

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Próxima revisão: 17/12/2027
		Versão: 7	

## 1. SIGLAS E CONCEITOS

CTG: Cardiotocografia  
 DUM: Data da última menstruação  
 RAMO: Ruptura anteparto de membranas ovulares  
 RCIU: Restrição de crescimento intrauterino  
 FCF: Frequência cardíaca fetal  
 IG: Idade gestacional  
 GIG: Grande para idade gestacional  
 PFE: Peso fetal estimado  
 USG: Ultrassonografia  
 OF: Óbito fetal  
 MBV: Maior bolsão vertical  
 HIV: Vírus da imunodeficiência humana  
 TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido

## 2. OBJETIVO

Apresentar as condutas relativas ao processo de maturação cervical e indução de parto para feto vivo na instituição.

## 3. DEFINIÇÕES

### INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO

Define-se por indução de parto a estimulação artificial das contrações uterinas coordenadas e efetivas antes do seu início espontâneo, com objetivo de levar ao desencadeamento do trabalho de parto. É indicada quando há riscos maternos/fetais associados à continuidade da gravidez. Quando não há contraindicações para o trabalho de parto e parto vaginal, a indução é geralmente preferida, dado o aumento dos riscos maternos associados à cesariana.

### MATURAÇÃO CERVICAL

É um processo complexo que resulta no amolecimento e no aumento da distensibilidade do colo, levando ao seu apagamento e dilatação, tornando-se mais favorável ao trabalho de parto.

### HIPERESTIMULAÇÃO UTERINA

Refere-se a um padrão anormal de atividade uterina, caracterizado por contrações excessivamente frequentes, prolongadas ou com tônus basal elevado, geralmente iatrogênico. Os critérios mais utilizados para definir hiperestimulação incluem a presença de 6 contrações ou mais em 10 minutos (taquissístolia), contrações únicas com duração superior a 2 minutos (hipertonía), ou aumento de tônus basal uterino entre as contrações, frequentemente acima de 15-20 mmhg, especialmente quando associado a alterações na FCF (desacelerações ou bradicardia fetal). Ocorre mais comumente logo após a administração da medicação.

### TAQUISSÍSTOLIA

Diferente da hiperestimulação uterina, pode ocorrer de forma espontânea, associado ou não a

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Próxima revisão: 17/12/2027
			Versão: 7

indução. Por definição, é a presença de 6 ou mais contrações em 10 minutos, em dois períodos sucessivos de 10 minutos, ou em média, durante um período de 30 minutos, que podem comprometer a oxigenação fetal.

#### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Critérios de inclusão: mulheres com gestação única ou gemelar com mais de 28 semanas, que tenham indicação de resolução e atenda aos critérios mínimos para indução de parto.
- Critérios de exclusão: mulheres que não atendam aos critérios mínimos para realização de indução de parto.

#### 5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

##### Médico(a) obstetra:

- Avaliar indicações e contraindicações clínicas para indução do parto.
- Garantir o consentimento informado da gestante, informando sobre os riscos do procedimento de indução e esclarecendo dúvidas.
- Prescrever e indicar o método de indução mais adequado.
- Supervisionar a execução da indução e intervir em situações de risco.
- Decidir por interrupção da indução ou mudança de conduta, caso necessário.
- Garantir segurança materna e fetal durante todo o processo.
- Realizar exames e monitoramento clínico adequados.
- Conduzir acompanhamento de trabalho de parto.

##### Enfermeiro(a):

- Realizar acolhimento e orientar a gestante sobre o processo de indução.
- Monitorar sinais vitais maternos e bem-estar fetal.
- Estimular deambulação, conforto e medidas não farmacológicas para alívio da dor.
- Acionar o obstetra diante de alterações clínicas ou sinais de sofrimento fetal.

##### Farmacêutico(a):

- Garantir a disponibilidade, conservação e dispensação correta dos medicamentos e materiais utilizados na indução.
- Conferir e avaliar a prescrição médica quanto à dose, via e compatibilidade.
- Colaborar na farmacovigilância e na notificação de reações adversas.

#### 6. AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA INDUÇÃO

São critérios mínimos para considerar indução:

- Concordância materna (ou de seu responsável legal) com a realização do procedimento (obrigatório anexar o TCLE assinado ao prontuário médico)
- Existência de condição materna ou fetal que justifique a antecipação do parto
- Apresentação fetal cefálica
- Boa vitalidade fetal

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Próxima revisão: 17/12/2027
		Versão: 7	

- Boas condições clínicas maternas
- Ausência de condições que contraindicam indução de forma absoluta.

