



## **Avaliação dos resultados obstétricos e perinatais de gestantes internadas a partir de 40 semanas em um hospital público em São Paulo**

Evaluation of obstetric and perinatal outcomes of pregnant women admitted from 40 weeks onwards to a public hospital in São Paulo

Evaluación de los resultados obstétricos y perinatales de gestantes internadas a partir de las 40 semanas de gestación en un hospital público de São Paulo

Carolina Furtado Macruz<sup>1</sup>.

---

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar os resultados obstétricos e perinatais das gestantes internadas para indução do trabalho de parto a partir de 40 semanas de idade gestacional. **Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo observacional que utilizou dados dos prontuários de gestantes internadas em um hospital público em São Paulo durante o ano de 2023. Os dados coletados foram referentes às características obstétricas das mulheres e perinatais dos recém-nascidos. **Resultados:** As 3.058 pacientes foram internadas em um hospital público em 2023, sendo que 412 gestantes com 40 semanas ou mais foram submetidas à indução do parto. As participantes foram divididas em dois grupos. No grupo de 41 semanas, o misoprostol foi utilizado em 84,4% das gestantes ( $p=0,001$ ) e tempo de indução de até 24 horas ocorreu em 49,5% delas ( $p=0,031$ ). A pesquisa para *Streptococcus agalactiae* foi negativa em 50,5% no grupo de 41 semanas e 62% no grupo de 40 semanas ( $p=0,049$ ). O peso médio do recém-nascido foi maior no grupo de 41 semanas ( $p=0,002$ ). **Conclusão:** Este estudo evidenciou que a indução do parto após 40 semanas está associada ao maior uso de misoprostol e com tempo de indução de até 24 horas.

**Palavras-chave:** Gestação prolongada, Indução do parto, Misoprostol, Desfechos obstétricos, Desfechos perinatais

---

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the obstetric and perinatal outcomes of pregnant women admitted for labor induction from 40 weeks of gestational age. **Methods:** A retrospective observational study was carried out using data from the medical records of pregnant women admitted to a public hospital in São Paulo during the year 2023. The data collected referred to the obstetric characteristics of the women and the perinatal characteristics of the newborns. **Results:** The 3,058 patients were admitted to a public hospital in 2023, and 412 pregnant women with 40 weeks or more underwent labor induction. The participants were divided into two groups. In the 41-week group, misoprostol was used in 84.4% of the pregnant women ( $p=0.001$ ) and induction time of up to 24 hours occurred in 49.5% of them ( $p=0.031$ ). The test for *Streptococcus agalactiae* was negative in 50.5% of the 41-week group and 62% of the 40-week group ( $p=0.049$ ). The average weight of the newborn

---

<sup>1</sup> Médica Assistente do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital São Luiz Gonzaga da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo - SP.

was higher in the 41-week group ( $p=0.002$ ). **Conclusion:** This study showed that labor induction after 40 weeks is associated with greater use of misoprostol and with induction time of up to 24 hours.

**Keywords:** Prolonged gestation, Labor induction, Misoprostol, Obstetric outcomes, Perinatal outcomes.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Avaliar los resultados obstétricos y perinatales de embarazadas admitidas para inducción del parto a partir de las 40 semanas de edad gestacional. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo utilizando datos de las historias clínicas de gestantes internadas en un hospital público de São Paulo durante el año 2023. Los datos recolectados se referían a las características obstétricas de las mujeres y a las características perinatales de los recién nacidos. **Resultados:** Los 3.058 pacientes fueron admitidos en un hospital público en 2023 y 412 mujeres embarazadas de 40 semanas o más se sometieron a inducción del parto. Los participantes se dividieron en dos grupos. En el grupo de 41 semanas, se utilizó misoprostol en el 84,4% de las embarazadas ( $p=0,001$ ) y el tiempo de inducción fue de hasta 24 horas en el 49,5% de ellas ( $p=0,031$ ). La prueba para *Streptococcus agalactiae* fue negativa en el 50,5% del grupo de 41 semanas y en el 62% del grupo de 40 semanas ( $p=0,049$ ). El peso promedio del recién nacido fue mayor en el grupo de 41 semanas ( $p=0,002$ ). **Conclusión:** Este estudio mostró que la inducción del parto después de las 40 semanas se asocia con un mayor uso de misoprostol y con un tiempo de inducción de hasta 24 horas.

