 38,8% não foram consultadas se autorizavam ou não a realização do procedimento (Figura 1). Quando questionadas quanto ao recebimento de informações durante o trabalho de parto sobre outros procedimentos, medicamentos e intervenções que seriam realizados e se solicitaram seu consentimento, 21,15% não recebeu informações, das quais 4,96% consentiram a intervenção.

Figura 1 -Percentual de mulheres com parto induzido que foram consultadas quanto ao seu consentimento para indução do parto



Os resultados encontrados apontaram um perfil sociodemográfico cujas mulheres em sua maioria são casadas, possuem renda superior a cincosalários-mínimos e ensino superior completo, além do financiamento do parto ser em maior

porcentagem, no setor privado por meio de recursos particulares ou planos de saúde (54,57%). Observou-se que uma parte significativa das mulheres que recebeu a indução do parto não foi consultada sobre a realização do procedimento o que limitou o exercício de sua autonomia.

Discussão

Os resultados deste estudo levantam elementos relacionados ao exercício da autonomia da parturiente, não apenas nos casos da indução quanto na própria assistência geral ao parto. Podemos, então, identificá-lo como: violência obstétrica, falta de preparo e informações adequadas para o parto durante a assistência ao pré-natal; relações de poder entre profissional e paciente; falta de informações repassadas à parturiente durante o parto para subsidiar suas decisões; quebra do direito da parturiente em consentir e falsa sensação de autonomia.

A violência obstétrica é caracterizada por relações não humanizadas entre profissional e paciente de modo que a parturiente se torna submissa ao profissional que se apropria de seu corpo, realizando procedimentos medicalizados com excessivas intervenções desnecessárias que impedem a mulher de exercer sua capacidade de decisão, ocasionando uma experiência de parto negativa para mulher e muitas vezes gerando traumas e impactos em sua qualidade de vida. Existem casos em que a mulher tem a sensação de que sua autonomia é respeitada, no entanto, trata-se de uma falsa sensação, pois essa autonomia só pode ser exercida desde que seus desejos são iguais aos do seu obstetra⁽¹⁰⁾.

A utilização da ocitocina sintética, como corroborando com os resultados deste estudo, é uma das principais intervenções realizadas na parturiente. É uma intervenção que aumenta a sensação de dor da parturiente e pode acarretar uma série de outras intervenções desnecessárias. Este procedimento deveria ser consentido pela mulher com base em todas as informações sobre a evolução do parto e sua real necessidade⁽¹⁰⁾.

Para que a autonomia seja exercida é preciso que a paciente tenha capacidade e liberdade para decidir por si o que julga melhor, para tal, é fundamental que esteja informada quanto às ações e suas consequências. De modo geral, os profissionais acreditam que os pacientes por não possuírem conhecimento técnico não compreendem suficientemente sua situação de saúde para tomada de

decisão adequada. Porém, essa compreensão total considerando os diversos pontos a favor e contra para basear a decisão do paciente, só pode ser alcançada quando o paciente se encontra em ambiente acolhedor e os profissionais se preocupem com o paciente de modo integral estimulando-o a questões e sanar suas vidas e assim, decidir dentre as opções possíveis o que acredita ser melhor para si ⁽¹¹⁾.

Uma forma efetiva de assegurar a autonomia da parturiente durante o parto é permitir que ela esteja no controle e decida ativamente sobre o cuidado recebido. Quando a parturiente é vista como paciente, tratando o parto como processo de cuidado medicalizado e focado na “doença” o sistema médico hospitalar assume a tutela pelas decisões de uma paciente incapaz de decidir ou opinar. Essa tutela entre profissional e parturiente é reforçada pela baixa qualidade das consultas de pré-natal que não instrumentam e empoderam as mulheres por meio de informações sobre parto, nascimento e maternidade. Portanto, para resgatar a autonomia das mulheres durante o momento do parto é preciso fortalecer o cuidado a gestante. Os grupos de gestantes podem ser uma ferramenta na busca de uma maior qualidade na assistência pré-natal, atuando de modo coletivo ⁽³⁾.

O principal significado da autonomia dentro dos serviços de saúde é sua própria essência, expressa no consentimento livre e esclarecido, ou seja, quando a parturiente concede permissão à equipe de saúde sob seu corpo e o cuidado que lhe será prestado. Assim, a mulher em trabalho de parto autoriza o profissional a intervir em seu processo, em seu corpo para realização de procedimentos clínicos. Para que este consentimento tenha validade é preciso que esta autorização seja concedida livremente, voluntariamente, consciente e a condição física e mental esteja apta para analisar e decidir. Qualquer concessão feita por meio de coação seja psicológica ou moral, quebra a liberdade e a autonomia do sujeito ⁽²⁾.

Não se pode abordar a questão do consentimento, em especial na assistência ao parto, sem compreender sua associação às práticas assistenciais controladas pelos profissionais e o paternalismo. No paternalismo, o pai é o responsável pelas decisões de todos os membros da família exercendo sua autoridade. Historicamente, a medicina tradicional hipocrática autoriza ao profissional de saúde exercer sua autoridade por ser responsável por seu paciente, assim, ao médico cabia indicar e aplicar o tratamento que fosse necessário de acordo com a sua opinião, conhecimento e experiência pautando-se no princípio da beneficência, desconsiderando de modo intencional a autonomia e a capacidade de compreensão e

decisão do paciente, justificando a necessidade de se evitar riscos à vida do paciente (11).

Desprezar a autonomia da parturiente ao fundamentar-se no princípio da beneficência, embora esse princípio seja importante para conduta médica, não se pode anular a governabilidade do paciente em gerir sua própria vida. Nesta ótica, é preciso avaliar cautelosamente a relação entre esses princípios bioéticos da beneficência e autonomia na relação profissional-parturiente. O profissional precisa ter um bom raciocínio clínico e julgamento, criando a consciência que maiores esclarecimentos e orientações geram maior compreensão a parturiente, um diálogo mais próximo, a responsabilidade compartilhada pelas condutas realizadas, baseando-se, portanto, na beneficência e na conduta moral para assegurar o exercício da autonomia da mulher durante um momento tão ímpar na vida da mulher, o nascimento de seu filho (2).

A autonomia é o ponto focal para humanização do parto. A partir da garantia do direito da mulher e seu processo decisório desde o tipo de parto até os procedimentos que serão realizados antes e após o parto proporciona maior qualidade da assistência. Neste sentido, é importante personalizar o cuidado prestado à cada parturiente, de acordo com suas necessidades, seus desejos e seu quadro de evolução do parto. Se a mulher necessita de um procedimento como a indução do parto, deve receber informações sobre o que é a indução do parto, como funciona, quais os riscos e benefícios e se seu desejo for não realizá-lo mesmo diante da constatação de sua necessidade, deverá ser respeitada e lhe propor outra opção de assistência cabível para situação em que se encontra, respeitando o direito da mulher em parir com dignidade (12).

Conclusões

Conclui-se que a autonomia da mulher na assistência ao parto induzido pode ser prejudicada ou restrita por diversos elementos que podem também ser encontrados na assistência aos outros tipos de parto, como a presença da violência obstétrica, a falta de preparo e informações adequadas para o parto durante a assistência ao pré-natal; as relações de poder entre profissional e paciente; falta de informações repassadas à parturiente durante o parto para subsidiar suas decisões; quebra do direito da parturiente em consentir e falsa sensação de autonomia.

Dentre as participantes deste estudo que receberam a indução do parto, quase 40% não recebeu informações ou consentiu a prática assistencial. Observou-se que a falta de informação sobre a indução e o próprio processo de parto de modo geral se inicia na assistência o pré-natal trazendo consequências durante o parto e nascimento. A maioria das mulheres afirmou ter recebido informações sobre a indução do parto, contudo ao serem questionadas quanto aos métodos, a maioria não soube informar corretamente.

A indução do parto tem sido tratada como um procedimento rotineiro tanto na aceleração do parto quanto na sua indução. Por fim, os achados demonstraram que para que a mulher exerça sua autonomia é preciso que seja constantemente informada sobre a evolução de seu parto e os procedimentos e sua decisão seja em conjunto com a equipe de saúde ou seja respeitada em seus desejos, desde que receba informações adequadas e suficientes que permitam sua decisão.

Referências

1. MOTTA OJR, PAULO AS. Bioética E O Princípio De Beauchamp E Childress: Noções, Reflexões E Críticas. Braz. J. Hea. Rev. 2020; 3(2): 2436-2448. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8145>>. Acesso em: 12 Dez 2020.
2. CAMPOS A, OLIVEIRA DR. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. Revista Brasileira de Estudos Políticos. 2017; 115: 13-45. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Autonomia_e_Beneficencia.pdf>. Acesso em 13 Jan 2021.
3. ZIRR GM, GREGÓRIO VRP, LIMA MM, COLLAÇO VS. Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes. Rev Min Enferm. 2019; 23:e-1205. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1205.pdf>>. Acesso em 02 Fev 2021.
4. REIS TRL et al . Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 38, n. 1, e64677, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100503&lng=en&nrm=iso>. Acesso 28 Abr. 2021.
5. FERREIRA GI. A experiência da participação de mulheres em grupos de apoio na vivência do parto. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, 2015.

6. WHO. WHO recommendations for augmentation of labour. World Health Organization. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf?sequence=1> . Acesso 29 mar 2021.
7. OMS. Recomendações da OMS para os cuidados durante o parto, para uma experiência de parto positiva. Organização Mundial da Saúde. Genebra: 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51552>>. Acesso em: 01 Jun 2020.
8. PEREIRA MG. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática, Rio de Janeiro, G. Koogan, 2008.
9. VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014; 22 (44): 203-220.
10. PALHARINI LA. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cad. Pagu*. 2017; 49: e174907. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000100307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Abr. 2021.
11. Andrei FAL, Machado FIS. Médico como arquiteto da escolha: paternalismo e respeito à autonomia. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2021; 29 (1): 44-54. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2408>. Acesso em 20 abr 2021.
12. Santana ACCS, SantosLES, Santos TO, Santos LS. O princípio da autonomia na humanização do parto. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*. 2019; 5(3): 155-164. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/6962>>. Acesso em 20 Abr 2021.



Contribuições para sociedade

Elaboração de protótipo de cartilha educativa para gestantes: trabalho de parto e nascimento

Os achados que nos despertaram para necessidade de levar informação de saúde às mulheres, como contribuições benéficas à sociedade, são resultantes do estudo: “Autonomia da parturiente no contexto da assistência ao trabalho de parto induzido: estudo transversal”.