A avaliação detalhada das condições maternas e fetais deve ser realizada antes do início da indução, para assegurar que a indicação seja apropriada, confirmar a ausência de contra-indicações e para avaliar a probabilidade de êxito na indução.

Essa avaliação deverá incluir:

- IG estimada por DUM e USG precoce. Preferir a IG calculada pela DUM somente se compatível com a IG calculada pela USG precoce.
- Exame obstétrico detalhado, com realização de manobras de Leopold, medida da altura de fundo uterino para estimativa de peso fetal e avaliação cervical por meio do exame de toque e pelo escore de Bishop.
- PFE preferencialmente, por regra de Johnson (Quadro 1). Não é obrigatória a realização de ultrassonografia unicamente para este fim, salvo em situações em que o exame clínico seja inconclusivo quanto à estimativa do peso fetal e/ou posição fetal, ou diante da suspeita de condição fetal que possa contraindicar a indução, como RCIU ou macrossomia.

Regra de Johnson para estimativa de Peso Fetal	
Fórmula = $155 \times (AU - K)$	<ul style="list-style-type: none"> <li>● AU = Altura Uterina encontrada</li> <li>● K = 11 (cabeça insinuada), 12 (cabeça fixa) ou 13 (cabeça alta e móvel)</li> </ul>

Quadro 1 - Regra de Johnson para estimativa de Peso Fetal.

- Estado das membranas amnióticas
- Atividade uterina
- Confirmação de bem-estar fetal por CTG, com 20 minutos de duração
- Revisão do histórico médico e pré-natal da paciente

## 7. INDICAÇÕES

### Prioritárias (início imediato):

- Síndromes hipertensivas descompensadas ou com critérios de gravidade.
- RAMO ( $\geq 37$  semanas).
- Gestação prolongada ( $\geq 41$  semanas).
- Diabetes mellitus com controle glicêmico ruim.
- Corioamnionite.

### Eletivas (início programado):

- Síndromes hipertensivas compensadas.
- Diabetes mellitus compensada.
- RCIU sem evidências de comprometimento fetal que contraindiquem o parto por via vaginal.
- Feto GIG.
- Oligodramnia isolada (MBV  $< 2$  cm) a termo, com doppler normal.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO	Emissão: 17/12/2025	Próxima revisão: 17/12/2027
		Versão: 7	

- Doença Hemolítica Perinatal.
- OF em gestação anterior.
- Malformações fetais.
- Outras condições maternas, como doença renal, doença pulmonar crônica, síndrome anticorpo antifosfolípide.

## 8. CONTRAINDICAÇÕES

### Absolutas:

- Placenta prévia centro-total.
- Espectro da placenta acreta.
- Prolapso de cordão umbilical ou apresentação funicular persistente.
- Vasa prévia.
- Posição ou apresentação fetal anômala (posição transversa, pélvica podálica).
- Deformidades estruturais da pelve materna.
- Duas ou mais cicatrizes de cesárea anteriores.
- Cicatrizes uterinas corporais prévia (incisão clássica ou em T invertido) e outras cicatrizes uterinas (miomectomias transmuralis).
- Rotura uterina prévia.
- Desproporção cefalopélvica.
- Tumores prévios (colo ou vagina e mioma em segmento inferior).
- Herpes genital ativo.
- Infecção pelo HIV, com carga viral após as 34 semanas de mais de 1000 cópias ou desconhecida.
- Câncer cervical invasivo.
- CTG com padrão sinusoidal ou ausência de variabilidade da FCF basal, e qualquer das seguintes alterações: desacelerações tardias recorrentes, desacelerações variáveis recorrentes ou bradicardia.
- Apresentação pélvica (exceto para fetos em óbito ou com prognóstico reservado).
- Quaisquer outras contra-indicações ao parto vaginal.