**Palabras clave:** Gestación prolongada, Inducción del parto, Misoprostol, Resultados obstétricos, Resultados perinatales.

---

## INTRODUÇÃO

A gestação é um período complexo e crucial na vida da mulher, marcado por transformações físicas, emocionais e fisiológicas que culminam no momento do parto. No entanto, algumas gestações estendem-se além do esperado, ultrapassando as 40 semanas de idade gestacional, o que pode acarretar desafios adicionais tanto para a gestante quanto para o feto (MATTHES ACS, 2010).

O uso do termo pós-datismo é muito comum entre os especialistas, apesar de sua definição não ser clara na literatura. É utilizado de forma genérica para designar gestações que ultrapassam a data provável do parto. Alguns autores definem gestações entre 40 a 42 semanas, como sendo uma alternativa para nomear as gestações não definidas como patológicas (ZUGAIB M, 2023). No entanto, essas gestações que se estendem além do esperado, ultrapassando as 40 semanas de idade gestacional, podem acarretar desafios adicionais para a gestante e para o feto (MATTHES ACS, 2010).

A gravidez prolongada, definida como aquela que ultrapassa as 40 semanas de gestação, demanda atenção especial devido ao potencial aumentado dos riscos maternos e fetais, incluindo complicações como a distócia do trabalho de parto, sofrimento fetal agudo, mortalidade perinatal e morbidades maternas (ZUGAIB M, 2023). Segundo Mandruzzato G, et al. (2010) a precisão na estimativa da idade gestacional é crucial, sugerindo que o uso de ultrassonografia no primeiro trimestre pode reduzir significativamente a necessidade de intervenções desnecessárias.

A gestação prolongada ocorre em 4% a 14% das gestações e continua sendo um desafio na prática obstétrica, dependendo da definição utilizada e da precisão na estimativa da idade gestacional. A conduta nas gestações de termo completo (39 semanas até 40 semanas e 6 dias) e termo tardio (41 semanas até 41 semanas e 6 dias) envolve vigilância fetal a partir de 40 a 41 semanas, com controle rigoroso da movimentação fetal, cardiotocografia e avaliação do perfil biofísico fetal. A decisão de induzir o parto depende do acompanhamento fetal, exame pélvico e a avaliação do colo uterino pelo índice de Bishop (SALDANHA G, et al., 2011).

A indução do trabalho de parto é um procedimento utilizado para iniciar o processo de parto em pacientes que não entram em trabalho de parto espontaneamente ou que necessitam interromper a gestação devido a indicações maternas e fetais. Essa intervenção é realizada com o objetivo de resolver a gestação de forma segura e adequada, garantindo a saúde da mãe e do feto (ZUGAIB M, 2023).

Desde 2006, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a indução do parto para gestantes com 41 semanas completas, baseando-se em evidências que sugerem que essa intervenção pode reduzir a necessidade de monitorização adicional e o tempo de hospitalização (WHO, 2010). No entanto, a vigilância da vitalidade fetal deve iniciar com 40 semanas e um dia de gestação e a conduta deverá ser intervencionista quando houver comprometimento fetal, materno, oligoâmnio, condições favoráveis do colo uterino, etc (ZUGAIB M, 2023).

O Royal College Of Obstetricians And Gynaecologists (RCOG) recomenda que, em gestações sem complicações, a indução seja realizada a partir da 41ª semana (RCOG, 2021). Essa recomendação foi analisada em revisão sistemática da Biblioteca Cochrane, a qual observou-se que a indução do parto a partir de 41 semanas completas de gravidez foi associada à redução das mortes perinatais (1/2.986 versus 9/2.953; RR=0,30; IC95%=0,09-0,99) (SOUZA ASR, et al., 2010).