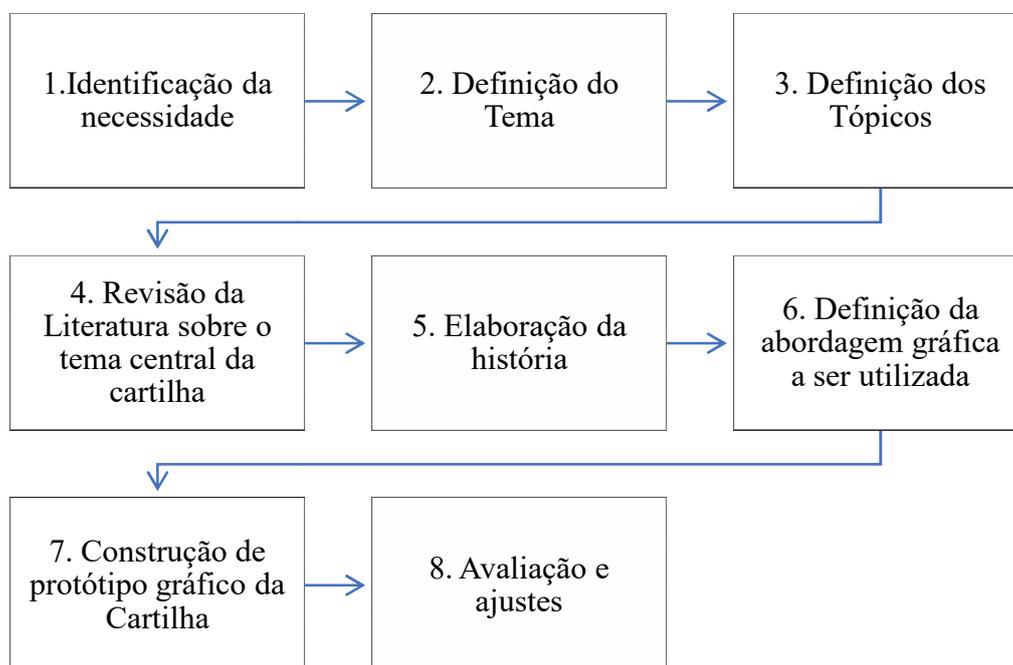
DUTRA et al (2021), demonstrou pouco conhecimento das mulheres com relação aos procedimentos realizados durante o trabalho de parto, incluindo à indução do parto e em especial a indução medicamentos. A falta de conhecimento sobre o procedimento dificulta que a mulher tenha autonomia para decidir quanto a indução ou não, fazendo com que a decisão seja realizada pelo médico, de acordo com suas condutas ou conveniência (SOARES, et al., 2017).

O conhecimento é uma das formas de trazer segurança e estímulo para o exercício da autonomia, um dos importantes fatores para segurança no parto. Mulheres que recebem informações durante a gestação se sentem mais satisfeitas com seu parto e suas experiências tendem a ser mais exitosas. A educação em saúde durante a gestação é primordial para levar conhecimento que preparará a mulher para o parto seja qual for a sua necessidade, cesárea, parto vaginal ou parto induzido (FERREIRA et al 2018) .

Neste sentido, elaborou-se um protótipo de cartilha didática em formato de história em quadrinhos, contendo conhecimento sobre pontos importantes a respeito do trabalho de parto e indução do parto.

Trata-se de um estudo descritivo e de desenvolvimento metodológico através dos quais emergiram informações para a construção, em oito passos, de uma cartilha educativa em saúde (Figura 1). A pesquisa com abordagem metodológica foi utilizada para sistematização de informações e conhecimentos existentes elaborar a cartilha como estratégia metodológica para educação em saúde (GONÇALVES et al, 2019).

Figura 1 – Processo de elaboração de protótipo de cartilha educativa: trabalho de parto e parto, Brasília: 2021.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Os passos de 1-5 foram realizados por meio da revisão dos dados e resultados obtidos no estudo descritivo. O estudo transversal descritivo, cujo objetivo principal era a compreensão do exercício da autonomia feminina na assistência ao parto induzido, encontramos informações que nos permitiu identificar a necessidade de levar conhecimentos importantes para o alcance de mulheres em idade fértil, gestantes e à população em geral sobre trabalho e indução do parto.

Em uma amostra de 395 mulheres, que responderam questionário *online*, 370 afirmou ter conhecimento sobre o que é a indução do parto e apenas 24 disseram não saber do que se trata. Contudo, ao solicitar que apontassem o tipo de indução, apenas 106 responderam, das quais todas apontaram adequadamente. Quando questionadas se sabiam por qual tipo de indução haviam passado 50% soube responder e 50% não sabia.

No sexto passo, pensamos em uma abordagem gráfica em formato de história em quadrinhos, com falas simples e enredo que pudesse ilustrar de modo leve e descontraído as informações a serem passadas. É importante ressaltar, que as

informações passadas por meio da história em quadrinho consideram pessoas leigas, dessa forma, o tema não foi aprofundado.

O sétimo passo foi realizado por um profissional de artes gráficas, que fez os desenhos conforme orientação da pesquisadora, seguindo o roteiro e a sequência das falas. Após, a construção gráfica do protótipo da cartilha, recebemos a primeira versão não colorida para correções e ajustes, em seguida, a versão colorida que precisou de ajustes e correções, e finalmente a versão final do protótipo.

A elaboração do protótipo da cartilha foi realizada de modo sistematizado, seguindo o proposto em um estudo de desenvolvimento metodológico. A próxima etapa será de validação da cartilha, planejada para ocorrer entre os meses de julho e setembro de 2021. O processo de validação será realizado por especialistas e mulheres que já passaram pelo processo de parto ou gestante, para termos visões tanto de especialistas quanto da sociedade leiga, público que se destinará o material.

O processo de validação seguirá os instrumentos de avaliação adequados para os especialistas, que será adaptado para avaliação das mulheres. A validação se dará de modo online, para favorecer maior número de avaliações e chegar-se à versão adequada da cartilha.

A escolha dos especialistas ocorrerá por meio da verificação do *Currículo Lattes* e dentre autores dos principais artigos de referência na área. As mulheres serão selecionadas de modo aleatório em grupos de apoio ao parto, unidades de saúde e por meio de indicação, utilizando a técnica de bola de neve.

Será encaminhada emenda ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em concordância as orientações da CONEP presentes no OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro de 2021 quanto aos procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, apresentando alteração na metodologia do projeto de pesquisa com explicação de todas as etapas/fases não presenciais do estudo, modelos de formulários, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que serão aplicados ao candidato a participante de pesquisa e aos participantes de pesquisa, respeitando e assim, os aspectos éticos e legais sejam mantidos de acordo com a Resolução de n.º 466/2012 para aplicação dos instrumentos de avaliação aos participantes do processo de validação.

O instrumento será aplicado após aprovação do CEP, sendo liberado para aceitação de respostas após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

esclarecimentos que se façam necessários via telefonema e aceite por parte do avaliador.

Após, o recebimento das respostas dos questionários, serão realizados os ajustes apontados e divulgada a versão final da cartilha através de redes sociais e publicação de artigo científico.

Abaixo está anexado o protótipo da cartilha elaborada como produto final desta dissertação.

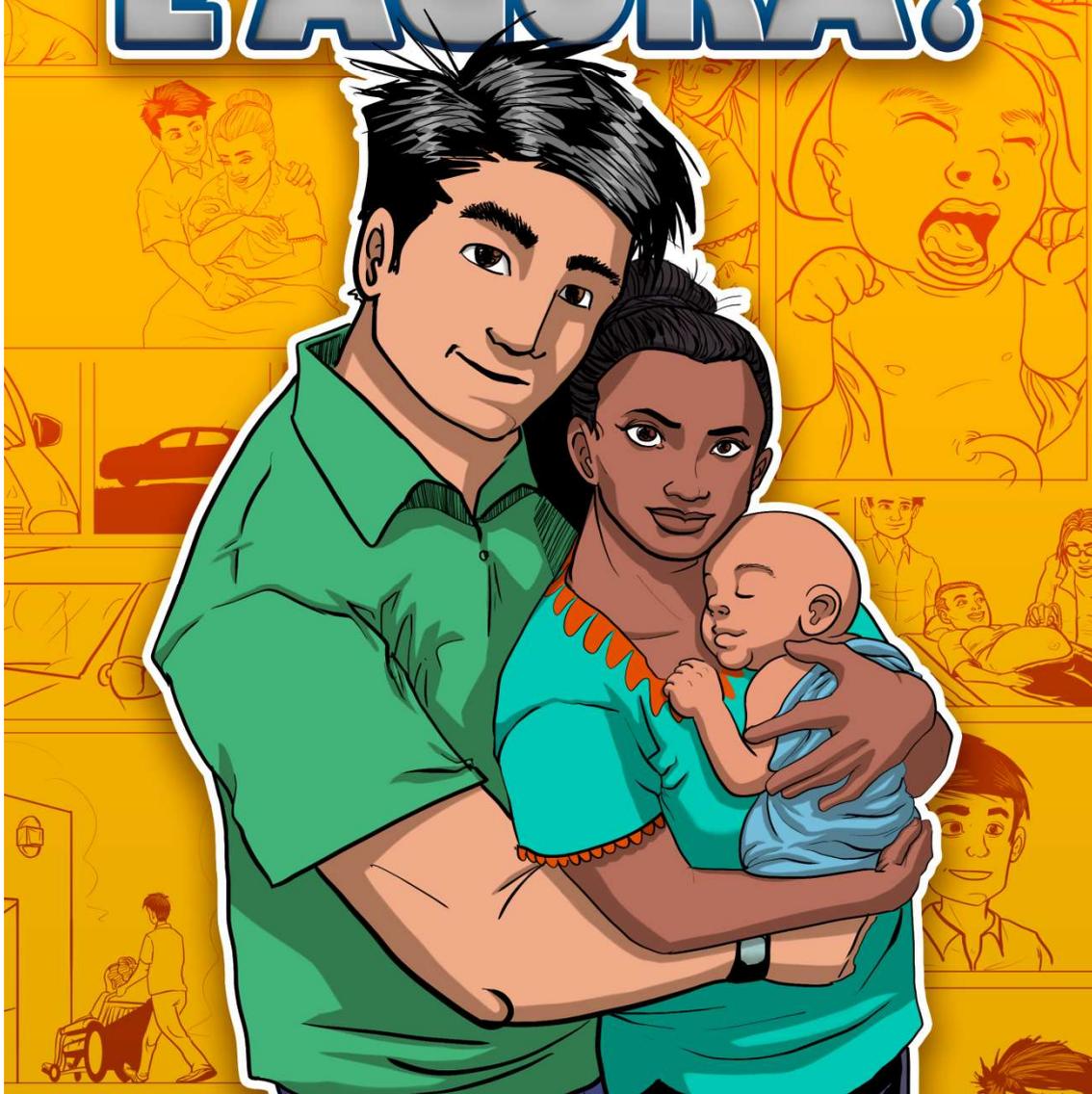
Referências

DUTRA, T.F.; MENDES, D.C.O.; QUEIRÓS, P.S.; DALL'AGNOL, D.J.R. Terapêuticas de indução do trabalho de parto: conhecimentos e vivências de mulheres no interior do Brasil. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(3): 26522-26540. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/26421/20947>>.