### Relativas:

- Avaliação fetal não tranquilizadora, exceto as citadas no item anterior (avaliar medidas de ressuscitação fetal intrauterina e possível correção da alteração).
- Sobredistensão uterina (gestação múltipla, polidrâmnio ou oligoâmnio moderado), pois exige controle rigoroso da vitalidade fetal.
- Peso fetal estimado < 2500g e > 4000g, sendo recomendado individualizar caso a caso, considerando história obstétrica materna, vitalidade fetal, preferência materna quanto à via de parto e condições de vigilância materno-fetal.
- Doença materna grave não compensada (cardiopatias, nefropatias etc., dependendo do tipo, gravidade e IG).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Próxima revisão: 17/12/2027
			Versão: 7

## 9. AVALIAÇÃO CERVICAL

Antes de iniciar a indução do parto, uma avaliação cervical deve ser realizada por meio de exame de toque vaginal. O índice de Bishop (Quadro 2) parece ser a melhor forma de avaliar o colo uterino e prever a probabilidade de a indução resultar em um parto vaginal. Conforme a pontuação do índice de Bishop, pode-se categorizar o colo em desfavorável (Bishop < 7) ou favorável (Bishop > 7). O colo uterino considerado desfavorável deverá passar por uma etapa de preparo cervical pré-indução (maturação cervical), antes da indução de parto propriamente dita.

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

Quadro 2 - ÍNDICE DE BISHOP. Pontuação < 7: necessário amadurecimento cervical prévio à indução; Pontuação ≥ 7: indicar indução de parto; Pontuação ≥ 9: a probabilidade de parto vaginal após a indução é semelhante àquela após trabalho de parto espontâneo.

## 10. MÉTODOS E TÉCNICAS PARA MATURAÇÃO CERVICAL (Bishop < 7)

Não existe uma prática recomendada única e clara em relação à escolha do agente utilizado para amadurecimento cervical: tanto agentes mecânicos quanto farmacológicos são opções aceitáveis, a menos que a paciente tenha contra-indicação ao uso de um agente ou técnica específica. O uso também pode ser feito de forma única ou combinada, de acordo com a avaliação do profissional assistente e a preferência da gestante. Na MEAC, as técnicas de amadurecimento cervical sugeridas são o descolamento de membranas, o balão intracervical e o misoprostol.

### 10.1. Descolamento de membranas

Consiste na inserção do dedo do examinador além do orifício cervical interno e, em seguida, a rotação circunferencial do dedo ao longo do segmento uterino inferior, para destacar as membranas fetais da decídua. Essa ação causa a liberação de prostaglandinas, que amolecem o colo do útero e podem iniciar o processo de trabalho de parto. Pode ser realizada ambulatorialmente ou durante a internação hospitalar, após concordância da gestante, desde que o colo do útero esteja parcialmente dilatado. Segundo revisão da Cochrane, quando comparada à conduta expectante, o descolamento de membranas potencialmente reduz a incidência de indução formal do trabalho de parto, podendo ser considerada a sua realização a partir de 39 semanas como uma estratégia para reduzir a necessidade de indução de parto hospitalar. Esta técnica também pode ser utilizada de forma adicional às outras técnicas de maturação cervical e indução de parto.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Versão: 7
			Próxima revisão: 17/12/2027

## 10.2. Balão intracervical (indução mecânica)

Consiste em um método de amadurecimento de colo feito de forma mecânica, por meio de uso de um balão inflado com solução salina e posicionado acima do orifício cervical interno, no espaço extra amniótico, promovendo a maturação cervical e o início do trabalho de parto (Quadro 3). Nesta técnica, pode-se utilizar balão simples (sonda de Foley) ou duplo (balão duplo Cook®), conforme a disponibilidade.

### 10.2.1. Vantagens:

- Baixo custo e fácil disponibilidade.
- Segurança materno-fetal, pelo baixo risco de hiperestimulação uterina e sofrimento fetal, comparado aos métodos farmacológicos.
- Pode ser usado em gestantes com cicatriz uterina prévia.
- Reduz a necessidade de cesárea em colos desfavoráveis.
- Efeito local e previsível, promovendo liberação local de prostaglandinas endógena.
- Pode ser combinado com ocitocina ou misoprostol, otimizando o efeito.
- Menor taxa de efeitos adversos sistêmicos maternos (como náusea, vômito, febre e diarreia).

### 10.2.3. Riscos e efeitos adversos:

- Desconforto ou dor durante a inserção.
- Sangramento vaginal leve, por trauma no colo durante a inserção.
- Infecção (corioamnionite, endometrite), especialmente se permanência prolongada.
- RAMO (pode ocorrer durante ou após inserção).