Nas últimas décadas, as taxas de indução do parto estão aumentando, com uma incidência média de um em cada quatro nascimentos a termo (de 37 + 0 semanas gestacionais) em países desenvolvidos e com taxas semelhantes em países em desenvolvimento (SENANAYAKE H, 2022). Em 2019, uma meta-análise de estudos de coorte incluindo 15 milhões de gestações em países de alta renda relatou que a natimortalidade aumentou a partir de 37 semanas, com um aumento de 64% no risco de natimortalidade em pacientes 41 semanas em comparação com 40 semanas de gestação, sugerindo uma oportunidade de indução do parto eletivamente, sendo iniciado antes do corte tradicional de 41 semanas completas (SENANAYAKE H, 2022).

Wennerholm et al realizaram uma pesquisa em que houve a indução do parto das gestantes com 41 semanas e conduta expectante e indução do parto com 42 semanas de idade gestacional. O estudo foi interrompido precocemente devido a uma taxa significativamente maior de mortalidade perinatal no grupo expectante. O desfecho perinatal primário (mortalidade neonatal, Apgar, valor do ph na gasometria da artéria umbilical, submissão a ventilação mecânica, toco-traumatismo etc) não diferiu entre os grupos: 2,4% (33/1381) no grupo de indução e 2,2% (31/1379) no grupo expectante (risco relativo 1,06, intervalo de confiança de 95% 0,65 a 1,73; p=0,90). Nenhuma morte perinatal ocorreu no grupo de indução, mas seis (cinco natimortos e uma morte neonatal precoce) ocorreram no grupo expectante (p=0,03). A proporção de parto cesáreo, parto vaginal instrumental ou qualquer morbidade materna importante não diferiu entre os grupos (WENNERHOLM UB, et al., 2021).

Uma revisão sistemática Cochrane de 2020 constatou que a indução do parto antes de 41 semanas fez pouca ou nenhuma diferença na mortalidade perinatal em comparação com a conduta expectante (7 ensaios, 7.886 neonatos; RR 0,50, IC de 95% 0,13 a 2,01; evidência moderada). Já nos casos de indução após as 41 semanas ocasionaram redução da morte perinatal em comparação à conduta expectante (15 ensaios, 10.909 neonatos; RR 0,26, IC de 95% 0,11 a 0,64; evidência moderada) (WHO, 2022).

Outra revisão que avaliou ensaios clínicos randomizados conduzidos com gestantes de baixo risco com 37 semanas ou mais comparando a indução do parto e a conduta expectante. A indução do parto foi associada uma taxa menor de mortes perinatais (por todas as causas) (razão de risco (RR) 0,33, intervalo de confiança (IC) de 95% 0,14 a 0,78; 20 ensaios, 9960 recém-nascidos; evidência moderada). Houve duas mortes perinatais no grupo da indução em comparação com 16 mortes perinatais do grupo expectante. Além disso, a pesquisa evidenciou que a indução do parto não aumenta o risco de cesariana, o que contraria a crença comum de que a intervenção poderia estar associada a uma maior necessidade desse procedimento (MIDDLETON P, et al., 2018).

Os métodos utilizados para iniciar a indução do trabalho de parto em ambiente hospitalar incluem o uso de misoprostol, ocitocina e balão de Foley (conhecido como método de Krause) (ZUGAIB M, 2023). A

escolha do método de indução do trabalho de parto é baseada na avaliação da paridade da paciente e da maturação cervical, que é determinada pelo índice de Bishop (BISHOP EH, 1964).

O Índice de Bishop analisa a dilatação, o esvaecimento, a altura da apresentação fetal, a consistência e a posição do colo do útero (BISHOP EH, 1964). Esses parâmetros são resumidos na tabela de Bishop que é uma ferramenta que atribui pontos conforme a condição do colo uterino e ajuda a prever o sucesso da indução. Um índice de Bishop inferior a 6 indica um colo desfavorável, aumentando a probabilidade de cesariana e sugerindo a necessidade de amadurecimento cervical antes da indução, enquanto um índice superior a 6 sugere um colo mais maduro, permitindo o uso de ocitocina para indução (BISHOP EH, 1964). Assim, o índice de Bishop é crucial para orientar a abordagem mais adequada na indução do trabalho de parto, considerando a maturação cervical como fator determinante para o sucesso do parto vaginal (ZUGAIB M, 2023).