FERREIRA, G. I.; BUSSADORI, J. C. C.; GUILHEM, D. B.; FABBRO, M. R. C. Participação de mulheres em grupos de apoio: contribuições para a experiência do parto. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 17, n. 4, 28 jan. 2019.

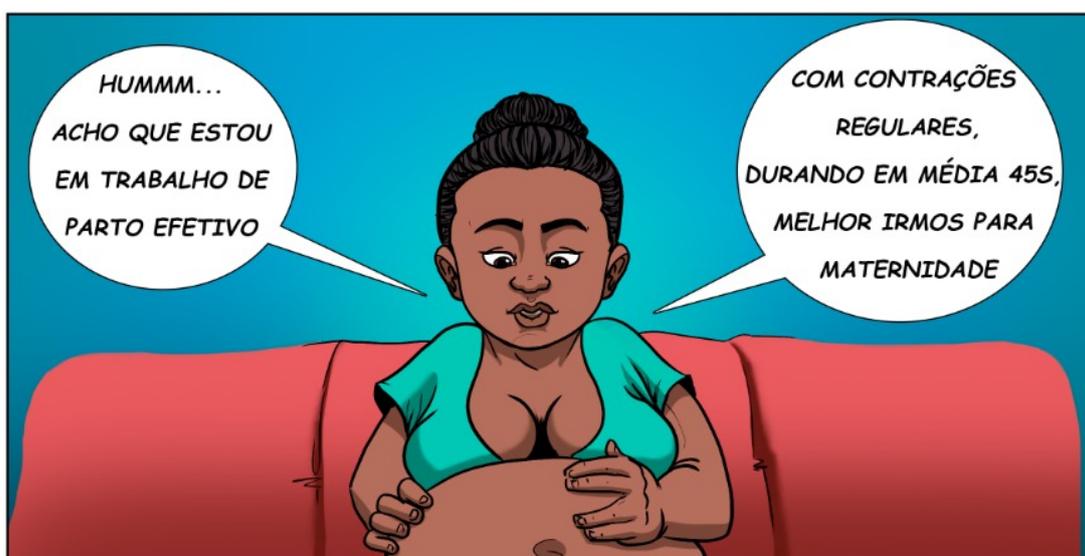
SOARES, E.S.; MOREIRA, P.G.S.; RODRIGUES, D.P. et al. A informação de mulheres para escolha do processo de nascimento. *Rev enferm UFPE on line.*, 2017; 11(suplem.12):5427-31. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a109938p5427-5426-2017>>

MINHA MULHER ENTROU EM TRABALHO DE PARTO E AGORA?



MINHA MULHER ENTROU EM TRABALHO DE PARTO E AGORA?



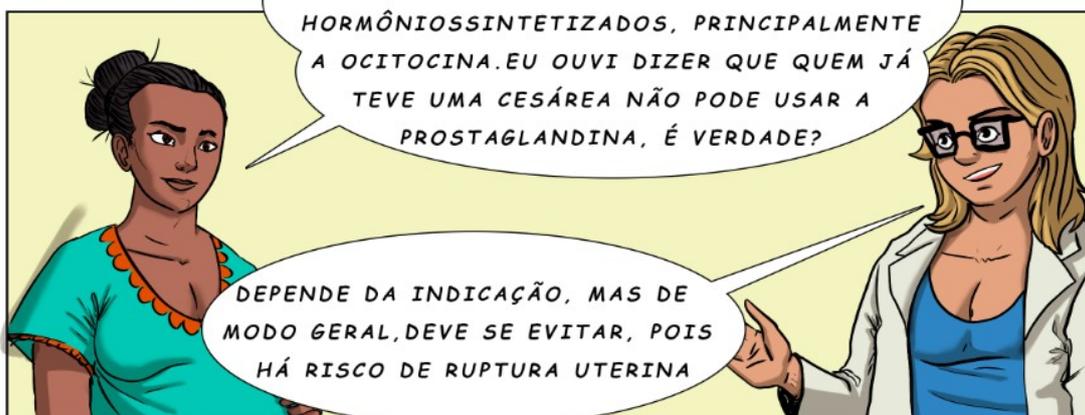


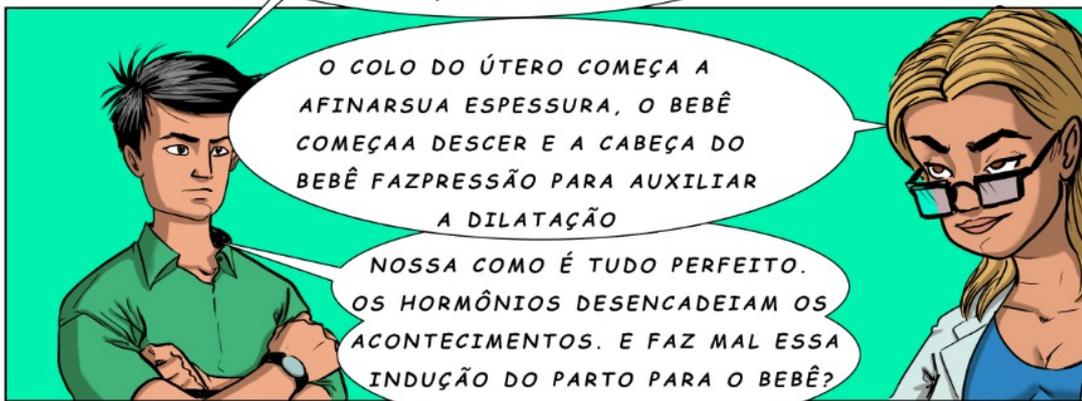
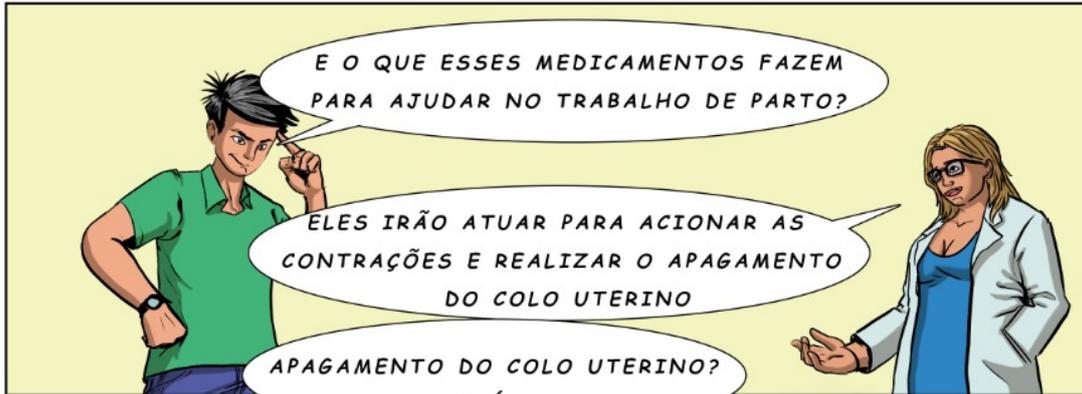