### 10.2.4. Contraindicações absolutas: as mesmas da indução de parto.

### 10.2.5. Contraindicações relativas:

- RAMO: maior risco teórico de infecção. Não há estudos suficientes assegurando ou contraindicando o uso de balão nessa população.
- Colo muito fechado ou acesso cervical difícil (malformações uterinas ou cervicais obstrutivas, que dificultam ou impedem inserção segura).
- Febre materna ou corioamnionite suspeita.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Próxima revisão: 17/12/2027
<b>Etapa</b>	<b>Descrição do procedimento de inserção de balão intracervical para maturação</b>		
<b>Indicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maturação cervical em gestantes com colo desfavorável (Bishop &lt; 6), desde que não tenha contraindicações.</li> <li>• Primeira escolha para gestantes com cicatriz uterina prévia.</li> </ul>		
<b>Consentimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar o procedimento à gestante e obter consentimento por escrito.</li> </ul>		
<b>Avaliação prévia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar toque vaginal para avaliação do colo uterino (Bishop).</li> <li>• Realizar CTG basal.</li> <li>• Confirmar apresentação cefálica e ausência de contraindicações.</li> </ul>		
<b>Preparo e técnica asséptica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esvaziar bexiga.</li> <li>• Inserir espéculo vaginal e identificar o colo uterino.</li> <li>• Limpar colo e vagina com solução antisséptica (clorexidina aquosa).</li> </ul>		
<b>Inserção do balão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sob condições estéreis e com auxílio de uma pinça Cheron, realizar a inserção da sonda de Foley Nº 20 no canal cervical, ultrapassando o orifício interno.</li> <li>• Encher do balão com 60 a 80 ml de soro fisiológico ou de água destilada e documentar o volume utilizado no prontuário.</li> <li>• Fixar a sonda na face medial da coxa da paciente, sem necessidade de tração.</li> </ul>		
<b>Monitoramento materno-fetal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materno: sinais vitais de 6/6 horas. Dinâmica uterina somente se paciente referir contrações.</li> <li>• Fetal: orientar mobilograma e ausculta fetal prolongada (pelo menos 2 minutos, observando presença de acelerações, desacelerações e variabilidade) de 4/4 horas.</li> <li>• Realizar CTG sempre que houver dúvidas sobre vitalidade fetal ou suspeita de taquissístolia.</li> </ul>		
<b>Tempo de permanência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter o balão por, no máximo, 24h.</li> </ul>		
<b>Conduta após expulsão ou retirada do balão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar amniotomia (apresentação insinuada) e iniciar ocitocina.</li> <li>• Se ocorrer ruptura de membranas, retirar o balão e definir conduta conforme avaliação do colo e das condições clínicas da gestante.</li> </ul>		

Quadro 3 -PROCEDIMENTO PARA INSERÇÃO DO BALÃO INTRACERVICAL.

### 10.3. Misoprostol

Consiste em um análogo sintético da prostaglandina E1. É utilizado quando Bishop < 7, promovendo amadurecimento cervical e estimulação de contrações uterinas.

#### 10.3.1. Vantagens:

- Promove amadurecimento cervical e induz contrações eficazes, com maiores taxas de parto vaginal em até 24h.
- Eficaz em nulíparas e múltiparas, tanto em gestações a termo quanto pós-termo.
- Versatilidade de vias de administração (via vaginal ou oral).
- Custo acessível.
- Menor tempo até o parto e menor necessidade de ocitocina, em comparação com placebo ou métodos mecânicos.
- Redução nas taxas de cesárea, em comparação com métodos convencionais.

#### 10.3.2. Riscos e efeitos adversos:

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Próxima revisão: 17/12/2027
		Versão: 7	

- Taquissistolia, com potencial comprometimento da oxigenação fetal.
- Hiperestimulação uterina.
- Maior incidência de líquido amniótico meconial.
- Rotura uterina.
- Efeitos colaterais maternos (febre, calafrios, dor abdominal, diarreia, cefaleia, náusea e vômito), principalmente quando feito por via oral.

### 10.3.3. Contraindicações:

- Contraindicações ao trabalho de parto e parto vaginal.
- Cicatriz uterina prévia (para idade gestacional > 28 semanas).
- Sofrimento fetal agudo ou alterações graves na cardiotocografia.
- Hipersensibilidade ao misoprostol ou prostaglandinas.
- Presença de três ou mais contrações uterinas dolorosas.