Uma revisão sistemática que analisou 70 ensaios clínicos sobre o uso de misoprostol vaginal para indução do parto com feto vivo revelou que essa medicação está associada ao amadurecimento cervical. Além disso, seu uso reduziu a necessidade de ocitocina e aumentou a frequência de partos vaginais nas primeiras 24 horas de indução (HOFMEYR GJ, et al., 2010). Alguns estudos concluíram que o misoprostol vaginal é mais eficaz do que outros métodos convencionais para amadurecimento cervical e indução do parto (OLIVEIRA MV, et al., 2010; GELISEN O, et al., 2005; SANCHEZ-RAMOS L, 1997; SCAPIN SQ, et al., 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a indução do parto deve ser realizada apenas quando houver uma indicação médica clara e os benefícios esperados superarem seus danos potenciais (SENANAYAKE H, 2022). As estratégias para acompanhamento das gestações com mais de 40 semanas de idade gestacional estão relacionadas à avaliação da vitalidade fetal e das condições maternas para a realização da internação hospitalar e início da indução do trabalho de parto (ZUGAIB M, 2023).

Neste estudo, foi proposto avaliar os resultados obstétricos e perinatais das gestantes internadas a partir de 40 semanas, considerando a aplicação dos métodos de indução do trabalho de parto no ambiente hospitalar.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo observacional que utilizou dados dos prontuários de gestantes internadas em um hospital público em São Paulo durante o ano de 2023. Critérios de inclusão: gestantes a partir de 40 semanas de idade gestacional e que foram submetidas a algum método de indução do trabalho de parto, dentre eles misoprostol, krause e ocitocina. Critérios de exclusão: pacientes que possuíam idade gestacional abaixo de 40 semanas, tiveram parto normal espontâneo e aquelas que foram submetidas ao parto cesárea.

Os dados coletados foram: idade gestacional, paridade, classificação de Robson, método de indução do parto, tempo de indução, tipo de parto, episiotomia, laceração perineal, pesquisa de *Streptococcus B*, sexo do recém-nascido, peso do recém-nascido, Apgar de 1° e 5° minuto, clampeamento tardio do cordão umbilical, amamentação na primeira hora de vida e natimortalidade.

A análise estatística foi realizada e utilizados os seguintes estudos: teste de qui-quadrado, teste *Mann-Whitney*, teste exato de Fischer e o nível de significância foi de 5%. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa número CAAE: 83200824.4.0000.5479, número do parecer: 7.187.801.

## RESULTADOS

Foram internadas 3.058 pacientes em 2023, sendo que 412 gestantes com 40 semanas ou mais de idade gestacional foram submetidas à indução do parto. A taxa de indução do parto foi de 13,5%. As participantes foram divididas em dois grupos: grupo 1 ( $\geq 40$  semanas), com 303 pacientes, e grupo 2 ( $\geq 41$  semanas), com 109 gestantes.

Na avaliação das características obstétricas o grupo 1 a indução com misoprostol ocorreu em 202 (66.7%) pacientes, ocitocina 84 (27.7%) e o krause 17 (5.6%), o tempo de indução em 192 (63.4%) gestantes foi de até 24 horas, 104 (34.3%) pacientes foram submetidas a indução do trabalho de parto com duração entre 24 a 48 horas, e a indução de trabalho de parto acima de 48 horas ocorreu em 7 (2.3%) pacientes. No grupo 2 a indução com misoprostol ocorreu em 92 (84.4%) pacientes, ocitocina 11 (10.1%) e o krause 6 (5.5%), o tempo de indução em 54 (49.5%) gestantes foi de até 24 horas, 53 (48.6%) pacientes foram submetidas a indução do trabalho de parto com duração entre 24 a 48 horas e a indução de trabalho de parto acima de 48 horas ocorreu em 2 (1.8%) pacientes (**Tabela 1**). Sendo assim o misoprostol foi mais utilizado no grupo 2 ( $p=0.001$ ) para indução do parto e o tempo de indução de até 24 horas ocorreu em sua maior frequência no grupo 1 ( $p=0.031$ ).