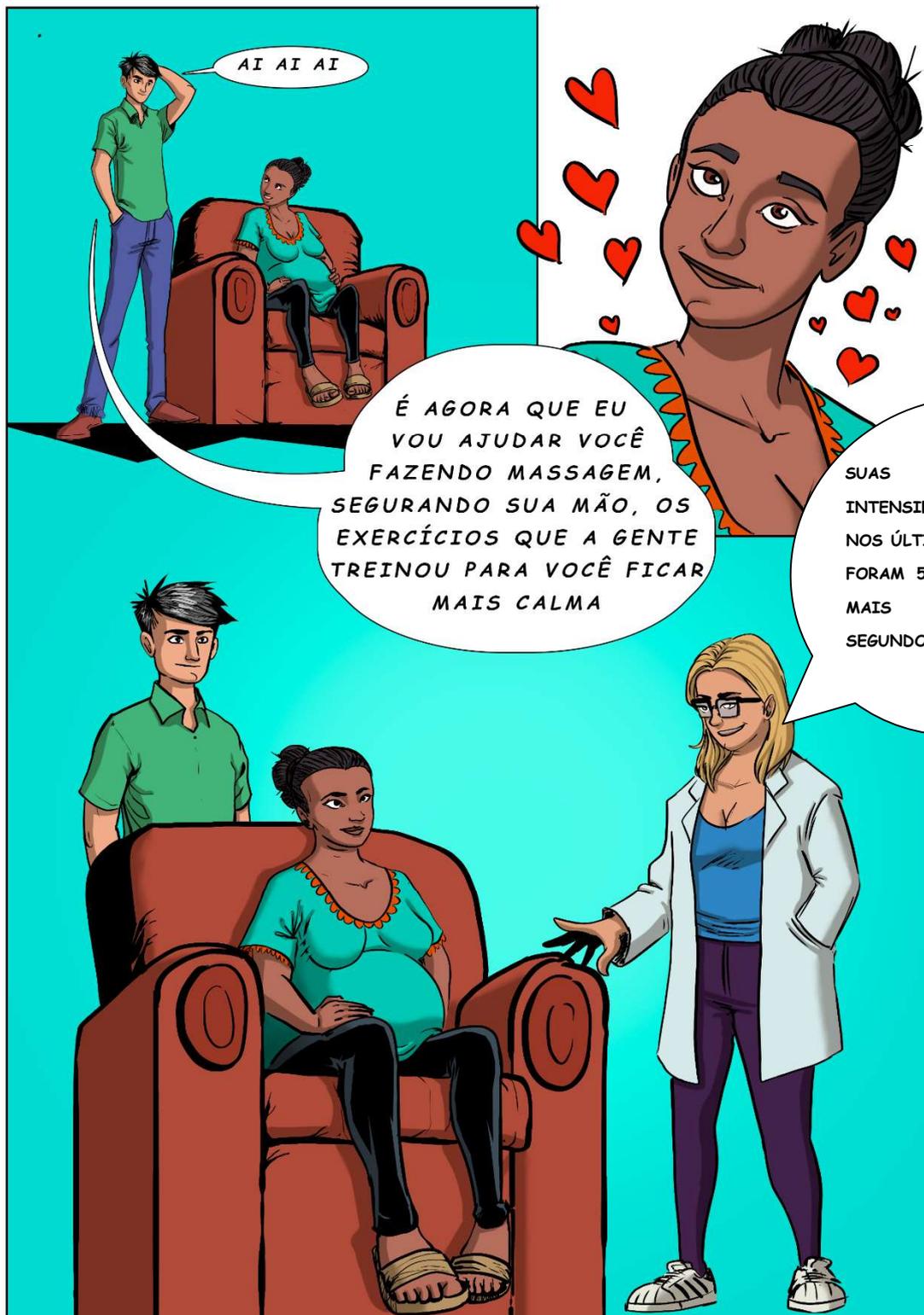












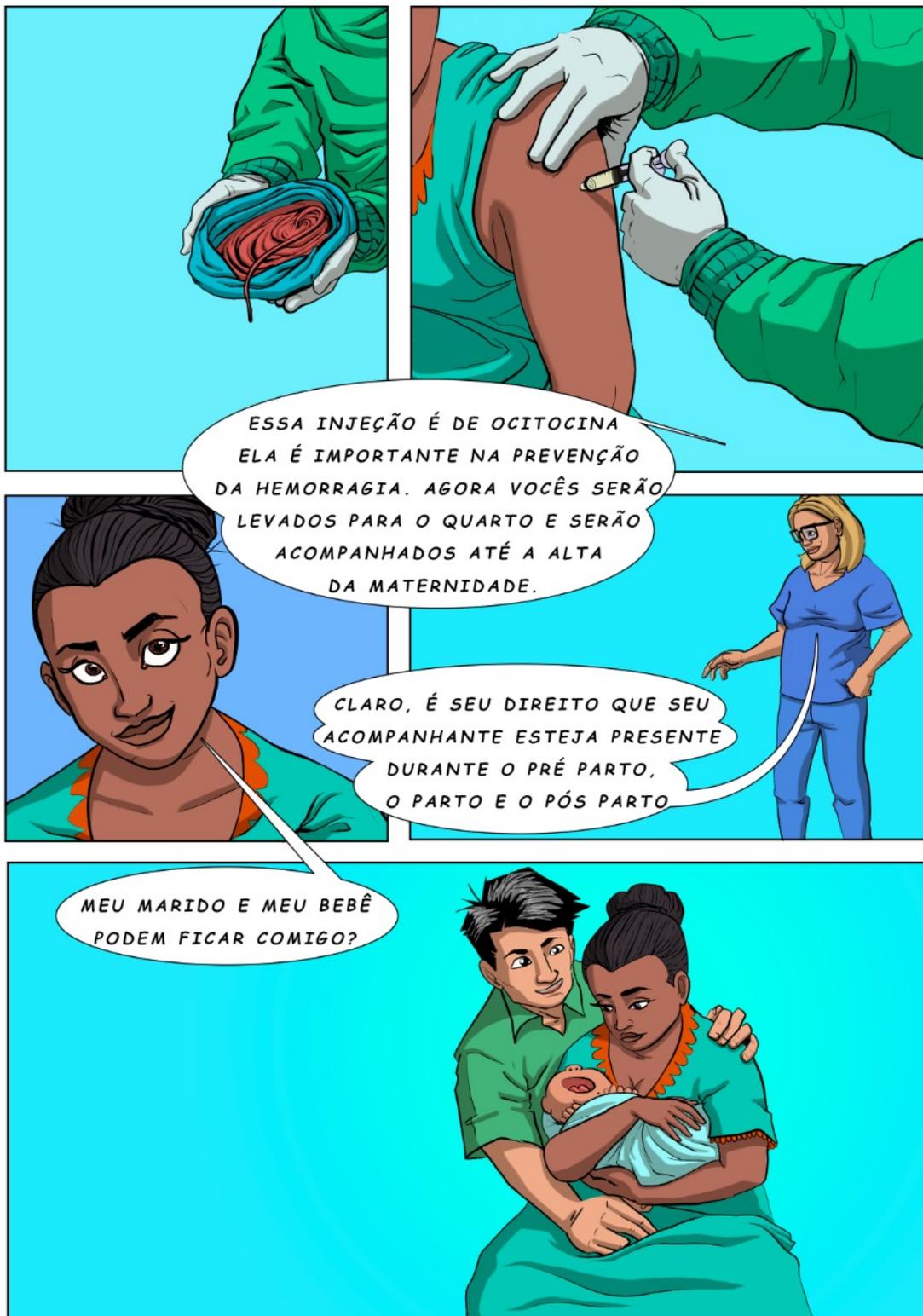
AI AI AI

É AGORA QUE EU
VOU AJUDAR VOCÊ
FAZENDO MASSAGEM,
SEGURANDO SUA MÃO, OS
EXERCÍCIOS QUE A GENTE
TREINOU PARA VOCÊ FICAR
MAIS CALMA

SUAS CONTRAÇÕES
INTENSIFICARAM
NOS ÚLTIMOS 10 MIN
FORAM 5 E DURARAM
MAIS DE 45
SEGUNDOS











Conclusões

Conclui-se com os achados observados na revisão de escopo e no estudo epidemiológico que a melhor estratégia para melhorar os resultados maternos-neonatais e a prevenção de complicações durante o parto e nascimento está relacionada à prática assistencial.

O profissional de saúde que assiste o parto parece ser o fator determinante para as iniquidades no cuidado, abuso de intervenções desnecessárias, maus tratos e falta de ética profissional, desrespeitando os direitos humanos da mulher no parto.

A indução do parto se mostrou, quando necessária e adequadamente indicada, como intervenção de menor complexidade e risco para mulher. Atentando-se para as recomendações da ACOG, quanto a indução do parto oportuna para primíparas, a tendência é que diminua essa associação entre a indução e o risco para o desfecho em cesárea.

Embora possa ser uma intervenção importante para prevenir a morbidade e mortalidade, mulheres e seus filhos estão sendo expostos às desvantagens desta intervenção, a depender do protocolo e idade gestacional, trazendo poucos benefícios, como visto na associação com maior número de cesáreas. Características como idade materna avançada, sobrepeso, obesidade e nuliparidade são cada vez mais consideradas uma indicação para indução do parto.

Como a indução do parto tem suas desvantagens e muitos cientistas e autores se contradizem em seus benefícios ou malefícios é urgente que se discuta sobre qual nível de risco justifica a indução de rotina do trabalho de parto para mulheres saudáveis com idade gestacional inferior a 41 semanas, apenas com base nas características que estão associadas a pequenas diferenças de risco.

Neste sentido, recomenda-se às maternidades de baixo risco, avaliação de seus protocolos e adequação de acordo com as evidências científicas atualizadas para que se obtenha melhores resultados perinatais, diminua-se o risco de cesáreas desnecessárias e risco de morbimortalidade relacionadas ao excesso de intervenções.

É preciso que se discuta mais a respeito da segurança no parto, principalmente questões relacionadas ao excesso de intervenções que podem ser prejudiciais à parturiente e ao seu filho, como cesáreas e indução do parto sem indicação, de rotina, antes de 41 semanas de gestação e condutas abusivas, desrespeitosas, maus tratos que impeçam a mulher exercer sua autonomia, fatores estes que contribuem para má qualidade da assistência e riscos de danos à saúde

física e psíquica tanto para mãe quanto para o recém-nascido. Parturientes que podem expressar seus desejos e têm sua autonomia respeitada, recebem assistência de qualidade que corresponde às recomendações da Organização Mundial da Saúde quanto a maternidade segura.



Referências

ACOG. Committee Opinion No. 766 Summary: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. **Obstetrics & Gynecology**, v.133, n.2. e4068, 2019. Disponível em: <http://10.1097/AOG.0000000000003081>. acesso em: 05 mar. 2020

ACOG. Definition of term pregnancy. Committee Opinion No. 579. **Amer. Col. of Obstetr. and Gynecol.**, Washington, DC, v. 122, n. 1, p. 1139–40, nov. 2013. Disponível em: <https://www.acog.org/~media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Obstetric%20Practice/co579.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2016.

AHRC. The origins of modern human rights laws. Understanding human rights. **Australian Human Rights Commission**. 2010. Disponível em: www.humanrights.gov.au/education/understanding_human_rights .

ALKEMA, L. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 462-74, 30 jan. 2015. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00838-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00838-7/abstract)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

ARAUJO, C.A. Implicações da estomia urinária continente na qualidade de vida de pessoas com lesão medular. 2014. 182 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, **Universidade de Brasília**, Brasília, 2014.

BANKS, G. Evidence-based policy making: What is it? How do we get it? **Challenges of Evidence-Based Policy-Making**, p. 1-27. 2009. Disponível em: http://www.pc.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/85836/cs20090204.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BARROS, B.M.C; RUVIARO, R.; RICHTER, D. A violação dos direitos fundamentais na hora do parto: uma análise da autonomia e empoderamento da

mulher. **Rev. Dir. Soc. Pol. Pub.** , 2017; v.5, n. 1. Disponível em: <https://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/204/pdf_1>.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRES, J.F. Principles of Biomedical Ethics. 7.ed. United States: **Oxford University Press**, 2012. 480 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura. **DATASUS/IBD**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura. **DATASUS/IBD**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/f08.def>>. Acesso em: 01 abr. 2016.

BRASIL. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf acesso em out 2020.

BRASIL. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 20 abr. 2016.

BROWNSON, R.C.; CHRIQUI, J.F.; STAMATAKIS, K.A. Understanding Evidence-Based Public Health Policy. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 9, p. 1576-83. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724448/>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CDR. Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. **Centre for Reviews and Dissemination**. Reino Unido: University of York. 2009. Disponível em: < https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf> Acesso em: 06 fev. 2018.

COCHRANE. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. **The Cochrane Collaboration**. Reino Unido: John Wiley & Sons Ltd. 2017. Disponível em: < http://community.cochrane.org/book_pdf/764 >. Acesso em: 06 fev. 2018.

COCHRANE. What is Cochrane evidence? **The Cochrane Collaboration**. Reino Unido. 2016. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/pt/what-is-cochrane-evidence>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

ERDMAN, J.N.. Commentary: Bioethics, Human Rights, and Childbirth. Health and Human Rights. **HHR Journal**, 2015; v.17, n.1. Disponível em: <<https://www.hhrjournal.org/2015/06/commentary-bioethics-human-rights-and-childbirth/>>.

GALVÃO, T.F. Avaliação crítica de revisões sistemáticas. In: PEREIRA, M.G. Saúde baseada em evidências. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2016. P.45-51.

GOLDIM, J.R.. Bioética: origens e complexidade. **Rev HCPA**, 2006; v.26, n.2. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/complex.pdf>>.

GORDON, J.S. Bioethics. **The Internet Encyclopedia of Philosophy (IEP)**. University of Cologne, Germany. Vytautas Magnus University, Lithuania. 2016.

GROBMAN, W.A. Induction of labor and cesarean delivery. **N. Engl. J. Med.**, v. 374, n. 9, p. 880-1. 2016.

GROBMAN, W.A.; CAUGHEY, A.B. Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies. American

Journal of Obstetrics and Gynecology. v.221, n.4, e30410, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.046> acesso em set 2020.

HAIR Jr., J.F.; BLACK, W.C.; BABIN, B.J.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L. Análise multivariada de dados. 6. ed. Porto Alegre: **Bookman**. 2009.

JONAS, H. O Princípio Responsabilidade: Ensaio de uma Ética para a civilização tecnológica. RJ: **Contraponto** / PUC-RIO. 2006.