Etapa	Descrição do procedimento
<b>Indicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Maturação cervical em gestantes com colo desfavorável (Bishop &lt; 7), desde que não tenha contraindicações.</li> <li>● Primeira escolha para mulheres sem cicatriz uterina prévia.</li> </ul>
<b>Consentimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Explicar o procedimento à gestante e obter consentimento por escrito.</li> </ul>
<b>Avaliação prévia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar toque vaginal para avaliação do colo uterino (Bishop).</li> <li>● Realizar CTG basal.</li> <li>● Confirmar apresentação cefálica e ausência de contraindicações.</li> </ul>
<b>Dose e via de administração recomendadas</b>	<p>Para mulheres com <b>bolsa íntegra</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Dose inicial de 25 mcg de 4/4 horas</b>, via vaginal. <b>Após 24 horas</b> de indução e ausência de resposta, avaliar <b>aumentar dose para 50 mcg de 4/4 horas ou associar método mecânico</b>.</li> <li>● Administrar em fundo de saco posterior, embebido em pequena quantidade de água destilada (evitar embebê-lo em gel).</li> </ul> <p>Para mulheres com <b>bolsa rota</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Dose 50 mcg de 2/2 horas por via oral</b>. Realizar avaliação cervical por meio de toque vaginal após início de contrações uterinas efetivas ou conforme solicitação materna.</li> </ul>
<b>Monitoramento materno-fetal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Materno: sinais vitais de 6/6 horas. Dinâmica uterina antes de cada dose de misoprostol.</li> <li>● Fetal: orientar mobilograma e ausculta fetal prolongada (pelo menos 2 minutos, observando presença de acelerações, desacelerações e variabilidade) antes de cada dose de misoprostol.</li> <li>● Realizar CTG sempre que houver dúvidas sobre vitalidade fetal ou suspeita de taquissistolia.</li> </ul>
<b>Tempo máximo de uso do misoprostol</b>	<p>Não existe dose máxima de misoprostol. Contudo, na ausência de resposta satisfatória após 24 horas de uso, recomenda-se avaliar aumento de dose (50 mcg vaginal 4/4 horas ou 100 mcg oral de 2/2 horas) e/ou associá-lo a método mecânico, se não houver contraindicação.</p>

- Anormalidade de FCF.

Quadro 4 -PROCEDIMENTO PARA USO DE MISOPROSTOL PARA INDUÇÃO DE PARTO > 28 SEMANAS.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT-MEAC.032	
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO	Emissão: 17/12/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	17/12/2027

#### Algumas observações:

- Não há evidência de contraindicação ao uso de prostaglandina E1 para mulheres com histórico de asma.
- Considerar descolamento de membranas, concomitante ao uso de misoprostol vaginal, se paciente concordar.
- O pico de ação do misoprostol vaginal geralmente ocorre entre 40 a 60 minutos após a administração. Quando utilizado por via oral, esse pico ocorre por volta de 30 minutos após a administração. Assim, sugere-se realizar monitoração da atividade uterina e FCF por meio de ausculta prolongada com sonar entre 30 e 60 minutos após a administração da medicação.
- Não é necessário realizar CTG antes e após cada dose de misoprostol, exceto se houver dúvida quanto ao bem-estar fetal, ou se houver suspeita de taquissístolia (6 ou mais contrações em 10 minutos, em dois períodos sucessivos de 10 minutos ou em média durante um período de 30 minutos).
- Caso a gestante em uso de misoprostol atinja um índice de Bishop  $\geq 7$ , mas não esteja em trabalho de parto ativo, proceder com amniotomia e início de ocitocina.
- Não iniciar ocitocina em tempo inferior ao intervalo de 4 horas da última dose administrada de misoprostol.
- Não fazer a dose se a gestante apresentar 3 ou mais contrações dolorosas. Nesse caso, reavaliar em 60 min ou associar balão, caso colo ainda esteja desfavorável (Bishop  $<7$ ).

## 11. INDUÇÃO DO PARTO (BISHOP > 7)

### 11.1. INDUÇÃO COM OCITOCINA

O objetivo da administração de ocitocina é produzir atividade uterina (3 a 4 contrações em 10 minutos) que seja suficiente para produzir alterações cervicais. Deve-se preferir iniciar ocitocina somente com colo favorável (Bishop  $> 7$ ). Contudo, diante de um quadro de RAMO, pode-se optar pelo início da ocitocina mesmo em colos desfavoráveis, especialmente na impossibilidade de usar misoprostol ou balão intra cervical.