**Tabela 1** - Características obstétricas de gestantes internadas a partir de 40 semanas em hospital público em São Paulo em 2023.

Variáveis	> 40 semanas (n=303)	>41 semanas (n=109)	p
<b>Paridade</b>			
Primigesta	159 (52,5%)	60 (55%)	0,645
Multigesta	144 (47,5%)	49 (45%)	
<b>Classificação de Robson</b>			
1 a 5	301 (99,3%)	109 (100%)	0,395
6 a 10	2 (0,7%)	0 (0,0%)	
<b>Método de indução</b>			
Misoprostol	202 (66,7%)	92 (84,4%)	<b>0,001</b>
Ocitocina	84 (27,7%)	11 (10,1%)	
Krause	17 (5,6%)	6 (5,5%)	
<b>Tempo de indução</b>			
Até 24H	192 (63,4%)	54 (49,5%)	<b>0,031</b>
24H a 48H	104 (34,3%)	53 (48,6%)	
Acima de 48H	7 (2,3%)	2 (1,8%)	
<b>Tipo de parto</b>			
Cesárea	131 (43,2%)	45 (41,3%)	0,724
Normal	172 (56,8%)	64 (58,7%)	
<b>Episiotomia</b>			
Não	275 (90,8%)	104 (95,4%)	0,125
Sim	28 (9,2%)	5 (4,6%)	
<b>Laceração de períneo</b>			
Não	198 (69%)	71 (70,3%)	0,806
Sim	89 (31%)	30 (29,7%)	
<b>Pesquisa de Streptococcus</b>			
Positivo	17 (5,6%)	12 (11%)	<b>0,049</b>
Negativo	188 (62%)	55 (50,5%)	
Desconhecido	98 (32,2%)	42 (38,5%)	

**Legenda:** n: número; %: porcentagem. Observação: Gestantes atendidas no hospital público em São Paulo em 2023.  $p < 0,05$ ; Teste Qui-quadrado.

**Fonte:** Macruz CF, 2025.

O *Streptococcus Agalactiae* no grupo 1, foi positivo em 17 (5.6%), negativo 188 (62) e desconhecido em 98 (32.2%), e no grupo 2 foi positivo em 12 (11%), negativo 55 (50.5%) e desconhecido em 42 (38.5%), logo sua maior ocorrência negativa no grupo 1 ( $p=0.049$ ). (**Tabela 1**).

Quanto à paridade, classificação de Robson, tipo de parto, episiotomia e laceração perineal, não foram observadas diferenças significantes entre os grupos (**Tabela 1**).

Em relação às características perinatais, o peso médio ao nascer foi de 3.345g (variação: 2.360-4.510) no grupo 1 e de 3.460g (variação: 2.700-4.510) no grupo 2, com peso fetal maior no grupo 2 ( $p=0,002$ ) (**Tabela 2**).

Não houve dados significantes entre os grupos quando comparamos o sexo fetal ( $p=0,375$ ), apgar ( $p=0,266$ ), clampeamento do cordão ( $p=0,675$ ), a amamentação na primeira hora de vida ( $p=0,563$ ) e natimortalidade ( $p=1,000$ ) (**Tabela 2**).

**Tabela 2** - Características perinatais de gestantes internadas a partir de 40 semanas em hospital público em São Paulo em 2023.