JOZWIAK, M.; DODD, J.M. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2012.

LOKUGAMAGE, A.U.; PATHBERIYA, S.D.C. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. **Reprod Health**, 2017; v. 14, n.17. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12978-016-0264-3> >.

LOPES, Giovanna De Carli et al . Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 27, e3139, 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Out. 2020.

LUZ, N.A.R.; OSTERNE, M.S.F. Aspectos Contemporâneos Referentes à Humanização na Assistência ao Parto. **Conhecer: debate entre o público e o privado**, 2016; v. 6, n 16.

MEDRONHO, R.; Bloch, K.V.; Luiz, R.R.; Werneck, G.L. Epidemiologia. 2. Ed. São Paulo: **Atheneu**. 2009.

OLIVEIRA, S.M.V.L.; BENTO, A.L.; VALDES, G.; OLIVEIRA, S.T.P.; SOUZA, A.S.; BARRETO, J.O.M. Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2020;44:e165. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.165>

OMS. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. **Organização Mundial da Saúde.** 2015. Disponível em: <
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>.
Acesso em: 10 mar. 2016.

OMS. Fact sheet N°290. Millennium Development Goals (MDGs). **Organização Mundial da Saúde.** 2015. Disponível em: <
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

OMS. Recomendação da OMS sobre a indução do parto para mulheres além de 41 semanas de gestação. **Organização Mundial da saúde.** Genebra, 2018. Disponível em: [https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/induction-labour/who-recommendation-induction-labour-women-beyond-41-weeks-gestation#:~:text=Induction%20of%20labour%20is%20recommended,%2B%207%20days\)%20of%20gestation](https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/induction-labour/who-recommendation-induction-labour-women-beyond-41-weeks-gestation#:~:text=Induction%20of%20labour%20is%20recommended,%2B%207%20days)%20of%20gestation). Acesso em out 2020.

OMS. Recomendações sobre a política da episiotomia. **Organização Mundial da Saúde.** Genebra, 2018. Disponível em: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-episiotomy-policy-0> acesso em out 2020.

OMS. Recommendations for agurmentation of labor. **Organização Mundial da Saúde.** 2014. Disponível em:<
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf>.
Acesso em: 10 mar. 2016.

OMS. Recommendations for induction of labor. **Organização Mundial da Saúde.** 2012. Disponível em: <
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44531/1/9789241501156_eng.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Os objetivos de desenvolvimento do milênio. **Organização das Nações Unidas**. Nova Iorque: 2012. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

OXMAN, A.D.; LAVIS, J.N.; LEWIN, S.; FRETHEIM, A. Support tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? **Health Resear. Polic. and Syst.**, v.7, n. 1. 2009.

PANTOJA, T. et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 9. 2017. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011086.pub2/abstract>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**. 2008.

RYDAHL, E.; ERIKSEN, L.; JUHL, M. Effects of induction of labor prior to post-term in low-risk pregnancies: a systematic review. **JBI Database System Rev Implement Rep.** v.17, n.2, e170208, 2019. Disponível em: <https://doi:10.11124/JBISRIR-2017-003587>. acesso em set 2020.

SACCONE, G.; BERGHELLA, V. Induction of labor at full term in uncomplicated singleton gestations: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 213, n. 5, p. 629-36. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25882916>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SALVADOR, T.; SAMPAIO, H.; PALHARES, D. Análise textual da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Rev. Bioét.**, 2018; v.26, n.4. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/1983-80422018264270>>.

SCHER S.; KOZLOWSKA K. The Rise of Bioethics: A Historical Overview. In: **Rethinking Health Care Ethics**. Palgrave Pivot, Singapore. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-981-13-0830-7_3.

SILVA, A.A.M. et al. Morbidade neonatal near miss na pesquisa nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, s.1, p.182-91. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0182.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SILVA, O.; GUILHEM, D.; BAMPI, L.N.S. Trinta minutos que mudam a vida: teste rápido anti-HIV diagnóstico para parturientes e acesso ao pré-natal. **Enferm. em Foco**, v. 3, n. 4, p. 211-215. 2012.

SOUTER, V.; PAINTER, I.; SITCOV, K.; CAUGHEY, A.B. Maternal and newborn outcomes with elective induction of labor at term. **Am J Obstet Gynecol.** 2019 Mar;220(3):273.e1-273.

STOCK, S.J.; FERGUSON, E.; DUFFY, A.; FORD, I.; CHALMERS, J.; NORMAN, J.E. Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. **BMJ**, v. 344, n. 2838, p. 1-13. 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e2838>>. Acesso em 01 abr. 2016.

SZWARCWALD, C.L.; ESCALANTE, J.J.C.; RABELLO NETO, D.L.; SOUZA JUNIOR, P.R.B.; VICTORA, C.G. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, s.1, p.71-83. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0071.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

VITÓRIA, NBT; GUILHEM, D.A episiotomia e suas implicações clínicas e éticas no contexto brasileiro: revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Enfermagem. Faculdade de Ciências da Saúde. **Universidade de Brasília**, 2017. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/21097> acesso em 02 nov. 2019.

WALKER, K.F. et al. Randomized Trial of Labor Induction in Women 35 Years of Age or Older. **N. Engl. J. Med.**, Reino Unido, v. 374, n. 9, p. 813-22. 2016.

Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1509117>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

WESTON, B.H.. "Human rights". **Encyclopedia Britannica**. 2020. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/human-rights>.



Anexos



Parecer de Aprovação Do Comitê de Ética em Pesquisa



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos da indução do parto nos desfechos perinatais em maternidade de baixo risco no Distrito Federal: subsídios para o SUS

Pesquisador: Graziani Izidoro Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81239317.7.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.526.758

Apresentação do Projeto:

"Introdução. O trabalho de parto prolongado é uma importante causa de morbimortalidade perinatal relacionada a contrações uterinas ineficientes bem como apresentação fetal inadequada ou outros fatores anormais que se tornaram principais indicações para cesárea, mais comum, em primíparas (OMS, 2012). Devido às altas taxas de cesárea, têm-se preocupado se, nesses casos, o procedimento é proposto muito cedo sem explorar outras intervenções menos invasivas que poderiam levar ao parto vaginal (OMS, 2012). A assistência ao trabalho de parto requer orientação baseada em evidência para selecionar adequadamente como e quando intervir no processo do nascimento (OMS, 2014). O estudo de Stock et al de 2012 trouxe resultados de que a indução do parto dentro dos critérios de indicação pode estar associada à redução de complicações maternas e melhores resultados perinatais (STOCK et al, 2012). A indução do trabalho de parto é uma intervenção comum quando se considera que o nascimento é mais seguro que manter a gestação por mais tempo (OMS, 2014). Aproximadamente 25% das mulheres no Reino Unido, Europa e Estados Unidos são submetidas a procedimentos de indução do parto, mas para que os benefícios superem os danos a indução deve ser bem indicada e seguir as recomendações para realização do procedimento (OMS, 2012). Anteriormente, considerava-se a indução do trabalho de parto um risco para cesárea, contudo, estudos recentes observaram que não resulta necessariamente nesse desfecho. (GROBMAN, 2016; JOZWIAK; DODD, 2013). Após levantamento bibliográfico para o delineamento deste projeto foram encontradas lacunas no que se refere a existência de evidências

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



atuais sobre à indução do parto e sua possível associação com melhores indicadores de saúde materna e neonatal no Brasil. Identificou-se 77 artigos, dos quais 19 estudos foram realizados no Brasil, contudo, nenhum deles versava sobre as hipóteses levantadas para este estudo que buscará avaliar se a indução do parto possui influência nos resultados perinatais; se existe relação entre a indução do parto e o desfecho do parto: parto normal ou cesárea; se existe relação entre a indução do parto e a diminuição da mortalidade maternoinfantil. Objetivos. O principal objetivo do estudo é avaliar os aspectos clínicos e epidemiológicos da indução do parto e sua correlação com o desfecho do parto e os resultados perinatais na maternidade do Hospital Regional de Planaltina - Distrito Federal, considerando os objetivos específicos: analisar as indicações e métodos de indução do parto na prática cotidiana do serviço de saúde; identificar a existência de associação entre a indução do parto e os desfechos pósindução: parto normal ou cesariano; verificar o efeito da indução do parto nos resultados perinatais; identificar a existência de relações entre a indução do parto e as possíveis complicações maternas e neonatais. Metodologia. Propõe-se um estudo misto como delineamento de pesquisa, composto por revisão sistemática, estudo descritivo e exploratório, a realizar-se em duas etapas. A pesquisa será desenvolvida no período de outubro de 2017 a fevereiro de 2019. Serão incluídos dados coletados nos prontuários de gestantes de baixo risco que pariram em período gestacional a termo, 39 semanas e 0 dias a 41 semanas e 6 dias (ACOG, 2013), submetidas ou não à indução do parto, independentemente do desfecho. Formar-se-ão dois grupos para cada idade gestacional, Grupo 1 (submetidas à indução do parto) e Grupo 2 (não submetidas à indução do parto). Excluir-se-ão do grupo mulheres que tiveram trabalho de parto espontâneo, possuíam contraindicação para indução do parto e as que tiveram complicações durante à gestação, má formação congênita confirmada ou óbito fetal intrauterino. Inicialmente, será realizado um estudo de revisão sistemática, seguindo o protocolo PROSPERO, sobre a indução do parto e sua relação com tipo de parto e resultados perinatais (UNIVERSITY YORK, 2016). De acordo com os resultados da revisão sistemática será confeccionado um instrumento próprio para coleta de dados na segunda etapa. Na primeira etapa se fará o levantamento da incidência da indução do parto no ano de 2016, será uma etapa descritiva retrospectiva que consiste na coleta de dados nos prontuários no período de janeiro a dezembro de 2016. O tamanho da amostra será calculado pela fórmula de proporção probabilística: $n = p.q/E^2$ (PEREIRA, 2008, p. 351) e os sujeitos do estudo serão selecionados aleatoriamente. A segunda etapa utilizará o estudo de coorte retrospectivo para obter dados de janeiro de 2012 a outubro de 2018. O ano de 2012 foi estabelecido como inicial, por subsequência ao ano de implementação da Rede Cegonha (2011) para que hajam informações que atendam aos objetivos

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



definidos neste estudo. A equipe de coleta dados será dividida para coleta de dados secundários retrospectivos quanto as variáveis a serem testadas. A análise dos dados ocorrerá, primariamente, pela análise estatística estratificada, calculando o risco relativo, variável por variável (PEREIRA, 2008, p. 392). E, subsequentemente, análise multivariada a fim de evitar-se viés de confundimento e verificar se a exposição, no caso a indução do parto, é um fator determinante ou não para que o desfecho identificado ocorra (HAIR et al, 2009). Existem diversas técnicas para realização da análise multivariada, porém, a melhor técnica será avaliada com orientação estatística e de acordo com os resultados encontrados. O nível de significância será medido pelo intervalo de confiança de 95%. A apresentação da análise estatística será realizada por meio da descrição tabular e de gráficos descritivos (PEREIRA, 2008). O estudo será realizado de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, observando-se os princípios éticos em respeito à autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Serão observados os seguintes aspectos: submissão do projeto para revisão ética pelo CEP/FS antes do seu início, solicitação de autorização institucional para realização do estudo, garantia de observação da privacidade e confidencialidade sobre a origem dos dados das participantes e informações provenientes dos prontuários, acesso restrito às informações coletadas que permanecerão sob guarda da pesquisadora/equipe de pesquisa. Os principais benefícios decorrentes da realização da pesquisa serão: produção de informações base sobre o tema, devolução dos resultados para a instituição, o que contribuirá para o reordenamento de políticas assistenciais baseadas em evidências refletindo-se em melhor qualidade da assistência à população que usufrui dos serviços de saúde. Resultados esperados. Espera-se resultados significativos a partir da comprovação da hipótese de que a indução do parto produz melhores resultados perinatais e auxilia na diminuição da mortalidade materna e complicações neonatais. Esses resultados poderão ter impacto na conduta assistencial em obstetrícia, proporcionar evidências consistentes para novos estudos e subsídios capazes de promover novos debates, reflexões, ações e políticas públicas relacionadas às questões do parto e nascimento visando a melhoria na qualidade assistência tanto para o Distrito Federal como para o Sistema Único de Saúde de modo geral."