O uso da ocitocina para indução de parto sempre deve ser feito por meio de bomba de infusão contínua, para garantir maior segurança.

#### 11.1.2. Vantagens de ocitocina

- Controle preciso da dose (permite titulação conforme resposta das contrações uterinas, oferecendo segurança e flexibilidade).
- Início rápido de ação (contrações efetivas geralmente ocorrem em 3–5 minutos após infusão EV) e concentração plasmática estável em 40 minutos.
- Eficácia elevada em colo favorável (Bishop  $> 7$ ).
- Amplamente disponível e de baixo custo.
- Segurança com baixa dose (reduz significativamente o risco de hiperestimulação).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Próxima revisão: 17/12/2027
			Versão: 7

#### 11.1.3. Preparação da solução:

- Diluir uma ampola (5 UI) de ocitocina em 500 ml SF 0.9% ou SG 5% (10 mUI/ml).
- Velocidade de infusão inicial: 6 ml/h (1 mUI/min) a 12 ml/h (2 mUI/min).
- Aumentar a velocidade de infusão em 1 a 2 mUI/min a cada 30 min, até atingir padrão contrátil adequado (3 a 4 contrações em 10 min).
- A dose máxima recomendada é de 20 mUI/min (120 ml/h).

#### 11.1.4. Monitoramento materno-fetal:

- Materno: sinais vitais de 4/4 horas e dinâmica uterina de 30/30 minutos até atingir o alvo de contrações uterinas. Após contrações uterinas eficazes, dinâmica uterina de 1/1 hora.
- Fetal: ausculta fetal prolongada (pelo menos 2 minutos, observando presença de acelerações, desacelerações e variabilidade) de 30/30 minutos antes de cada ajuste de dose da ocitocina, até atingir o alvo de contrações uterinas. Após contrações uterinas eficazes, ausculta fetal de 15/15 minutos. Realizar CTG sempre que houver dúvidas sobre vitalidade fetal ou suspeita de taquissístolia.
- O registro destas informações deve ser realizado em formulário específico, disponível neste link: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/planos-terapeuticos/obstetricia/plt-med-obs-033-uso-de-ocitocina.pdf/view>.

#### 11.1.5. Cuidados importantes:

- Não iniciar ocitocina em tempo inferior ao intervalo de 4 horas da última dose administrada de misoprostol nas pacientes que o tiverem utilizado para maturação cervical.
- A descontinuação da infusão de ocitocina após a fase ativa do trabalho de parto (por exemplo, aproximadamente 6 - 7 cm de dilatação cervical) em mulheres com contrações adequadas está associada a aproximadamente 35% menos risco de cesárea e 50% de redução de taquissístolia uterina.

#### 11.1.6. Riscos da ocitocina:

- Taquissístolia e/ou hipertonia.
- Hiperestimulação uterina.
- Se a ressuscitação intrauterina for bem-sucedida, a ocitocina pode ser reiniciada na metade da última dose.

#### 11.1.7. Contraindicações absolutas de uso de ocitocina:

- As mesmas da indução de parto.
- Hipersensibilidade à ocitocina.

No quadro abaixo (Quadro 5), estão esquematizados dois regimes de uso de ocitocina citados na literatura: um de baixa dose e um de alta dose. Ainda que outros protocolos e pesquisas mais atuais sugiram que não há diferenças significativas nos desfechos maternos ou neonatais com diferentes regimes de dosagem de ocitocina, neste serviço recomenda-se o uso preferencial do esquema de baixa

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Versão: 7
			Próxima revisão: 17/12/2027

dose, pelo menor risco de taquissistolia. O esquema de alta dose deve ser reservado para situações específicas, como óbito fetal associado a condições maternas graves que exijam um parto mais rápido. Atentar para o adequado registro, em prontuário médico e prescrição médica, da concentração utilizada, bem como a identificação da solução no frasco de soro com o tipo de regime utilizado.