Variáveis	> 40 semanas (n=303)	> 41 semanas (n=109)	p
<b>Sexo fetal</b>			
Masculino	154 (50,8%)	50 (45,9%)	0,375 *
Feminino	149 (49,2%)	59 (54,1%)	
Peso fetal	3345 (2360-4510)	3460 (2700-4510)	<b>0,002**</b>
<b>Apgar</b>			
Apgar de 1° minuto	9 (0-10)	9 (5-10)	0,266**
Apgar de 5° minuto	9 (0-10)	9 (8-10)	0,149**
<b>Clampeamento</b>			
Clampeamento tardio do cordão			
Não	87 (28,7%)	29 (26,6%)	0,675 *
Sim	216 (71,3%)	80 (73,4%)	
<b>Amamentação</b>			
Amamentação 1° hora			
Não	132 (43,6%)	44 (40,4%)	0,563 *
Sim	171 (56,4%)	65 (59,6%)	
<b>Natimortalidade</b>			
Não	302 (99,7%)	109 (100%)	1,000***
Sim	1 (0,3%)	0	

**Legenda:** n: número; %: porcentagem. Observação: Recém-nascidos atendidos em hospital público em São Paulo em 2023.  $p < 0,05$ ; \* Teste qui-quadrado; \*\* Teste Mann-Whitney; \*\*\* Teste Exato Fisher.

**Fonte:** Macruz CF, 2025.

## DISCUSSÃO

O estudo permite avaliar as principais características encontradas nas gestantes com idade gestacional de 40 semanas ou mais internadas em 2023 num hospital público em São Paulo em relação à indução do parto, parto e resultados perinatais.

A WHO estima que 10% dos partos realizados no mundo são induzidos (WHO, 2010). Nos Estados Unidos da América, a indução do trabalho de parto foi de 31,4% dos nascimentos (OSTERMAN MJK,

MARTIN JA, 2014). No nosso estudo, a taxa de indução do parto foi de 13,5% e está dentro das previsões da WHO.

Existem vários fatores associados ao sucesso da indução do parto, destacando características maternas, como paridade e classificação Robson, do tipo de parto, método de indução, tempo de indução e das características perinatais, como peso fetal, apgar 1o e 5o minuto, clampeamento tardio do cordão umbilical e amamentação na 1a hora de vida (CRANE JM, 2006; GELISEN O, et al., 2005). Em nossa pesquisa houve maior sucesso na indução do parto com misoprostol, o tempo de indução foi de até 24 horas, a maior parte das pacientes tiveram parto normal, não houve realização de episiotomia e não houve laceração de períneo na maioria das mulheres, sendo esses dados significantes.

A maior parte das gestantes do nosso trabalho eram primigestas com idade gestacional maior que 40 semanas e com classificação de Robson entre 1 a 5, indicando maiores chances de evolução para o parto normal (GELISEN O, et al., 2005; SANTOS CS, et al., 2022).

A indução com misoprostol foi a mais utilizada neste estudo em ambos os grupos e foi um dado significativo ( $p=0,001$ ), o que está em consonância com a literatura que também identificaram o misoprostol como um método preferencial devido à sua eficácia (OLIVEIRA MJ, et al., 2010; ALLEN R, OBRIEN B, 2009; SCAPIN SQ, 2018).

Em relação ao tempo de indução, a maioria das pacientes do nosso estudo completou a indução em até 24 horas ( $p=0,031$ ). Esse resultado está de acordo com outras pesquisas publicadas na literatura nacional e internacional (ALLEN R e OBRIEN B, 2009; GELISEN O, et al., 2005; HOFMEYR GJ, et al., 2010; GÜLMEZOGLU AM, MIDDLETON P, et al., 2006).

Não houve diferença significativa em relação ao tipo de parto, episiotomia e laceração do períneo, sendo que a maioria foi parto normal, não ocorreu realização de episiotomia e não houve laceração perineal. Esse nosso resultado é compatível com dados presentes na literatura também (GELISEN O et al., 2005; SANTOS CS, et al., 2022).

A pesquisa do *Streptococcus agalactiae* foi negativa em 62% do grupo com 40 semanas e foi um dado significativo ( $p=0,049$ ). O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda a realização do rastreio de *Streptococcus agalactiae* entre 36ª semana a 37ª semana de gestação, com profilaxia antibiótica intraparto apropriada (ACOG, 2020).