"Critério de Inclusão:

Serão incluídos dados registrados nos prontuários de gestantes de baixo risco que pariram em período gestacional a termo, 39 semanas e 0 dias a 41 semanas e 6 dias (ACOG, 2013), submetidas ou não à indução do parto, independentemente do desfecho.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.526.758

Critério de Exclusão:

Excluir-se-ão do grupo mulheres que tiveram trabalho de parto espontâneo, possuíam contraindicação para indução do parto e as que tiveram complicações durante à gestação, má formação congênita confirmada ou óbito fetal intrauterino."

Objetivo da Pesquisa:

"O principal objetivo do estudo é avaliar os aspectos clínicos e epidemiológicos da indução do parto e sua correlação com o desfecho do parto e os resultados perinatais na maternidade do Hospital Regional da Asa Norte -Distrito Federal, considerando os objetivos específicos: analisar as indicações e métodos de indução do parto na prática cotidiana do serviço de saúde; identificar a existência de associação entre a indução do parto e os desfechos pós-indução: parto normal ou cesariano; verificar o efeito da indução do parto nos resultados perinatais; identificar a existência de relações entre a indução do parto e as possíveis complicações maternas e neonatais."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Os principais riscos estão relacionados à exposição das pacientes através do extravasamento dos dados coletados nos registros da Maternidade. No entanto, buscaremos garantir à observação da privacidade e confidencialidade sobre a origem dos dados das mulheres e informações provenientes dos prontuários, acesso restrito às informações coletadas que permanecerão sob guarda da pesquisadora/equipe de pesquisa.

Benefícios:

Os principais benefícios decorrentes da realização da pesquisa serão: produção de informações de base sobre o tema, devolução dos resultados para a instituição, o que contribuirá para o reordenamento de políticas assistenciais baseadas em evidências refletindo-se em melhor qualidade da assistência à população que usufrui dos serviços de saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da pesquisadora Graziani Izidoro Ferreira sob orientação da Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem.

O projeto possui todos os itens obrigatórios para análise ética por este CEP.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.526.758

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos:

- Orçamento: ModPlanilha_CEPFS.doc em 07/12/2017 - prevendo gastos de R\$ 59.800,00, sendo R\$ 52.800,00 com bolsa de doutorado da CAPES, R\$ 2.000,00 de combustível e R\$ 5.000,00 com a publicação de artigo científico.
- Folha de Rosto: Folhaderosto_GIF.pdf em 28/11/2017 - assinada pela vice-diretora da FS.
- Termo de concordância coparticipante: Termoanuencia_HRAN.pdf em 28/11/2017 - assinado pela superintendente da regional centro-norte de saúde e pelo diretor do HRAN.
- Termo concordância proponente: Termoanuencia_FS_UnB.pdf em 28/11/2017 - assinado pela vice-diretora da FS e a coordenadora do programa de pós-graduação em enfermagem.
- Termo de responsabilidade do pesquisador: TermoRespCompromPesq.pdf em 12/11/2017 - assinado pela pesquisadora responsável.
- Carta de encaminhamento ao CEP: cartaencaminhprojeto.pdf em 12/11/2017
- Justificativa de Ausência de TCLE: ModDispensaTCLE.pdf em 12/11/2017 - Os pesquisadores justificaram por ser estudo observacional e só utilizar dados secundários advindos de prontuários.
- Projeto Detalhado: Projetodepesquisa.docx em 12/11/2017.

Recomendações:

1. Substituir o termo "sujeito" por "participante de pesquisa" (Res. CNS 466/2012, item II.10).
2. Em alguns trechos, a pesquisador cita o Hospital Regional de Planaltina (HRP). Contudo todos os documento informam o HRAN como instituição coparticipantes. o HRP deve ser substituído por HRAN.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.526.758

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1006201.pdf	07/12/2017 13:41:01		Aceito
Orçamento	ModPlanilha_CEPFS.doc	07/12/2017 13:40:21	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_GIF.pdf	28/11/2017 15:31:09	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Outros	Termoanuencia_HRAN.pdf	28/11/2017 15:30:44	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Outros	Termoanuencia_FS_UnB.pdf	28/11/2017 15:30:00	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Outros	CL_GrazianilzidoroFerreira.pdf	12/11/2017 21:55:59	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Outros	CL_DirceBelleziGuilhem.pdf	12/11/2017 21:55:35	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoRespCompromPesq.pdf	12/11/2017 21:52:51	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaencaminhprojeto.pdf	12/11/2017 21:49:34	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ModDispensaTCLE.pdf	12/11/2017 21:49:12	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.docx	12/11/2017 21:48:50	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 05 de Março de 2018

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos da indução do parto nos desfechos perinatais em maternidade de baixo risco no Distrito Federal: subsídios para o SUS

Pesquisador: Graziani Izidoro Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81239317.7.3001.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional da Asa Norte - HRAN

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.591.692

Apresentação do Projeto:

“O trabalho de parto prolongado é uma importante causa de morbimortalidade perinatal relacionada a contrações uterinas ineficientes bem como apresentação fetal inadequada ou outros fatores anormais que se tornaram principais indicações para cesárea, mais comum, em primíparas (OMS, 2012). Devido às altas taxas de cesárea, têm-se preocupado se, nesses casos, o procedimento é proposto muito cedo sem explorar outras intervenções menos invasivas que poderiam levar ao parto vaginal (OMS, 2012). A assistência ao trabalho de parto requer orientação baseada em evidência para selecionar adequadamente como e quando intervir no processo do nascimento (OMS, 2014). O estudo de Stock et al de 2012 trouxe resultados de que a indução do parto dentro dos critérios de indicação pode estar associada à redução de complicações

maternas e melhores resultados perinatais (STOCK et al, 2012). A indução do trabalho de parto é uma intervenção comum quando se considera que o nascimento é mais seguro que manter a gestação por mais tempo (OMS, 2014). Aproximadamente 25% das mulheres no Reino Unido, Europa e Estados Unidos são submetidas a procedimentos de indução do parto, mas para que os benefícios superem os danos a indução deve ser bem indicada e seguir as recomendações para realização do procedimento (OMS, 2012). Anteriormente, considerava-se a indução do trabalho de parto um risco para cesárea, contudo, estudos recentes observaram que não resulta necessariamente nesse desfecho. (GROBMAN, 2016; JOZWIAK; DODD, 2013). Após levantamento bibliográfico para o delineamento deste projeto foram encontradas lacunas no que se refere a

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.591.692

existência de evidências atuais sobre a indução do parto e sua possível associação com melhores indicadores de saúde materna e neonatal no Brasil. Identificou-se 7 artigos, dos quais 19 estudos foram realizados no Brasil, contudo, nenhum deles versava sobre as hipóteses levantadas para este estudo que buscará avaliar se a indução do parto possui influência nos resultados perinatais; se existe relação entre a indução do parto e o desfecho do parto: parto normal ou cesárea; se existe relação entre a indução do parto e a diminuição da mortalidade materno infantil.”

Objetivo da Pesquisa:

“Objetivo Primário:

O principal objetivo do estudo é avaliar os aspectos clínicos e epidemiológicos da indução do parto e sua correlação com o desfecho do parto e os resultados perinatais na maternidade do Hospital Regional da Asa Norte -Distrito Federal.

Objetivos específicos:

analisar as indicações e métodos de indução do parto na prática cotidiana do serviço de saúde; identificar a existência de associação entre a indução do parto e os desfechos pós-indução: parto normal ou cesariano; verificar o efeito da indução do parto nos resultados perinatais; identificar a existência de relações entre a indução do parto e as possíveis complicações maternas e neonatais.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

“Riscos:

Os principais riscos estão relacionados à exposição das pacientes através do extravasamento dos dados coletados nos registros da Maternidade. No entanto, buscaremos garantir a observação da privacidade e confidencialidade sobre a origem dos dados das mulheres e informações provenientes dos prontuários, acesso restrito às informações coletadas que permanecerão sob guarda da pesquisadora/equipe de pesquisa.

Benefícios:

Os principais benefícios decorrentes da realização da pesquisa serão: produção de informações de base sobre o tema, devolução dos resultados para a instituição, o que contribuirá para o reordenamento de políticas assistenciais baseadas em evidências refletindo-se em melhor qualidade da assistência à população que usufrui dos serviços de saúde.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

Tipo de estudo Propõe-se o estudo misto como delineamento de pesquisa, composto por revisão

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.591.692

sistemática, estudo descritivo e exploratório, a realizar-se em duas etapas. O uso de métodos mistos para pesquisas na área da saúde gera novas perspectivas e

potencializa o conhecimento aprofundado para a compreensão dos fenômenos estudados (ARAÚJO, 2014). Local do Estudo Os dados serão coletados na maternidade pública do Hospital Regional de Asa Norte, Distrito Federal, no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019.

Serão incluídos dados registrados nos prontuários de gestantes de baixo risco que pariram em período gestacional a termo, 39 semanas e 0 dias a

41 semanas e 6 dias (ACOG, 2013), submetidas ou não à indução do parto, independentemente do desfecho. Formar-se-ão dois grupos para cada idade gestacional, Grupo 1 (submetidas à indução do parto) e Grupo 2 (não submetidas à indução do parto).