Regime	Dose inicial	Incrementos	Dose máxima	Objetivos
Baixa dose	1 a 2 mUI/min (6ml/h a 12 ml/h)	Aumentar em 1 a 2 mUI/min, a cada 30 minutos	20 mUI/min (120 ml/h)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estímulo uterino gradual, minimizando o risco de hiperestimulação e sofrimento fetal.</li> <li>É o mais usado em contextos de alta segurança materno/fetal (gestantes com cicatriz uterina ou outros fatores de risco).</li> </ul>
Alta dose	≥4 mUI/min	Aumentar em 3 a 6 mUI/min, a cada 30 minutos	20 mUI/min (120 ml/h)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Induzir contrações eficazes mais rapidamente, reduzindo o tempo até o parto.</li> <li>Útil onde há urgência obstétrica controlada, mas está associado a um maior risco de taquissistolia uterina e necessidade de monitoramento fetal mais rigoroso.</li> </ul>

Quadro 5 - Regime de uso de ocitocina, conforme a dose utilizada.

## 11.2. AMNIOTOMIA

A amniotomia corresponde a rotura artificial das membranas fetais e pode ser um método utilizado para auxiliar na indução de trabalho de parto, mas não deve ser desencorajado como método isolado de indução do parto. Caso se opte pela amniotomia, é importante realizá-la somente quando o colo uterino encontra-se maduro e a cabeça fetal fixa.

### 11.2.1. Cuidados a serem tomados:

- Avaliar cuidadosamente a altura da apresentação.
- Avaliar possível apresentação de cordão.
- Avaliar possível presença de vasa prévia (pulsação de artéria).

### 11.2.2. Riscos da amniotomia

- Prolapso de cordão (mais comum com apresentação alta ou instável).
- Corioamnionite.
- Compressão grave de cordão.
- Ruptura de vasa prévia.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT-MEAC.032	
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO	Emissão: 17/12/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	17/12/2027

## 12. MANEJO DE SITUAÇÕES ADVERSAS

### 12.1. Taquissistolia e hiperestimulação uterina

A taquissistolia e a hiperestimulação uterina são os principais efeitos colaterais da indução farmacológica. Felizmente, essas alterações podem ser revertidas com medidas padronizadas e, quando ocorre longe do parto, não parecem estar associadas a resultados adversos no bebê. Apesar disso, é mandatória a intensificação da vigilância do bem-estar fetal pela equipe assistente, além de tomar os seguintes cuidados de forma imediata:

- Suspensão imediata do agente indutor (ocitocina, misoprostol, etc).
- Colocar a gestante em posição lateralizada e verificar sinais vitais (pressão, pulso, temperatura e oximetria), avaliando a necessidade de uso de oxigênio suplementar ou reposição volêmica a partir dos sinais vitais maternos ou suspeita de desidratação.
- Monitorização contínua da vitalidade fetal e da atividade uterina por meio de CTG, até a resolução do quadro.
- Avaliar uso de tocolíticos (terbutalina 0,25 mg por via subcutânea), especialmente se houver sinal de comprometimento fetal. Seu efeito ocorre dentro de 5 a 15 minutos após a administração.
- Se essas medidas não se mostrarem eficazes e a taquissistolia persistir, deve-se resolver a gravidez por via abdominal, idealmente em um tempo que não ultrapasse 30 minutos.
- Nos casos de taquissistolia sem comprometimento da vitalidade fetal que cedeu com as medidas acima descritas, retomar a indução de acordo com o índice de Bishop e se as condições maternas e fetais permitirem.

### 12.2. Iminência de rotura uterina

#### 12.2.1. Sinais de alerta:

- Dor abdominal intensa e localizada na região hipogástrica.
- Síndrome Bandl – Frommel, que é a formação de um anel próximo à cicatriz umbilical materna, de modo a separar o corpo do útero do segmento. Diagnóstico diferencial: bexigoma.
- Taquissistolia ou contrações uterinas prolongadas.
- Alterações na FCF (bradicardia, desacelerações tardias).
- Sangramento vaginal anormal.
- Sensibilidade uterina aumentada.
- Sinais de sofrimento materno (taquicardia, sudorese, hipotensão, palidez).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Próxima revisão: 17/12/2027
		Versão: 7	

### 12.2.2. Manejo:

- Interromper agentes uterotônicos (ocitocina, prostaglandinas).
- Monitoramento contínuo da vitalidade fetal.
- Preparar centro cirúrgico para realização de cesárea, caso confirme o diagnóstico de iminência de rotura.

### 12.3. Rotura uterina

É uma complicação rara, mas bastante grave, aumentada em mulheres com cicatriz uterina prévia. Nesses casos, a indução de parto pode aumentar o risco de ruptura uterina, porém com números absolutos baixos, como citado abaixo.