Em relação ao peso do nascimento, os resultados deste estudo verificaram que 100% da amostra apresentou peso normal entre 2.500g e 4.000g. Vieira et al avaliaram a indução dia parto a partir de 40 semanas e encontraram 86,4% da amostra apresentando peso fetal dentro da normalidade (VIEIRA AC, et al., 2019).

No estudo de Senanayake H, et al. (2022) comparou a indução das gestações com 40 a 41 semanas, e encontrou que o grupo de indução com 41 semanas de gestação apresentou maior frequência de recém-nascidos com peso ao nascer entre 3500 e 4000 gramas (19,2%) em comparação com o grupo de indução com 40 semanas (12,5%) ( $p = 0,035$ ). O grupo com 41 semanas também teve uma maior proporção de recém-nascidos com peso acima de 4000 g (2,5%) em comparação com o grupo com 40 semanas (2,4%) ( $p = 0,006$ ) (SENANAYAKE H, et al., 2022). Gülmezoglu et al., 2006, relataram que a indução do parto após 41 semanas foi associada ao peso ao nascer maior que 4000g, (GÜLMEZOGLU AM e MIDDLETON P, 2006). No nosso estudo, o peso fetal foi maior no grupo de 41 semanas ou mais corroborando com os dados da literatura.

Não houve diferença significativa de natimortalidade entre os grupos do nosso estudo. Em 2019, uma meta-análise de estudos de coorte incluindo 15 milhões de gestações mostrou um aumento de 64% no risco de natimortalidade em pacientes com 41 semanas em comparação com 40 semanas de gestação, sugerindo uma oportunidade de indução do parto eletivamente, sendo iniciado antes de 41 semanas completas (SENANAYAKE H, et al., 2022). Coates D, et al. (2020) realizaram uma revisão sistemática sobre protocolos de indução do trabalho de parto e a grande maioria dos protocolos orientaram internação para

indução do parto entre 41 a 42 semanas de idade gestacional. Alguns desses protocolos orientaram discutir a indução com a paciente e ter como decisão final a que foi aceita pela paciente. Caso a paciente não concorde em induzir o parto a resolução da gestação será por via alta.

Uma revisão sistemática Cochrane de 2020 constatou que a indução do parto após 41 semanas reduz a morte perinatal em comparação à conduta expectante (15 ensaios, 10.909 neonatos; RR 0,26, IC de 95% 0,11 a 0,64) (WHO, 2022). Em outra pesquisa que analisou estudos clínicos randomizados em que houve a comparação da indução do parto com a conduta expectante em gestações com 37 semanas ou mais, constatou-se uma menor taxa de natimortos no grupo de indução (RR 0,33, IC de 95% 0,11 a 0,96; 20 ensaios, 9960 recém-nascidos; evidência moderada); houve um natimorto no grupo da indução e 10 natimortos no grupo expectante (MIDDLETON P, et al., 2018).

Não houve diferença nos valores de *Apgar* de primeiro e quinto minuto, clampeamento tardio de cordão, amamentação na primeira hora de vida e natimortalidade. Uma política de indução do parto após as 41 semanas diminui as taxas de admissão em uma unidade de terapia intensiva neonatal em comparação com uma conduta expectante (9 ensaios, 9.890 neonatos; RR 0,84, IC de 95% 0,74 a 0,96; evidência moderada) (WHO, 2022).

## CONCLUSÃO

O misoprostol foi o principal medicamento utilizado para indução do trabalho de parto neste estudo. Ele é reconhecido por sua eficácia, embora a dosagem ideal e o manejo de seus efeitos colaterais ainda não estejam totalmente definidos. A indução do parto em gestações a partir de 40 semanas mostrou bons resultados quando o misoprostol foi prescrito, com a maioria dos casos culminando com o parto normal em até 24 horas. Esta prática, ao ser bem-sucedida, pode contribuir para a melhoria dos cuidados obstétricos e dos desfechos perinatais.