De acordo com achados atuais será confeccionado um instrumento próprio para coleta de dados incluindo variáveis maternas, neonatais e

assistenciais, para as duas etapas: idade; paridade; nível de escolaridade; local de residência; idade gestacional no parto; tipo de parto;

complicações relacionadas ao parto; tempo de internação; apgar; peso ao nascer; admissão de recém-nascido na unidade de terapia intensiva;

morbimortalidades relacionadas ao parto; profissional que prestou assistência(médico, enfermeiro ou obstetritz); presença ou não de doula;

1ª Etapa: Inicialmente, será realizado um estudo de revisão sistemática, seguindo o protocolo PROSPERO, sobre a indução do parto e sua relação

com tipo de parto e resultados perinatais (UNIVERSITY YORK, 2016). De acordo com os resultados da revisão sistemática será confeccionado um

instrumento próprio para coleta de dados na segunda etapa do estudo. Na primeira etapa se fará o levantamento da incidência da indução do parto

no ano de 2016, será uma etapa descritiva retrospectiva que consiste na coleta de dados nos prontuários no período de janeiro a dezembro de 2016.

O tamanho da amostra será calculado pela fórmula de proporção probabilística: $n = p.q/E^2$ (PEREIRA, 2008, p. 351) e os sujeitos do estudo serão selecionados aleatoriamente.

2ª Etapa: A segunda etapa utilizará o estudo de coorte retrospectivo para obter dados de janeiro de 2012 a outubro de 2018. O ano de 2012 foi

estabelecido como inicial, por subsequência ao ano de implementação da Rede Cegonha (2011)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.591.692

para que hajam informações que atendam aos objetivos definidos neste estudo. A equipe de coleta dados será dividida para coleta de dados secundários retrospectivos quanto as variáveis a serem testadas. Um estudo de coorte é observacional e a posição dos sujeitos à exposição determina sua inclusão na pesquisa. Pode ser retrospectivo, cuja exposição e o desfecho já aconteceram e/ou prospectivo, cuja exposição e o desfecho ainda não aconteceram, ou ainda, a exposição já ocorreu, mas seu desfecho não (PEREIRA, 2008, p. 273).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos:

- Folha de Rosto - assinada pela pesquisadora e pela Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB;
- 2 Termos de Anuência:
 - A) assinados pelo HRAN - superintendente e pelo Diretor Geral do HRAN;
 - B) assinado pela Diretora Geral da FS da UNB
- Currículo Vitae dos pesquisadores: Apresentados.
- Termo de Assentimento: Apresentado.
- Projeto de pesquisa com as fichas para coleta de dados: apresentados.
- Cronograma da Pesquisa: Apresentado. Período de termino da pesquisa: 28/02/2020.
- Planilha de orçamento: Apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO.

- O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo, o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados.
- Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS, de acordo com o cronograma apresentado.
- O período de término da pesquisa informado foi 28/02/2020.
- O pesquisador deverá encaminhar os relatórios ao CEP/FEPECS e executar a pesquisa conforme a versão que foi aprovada.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.591.692

Considerações Finais a critério do CEP:

PROJETO APROVADO.

- O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo, o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados.
- Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS, de acordo com o cronograma apresentado.
- O período de término da pesquisa informado foi 28/02/2020.
- O pesquisador deverá encaminhar os relatórios ao CEP/FEPECS e executar a pesquisa conforme a versão que foi aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Termoanuencia_HRAN.pdf	28/11/2017 15:30:44	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Outros	Termoanuencia_FS_UnB.pdf	28/11/2017 15:30:00	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Outros	CL_GrazianilzidoroFerreira.pdf	12/11/2017 21:55:59	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Outros	CL_DirceBelleziGuilhem.pdf	12/11/2017 21:55:35	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ModDispensaTCLE.pdf	12/11/2017 21:49:12	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.docx	12/11/2017 21:48:50	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito

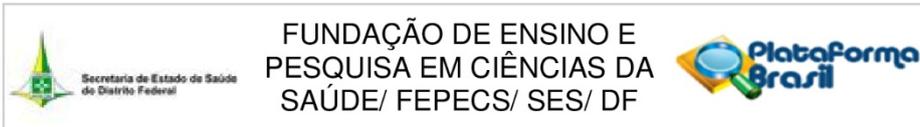
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.591.692

BRASILIA, 10 de Abril de 2018

Assinado por:
DILLIAN ADELAINÉ CESAR DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Página 06 de 06

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Bioética: exercício da autonomia feminina na assistência ao parto intra-hospitalar

Pesquisador: Graziani Izidoro Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24514819.4.0000.5056

Instituição Proponente: Centro Universitário UNIEURO/DF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.700.085

Apresentação do Projeto:

No âmbito da relação médico-paciente, há um constante debate entre os argumentos da autonomia do paciente e a responsabilidade médica por sua saúde. Existem autores que trazem na bioética médica apenas a autonomia do paciente escolher quem é o profissional que irá atendê-lo ou tratá-lo, ou seja, aquele que irá tomar as decisões por ele com relação à sua saúde. Uma posição que de fato parece contrária aos conceitos de bioética e seus princípios, incluindo a autonomia (CAMPOS; OLIVEIRA, 2017). Na assistência ao parto, desde os tempos antigos e as mudanças na forma de nascer, as mulheres perderam sua autonomia, sendo imposto a elas como deveriam agir ou quais intervenções seriam submetidas sem sua escolha ou autorização. Para que a humanização do parto e os direitos humanos sejam respeitados é preciso recuperar a autonomia e o direito de escolha da mulher sobre o seu corpo durante o processo do nascimento (TORNQUIST, 2004). Neste sentido, o objetivo deste estudo, é compreender autonomia da mulher durante o trabalho de parto e parto e como essa autonomia pode influenciar em sua experiência de parto. Propõe-se como delimitação de pesquisa, um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa a ser realizado em duas etapas. A

Endereço: Avenida das Nações, trecho O, Conjunto 5
Bairro: Setor de Embaixadas **CEP:** 70.200-001
UF: DF **Município:** LAGO SUL
Telefone: (61)3445-5836 **Fax:** (61)3445-5750 **E-mail:** cep@unieuro.com.br

Continuação do Parecer: 3.700.085

amostra será definida pela técnica bola de neve. Na primeira etapa, quantitativa, a coleta de dados será realizada por meio da aplicação de um questionário tipo Survey, contendo questões fechadas, cujos dados extraídos serão analisados descritivamente. Na segunda etapa, qualitativa, a coleta de dados será realizada por meio de um roteiro semiestruturado, cujos dados extraídos serão categorizados e analisados pela técnica de análise de Bardin. O estudo será realizado de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, observando-se os princípios éticos em respeito à autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Espera-se contribuir com a melhora da assistência ao parto no Brasil a partir dos resultados encontrados que poderão subsidiar a prática profissional.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a prevalência de procedimento e intervenções realizadas durante o parto e nascimento sem informar a parturiente. Identificar a prevalência de procedimento e intervenções realizadas durante o parto e nascimento sem o consentimento da parturiente.

Objetivo Secundário:

Conhecer como a mulher enxerga sua autonomia durante o processo de parturição. Compreender a satisfação da mulher com sua vivência de parto a partir da perspectiva dos princípios bioéticos: autonomia, beneficência e não maleficência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Extravasamento dos dados da pesquisa que serão minimizados com o total sigilo e cuidado do pesquisador.

Benefícios:

Produção de informações de base sobre o tema, devolução dos resultados para a população e profissionais de saúde através da publicação dos resultados, o que contribuirá para melhorias no processo de parto e nascimento.

Endereço: Avenida das Nações, trecho O, Conjunto 5
Bairro: Setor de Embaixadas **CEP:** 70.200-001
UF: DF **Município:** LAGO SUL
Telefone: (61)3445-5836 **Fax:** (61)3445-5750 **E-mail:** cep@unieuro.com.br

Continuação do Parecer: 3.700.085

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante propondo-se a compreender, melhor, a autonomia da mulher durante o trabalho de parto e parto e como essa autonomia pode influenciar em sua experiência de parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE apresentado

Recomendações:

Descrever melhor as questões de Riscos e Benefícios da pesquisa, porém a mesma não limita a aprovação do estudo para ser desenvolvido

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem recomendações

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1460328.pdf	28/10/2019 21:39:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	autonomia.docx	28/10/2019 21:33:03	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	28/10/2019 21:13:29	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	28/10/2019 21:12:07	Graziani Izidoro Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida das Nações, trecho O, Conjunto 5
Bairro: Setor de Embaixadas CEP: 70.200-001
UF: DF Município: LAGO SUL
Telefone: (61)3445-5836 Fax: (61)3445-5750 E-mail: cep@unieuro.com.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
UNIEURO/DF



Continuação do Parecer: 3.700.085

LAGO SUL, 12 de Novembro de 2019

Assinado por:
Flavia Perassa de Faria
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida das Nações, trecho O, Conjunto 5
Bairro: Setor de Embaixadas **CEP:** 70.200-001
UF: DF **Município:** LAGO SUL
Telefone: (61)3445-5836 **Fax:** (61)3445-5750 **E-mail:** cep@unieuro.com.br

Página 04 de 04



Instrumentos - Coleta de Dados



Cópia de Bioética: exercício da autonomia feminina na assistência ao parto induzido int

Perguntas Respostas

Seção 1 de 4

Bioética: exercício da autonomia feminina na assistência ao parto induzido intra-hospitalar

Objetivo Geral: compreender autonomia da mulher durante o trabalho de parto e parto e como essa autonomia pode influenciar em sua experiência de parto.

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

Após a seção 1 Ir para a seção 4 (Dados obstétricos:)

Seção 2 de 4

Termo de consentimento

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto: BIOÉTICA: EXERCÍCIO DA AUTONOMIA FEMININA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO INDUZIDO INTRA-HOSPITALAR, sob responsabilidade da Prof.^a Me. Graziani Izidoro Ferreira.

O objetivo desta pesquisa é: Compreender autonomia da mulher durante o trabalho de parto e parto e como essa autonomia pode influenciar em sua experiência de parto, esta pesquisa justifica-se, pois procura conhecer as a prevalência de procedimentos e intervenções realizadas durante o parto e nascimento sem informar a parturiente e sem seu consentimento e assim, compreender a satisfação da mulher com sua vivência de parto a partir da perspectiva de sua autonomia durante o processo de parturição.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la. A Senhora pode se recusar a responder qualquer

descriptiva/exploratória e de abordagem quantitativa que será realizada em duas etapas: na primeira etapa será o preenchimento de questionário pelo Google Forms. Na segunda etapa será realizada uma entrevista semiestruturada contendo questões sociodemográficas e específicas do estudo, com duração de aproximadamente 20-30 minutos.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição UNIEURO podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Este projeto possui os seguintes benefícios: produção de informações de base sobre o tema, devolução dos resultados para a população e profissionais de saúde através da publicação dos resultados, o que contribuirá para melhorias no processo de parto e nascimento.

E apresenta o seguinte risco: extravasamento dos dados da pesquisa que serão minimizados com o total sigilo e cuidado do pesquisador.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Prof. Graziani Izidoro, na instituição UNIEURO telefone: 61 4020-7525 no horário: 8-12h às quintas-feiras.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIEURO, número do protocolo 3.700.085. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos também pelo telefone: (61) 3445-5717.

Pergunta *

Li e aceito o Termo de Consentimento

Após a seção 2 Continuar para a próxima seção

Seção 3 de 4

Dados sociodemográficos

Descrição (opcional)

Nome: *

Texto de resposta curta

Idade: *

Texto de resposta curta

Cor: *

Texto de resposta curta

Estado Civil: *

Texto de resposta curta

Escolaridade *

Texto de resposta curta

Profissão *

Texto de resposta curta

Renda familiar (em salários mínimos) *

Texto de resposta curta

Região administrativa em que reside: *

Texto de resposta curta



Telefone para contato: *

Texto de resposta curta

Após a seção 3 Continuar para a próxima seção

Seção 4 de 4

Dados obstétricos:

Descrição (opcional)

Seu parto foi realizado por meio de: *

- Financiamento próprio (particular)
- Plano de saúde
- SUS

Em que local seu parto foi realizado? *

Texto de resposta curta

Você entrou em trabalho de parto espontâneo? *

- Sim
- Não

Quanto tempo durou seu trabalho de parto (em horas)? *

Texto de resposta curta

Qual foi o tipo de parto? *

Normal

Cesárea

Seu parto foi induzido? *

Sim

Não

Não sei

Você sabe o que é indução do parto? *

Sim

Não

Você sabe qual tipo de indução foi realizada? (Só responda caso tenha sido induzido seu parto, se não, pule)

Sim

Não



- Mecânica
- Ocitocina
- Prostaglandina/misoprostol

Se sim, foi solicitado seu consentimento verbal para realização da indução do parto? (Só responda caso tenha sido induzido seu parto, se não, pule)

- Sim
- Não

Você recebeu informações durante o trabalho de parto sobre os procedimentos, medicamentos, intervenções * que seriam realizados?

- Sim
- Não

Solicitaram seu consentimento para realização de procedimentos, medicamentos ou intervenções durante seu trabalho de parto e parto? *

- Sim
- Não

Você recebeu informações durante o pré-natal sobre métodos de indução do parto e quando poderiam ser utilizados? *

- Sim



Não

Você recebeu medicação endovenosa durante o trabalho de parto? *

- Sim
- Não
- Não sei

Se sim, qual? (Só responda caso tenha dito sim na última pergunta, se não, pule)

Texto de resposta curta

Quanto tempo durou sua internação (em dias)? *

Texto de resposta curta

Você recebeu alguma injeção no músculo depois do parto? *

- Sim
- Não

Se sim, qual a medicação aplicada? (Só responda caso tenha dito sim na última pergunta, se não, pule)

- Ocitocina
- Misoprostol



Por que a medicação anterior foi aplicada?

Texto de resposta curta





Questionário

Consultores Responsáveis:

Aretha Pessanha Cordeiro

Benjamin Neto

Tatiana Felix

Requerente

Graziani Izidoro

Brasília, 12 de fevereiro de 2019

Conteúdo

1 Questões	2
1.1 Indicadores Maternos	2
1.1.1 Questões Sociodemográficas	2
1.1.2 Questões Obstétricas	5
1.2 Indicadores neonatais	6
1.3 Indicadores saúde	7
1.3.1 Materno	7
1.3.2 Neonatal	8
1.4 Indicadores médicos	8

1 Questões

1.1 Indicadores Maternos

1.1.1 Questões Sociodemográficas

- Qual a idade da mãe? (em anos completos)
- Qual o nível de escolaridade da mãe?
 1. Analfabeta
 2. Sabe ler e escrever
 3. Ensino fundamental incompleto
 4. Ensino fundamental completo
 5. Ensino médio incompleto
 6. Ensino médio completo
 7. Curso técnico incompleto
 8. Curso técnico completo
 9. Ensino superior incompleto
 10. Ensino superior completo
 11. Curso de especialização
 12. Mestrado
 13. Doutorado
- Qual a raça/cor declarada pela mãe?
 1. Amarela
 2. Branca
 3. Indígena
 4. Parda
 5. Preta
- Qual o estado de residência da mãe?

1. Distrito Federal
2. Acre
3. Alagoas
4. Amapá
5. Amazonas
6. Bahia
7. Ceará
8. Espírito Santo
9. Goiás
10. Maranhão
11. Mato Grosso
12. Mato Grosso do Sul
13. Minas Gerais
14. Pará
15. Paraíba
16. Paraná
17. Pernambuco
18. Piauí
19. Rio de Janeiro
20. Rio Grande do Norte
21. Rio Grande do Sul
22. Rondônia
23. Roraima
24. Santa Catarina
25. São Paulo
26. Sergipe
27. Tocantins

28. Exterior

- (Caso o estado seja o DF) Qual a região administrativa de residência da mãe?

1. Plano Piloto
2. Gama
3. Taguatinga
4. Brazlândia
5. Sobradinho
6. Planaltina
7. Paranoá
8. Núcleo Bandeirante
9. Ceilândia
10. Guará
11. Cruzeiro
12. Samambaia
13. Santa Maria
14. São Sebastião
15. Recanto das Emas
16. Lago Sul
17. Riacho Fundo
18. Lago Norte
19. Candangolândia
20. Águas Claras
21. Riacho Fundo II
22. Sudoeste/Octogonal
23. Varjão
24. Park Way

25. SCIA - Estrutural

26. Sobradinho II

27. Jardim Botânico

28. Itapoã

29. SIA

30. Vicentes Pires

31. Fercal

- Qual a renda familiar mensal da mãe? (em salários mínimos)

1.1.2 Questões Obstétricas

- Por quantas gestações a mãe passou anteriormente?
- Por quantos partos a mãe passou anteriormente?
- Quantos abortos a mãe já teve anteriormente?
- Por quantas cesarianas a mãe já passou anteriormente?
- Qual o número de filhos nascidos vivos?
- Qual a data do último parto?
- Qual a data da última menstruação da mãe?
- Qual a data do parto?
- Qual a idade gestacional no momento do parto? (Semanas)
- Qual a idade gestacional no momento do parto? (Dias)
- Qual foi o tempo de internação da mãe? (em dias)
- Qual a altura uterina? (em cm)
- Qual a dilatação uterina? (em cm)
- Qual o resultado do exame de batimentos cardio-fetais?

- Qual o resultado da dinâmica uterina?

1. Fraca
2. Moderada
3. Forte

- Houve movimento fetal?

1. Sim
2. Não

1.2 Indicadores neonatais

- Qual foi o peso ao nascer do bebê (kg)?
- Qual é a altura do bebê (cm)?
- Qual é a medida cefálica do bebê (cm)?
- Qual é a medida torácica do bebê (cm)?
- Nota Apgar (nota de 0 a 10):
- O bebê foi encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI)?
- Com relação aos resultados perinatais negativos, assinale as complicações presentes:
 1. Pré eclampsia ou eclampsia
 2. Diabetes gestacional
 3. Hipotireoidismo
 4. Descolamento da placenta
 5. Placenta prévia
 6. Vasa prévia
 7. Infecção em decorrência do parto
 8. Episiotomia (parto normal)

9. Hemorragia uterina
10. Eritoblastose fetal
11. Malformação congênita (sorologia - toxoplasmose, cnv, hiv, htlv, hepatite b, hepatite c, rubéola)
12. Prematuridade
13. Sofrimento fetal agudo
14. Icterícia neonatal (precisou de banho de luz)
15. Teste do coraçãozinho alterado
16. Teste do olhinho alterado
17. Teste da orelhinha alterado
18. Teste do pezinho alterado
19. Hipoglicemia neonatal
20. Fratura de clavícula (bebê)
21. Óbito fetal Outros: (Cite)

1.3 Indicadores saúde

1.3.1 Materno

- Qual é o peso da mãe?
- Qual é a altura da mãe?
- Qual é o Índice de Massa Corporal (IMC) da mãe (para calcular o IMC basta dividir o peso pelo quadrado da altura)?
- Qual é a pressão sistólica da mãe?
- Qual é a pressão diastólica da mãe?
- Qual é o pulso da mãe?
- Qual é a frequência respiratória da mãe?

1.3.2 Neonatal

- Qual é o peso do bebê?
- Qual é a altura do bebê?
- Qual é o Índice de Massa Corporal (IMC) do bebê (para calcular o IMC basta dividir o peso pelo quadrado da altura)?
- Qual é a pressão sistólica do bebê?
- Qual é a pressão diastólica do bebê?
- Qual é o pulso do bebê?
- Qual é a frequência respiratória do bebê?

1.4 Indicadores médicos

- Qual foi a conduta estabelecida?
- Que tipo de procedimento foi adotado?
- Qual foi o tipo de parto realizado?
 1. Parto cesária
 2. Parto normal
 3. Outros: (Cite)
- Houve intercorrência obstétrica?
 1. Sim
 2. Não
- Houve intercorrência clínica?
 1. Sim
 2. Não
- Caso sim em uma das perguntas sobre intercorrência, selecione uma ou mais opções abaixo:

1. Incompetência istmo-cervical
 2. Crescimento Intra Uterino Restrito
 3. Oligodramnia
 4. Polidramnia
 5. Isoimunização RH
 6. Placenta prévia
 7. Descolamento prematuro de placenta
 8. Amniorexe prematura
 9. Diabetes gestacional
 10. Síndromes hipertensivas *
 11. Eclâmpsia/Convulsões
 12. Ameaça de parto prematuro
 13. Sofrimento fetal
 14. Sífilis
 15. Infecção urinária
 16. HIV
 17. Toxoplasmose
 18. Malformação congênita
 19. Outros: (Cite)
- Qual tipo de CIDs encontrado? (apenas o código)
 - Houve indução de parto?
 1. Sim.
 2. Não
 - Caso sim, qual tipo de indução?
 - Qual foi a indicação estabelecida e o protocolo adotado?
 - Descreva como foi a admissão do recém-nascido.

- Houve complicação no parto?
 1. Sim.
 2. Não

- Se sim, assinale uma ou mais opções abaixo:
 1. Distócia de ombro
 2. Prolapso de cordão
 3. Ruptura uterina
 4. Período expulsivo prolongado
 5. Atonia uterina
 6. Placenta retida

- Que(Quais) profissional(is) acompanhou(aram) o trabalho de parto :
 1. Médico(a)
 2. Enfermeiro(a) obstetra
 3. Enfermeiro
 4. Auxiliar/técnico de enfermagem
 5. Estudante
 6. Parteira
 7. Outros (Cite)

- Houve presença de doula?
 1. Sim.
 2. Não

- Caso tenha ocorrido intervenção, cite qual ou quais foram realizadas:

- Houve registros de morbimortalidade?
 1. Sim. Qual causa?
 2. Não