## REFERÊNCIAS

1. ACOG (Prevention of group B streptococcal early-onset disease in newborns: ACOG committee opinion, number 797. *Obstet Gynecol.*, 2020; 135(2): e51-72.
2. ALLEN R e O'BRIEN BM. Uses of misoprostol in obstetrics and gynecology. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 2009; 2(3): 159–168.
3. BISHOP EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstetrics and Gynecology*, 1964; 24(2): 266-268.
4. COATES D, et al. Induction of labour indications and timing: A systematic analysis of clinical guidelines. *Women Birth*, 2020; 33(3): 219-230.
5. CRANE JM. Factors predicting labor induction success: a critical analysis. *Clin Obstet Gynecol*, 2006; 49(3): 573-84.
6. GELISEN O, et al. Induction of labor with three different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow-up until 42 weeks in women with definitely unfavorable cervical scores. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2005; 120 : 164–169.
7. GELISEN O, et al. Indução do parto com três técnicas diferentes com 41 semanas de gestação ou seguimento espontâneo até 42 semanas em mulheres com escores cervicais definitivamente desfavoráveis. *Revista Americana de Obstetrícia e Ginecologia*, 2005; 120(2): 164-169.
8. GÜLMEZOGLU AM e MIDDLETON P. Indução do parto para melhorar os resultados do parto para mulheres a termo ou além. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006; 4: CD004945.
9. HOFMEYR GJ, et al. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2010; 10: CD000941.
10. MANDRUZZATO G, et al. Guidelines for the management of postterm pregnancy. *J Perinat Med.*, 2010; 38: CD000941.
11. MATTHES ACS. Gravidez prolongada: subsídios da literatura médica para uma defesa. *Femina*, 2010; 38(8): 395-400.

12. MIDDLETON P, et al. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, 5: CD004945.
13. OLIVEIRA FJS, et al. Indução do parto em gestantes no pós-datismo no estado do Piauí. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 37: e1661.
14. OLIVEIRA MV, et al. Sonda de Foley cervical versus misoprostol vaginal para o preparo cervical e indução do parto: um ensaio clínico randomizado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2010; 7: 1-8.
15. OSTERMAN MJK e MARTIN JA. Recent declines in induction of labor by gestational age. NCHS data brief, no 155. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2014.
16. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). *Inducing labour: RCOG guideline*. 2021.
17. SALDANHA G, et al. Estudo da gestação entre 40 e 42 semanas: avaliação ultrassonográfica, dopplervelocimétrica e resultados neonatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2011; 33(1): 12-33.
18. SANCHEZ-RAMOS L, et al. Misoprostol para amadurecimento cervical e indução do parto: uma meta-análise. *Obstetrícia e Ginecologia*, 1997; 89(4): 633-642.
19. SANTOS CS, et al. Perfil materno, gestacional e classificação de Robson por tipo de parto ocorridos em Cáceres-MT. *Research, Society and Development*, 2022; 11(1): e8111124663.
20. SCAPIN SQ, et al. Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(1): e0710016.
21. SANTOS CS, et al. Perfil materno, gestacional e classificação de Robson por tipo de parto ocorridos em Cáceres-MT. *Research, Society and Development*, 2022; 11(1): e8111124663.
22. SENANAYAKE H, et al. Resultados da indução versus início espontâneo do trabalho de parto às 40 e 41 SG: achados de um banco de dados prospectivo, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2022; 22(1): 518.
23. SOUZA ASR, et al. Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor? *FEMINA*, 2010; 38(5): 280-285.
24. VIEIRA AC, et al. Gestações acima de 40 semanas e correlação com os dados materno-fetais. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 11(10): e657.
25. WENNERHOLM UB, et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ*, 2019; 367: l6131.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term*. Geneva: World Health Organization; 2022; 3.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO global survey on maternal and perinatal health. Induction of labour data*. Geneva, 2010.
28. ZUGAIB M. *Zugaib obstetrícia*. SP. Editora Manole, 2023. E-book. ISBN 9786555769340.