- Risco de ruptura uterina a termo em trabalho de parto espontâneo, quando há cicatriz uterina - 0,8% (800 por 100.000).
- Risco de ruptura uterina a termo após indução, quando há cicatriz uterina - 1,5% (1.500 por 100.000).

#### 12.3.1. Sinais de alerta:

- Dor intensa e repentina seguida de cessação das contrações.
- Sensibilidade uterina aumentada.
- Queda abrupta da apresentação fetal (mudança na altura da apresentação).
- Sangramento vaginal anormal.
- Facilidade na palpação de partes fetais via abdominal.
- Alteração abrupta no traçado da cardiocografia e na FCF (bradicardia, desacelerações tardias).
- Instabilidade hemodinâmica materna (taquicardia, sudorese, hipotensão, palidez - choque hipovolêmico).
- Sinais de hemorragia interna (abdômen distendido, dor à percussão, palidez).

#### 12.3.2. Manejo:

- Suspensão imediata de agentes uterotônicos (ocitocina, prostaglandinas).
- Avaliação clínica rápida e acionamento da equipe cirúrgica.
- Indicação de cesárea de emergência
- Reanimação materna com suporte hemodinâmico.
- Suporte em unidade de terapia intensiva, conforme necessidade.

## 13. FALHA DE INDUÇÃO

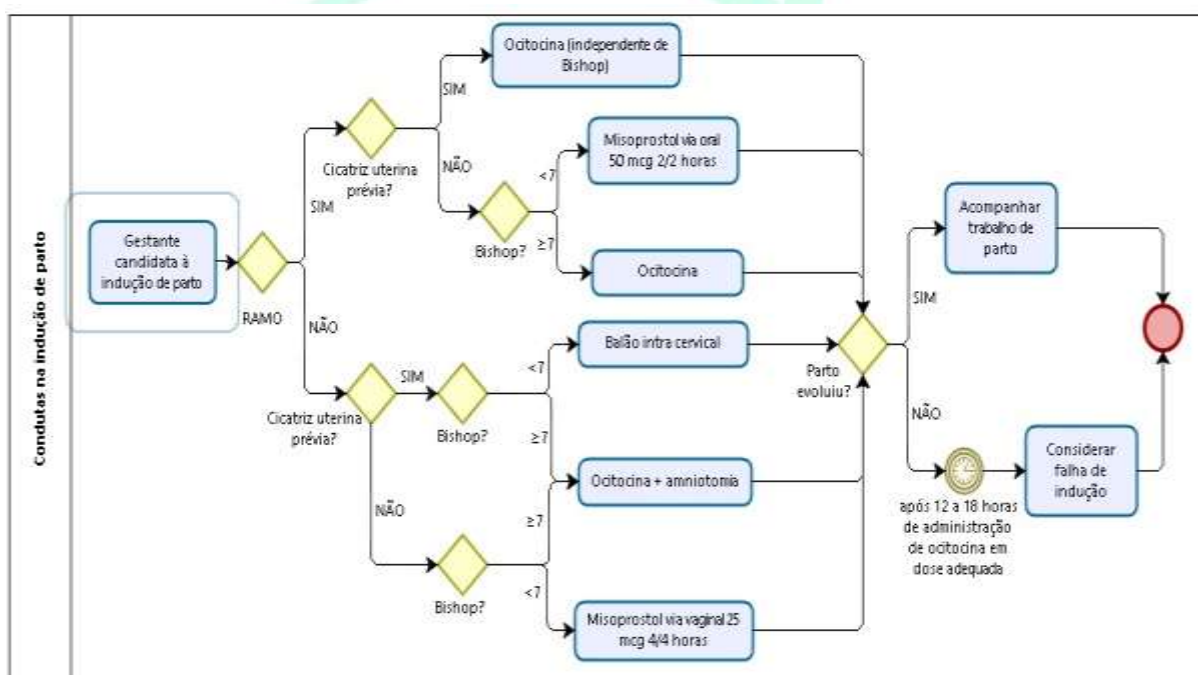
A falha de indução de parto refere-se à situação em que, após a tentativa de trabalho de parto, não se alcança a progressão adequada para a fase ativa do parto, resultando frequentemente em indicação de cesariana.

Teoricamente, não existe um tempo máximo ideal para realizar a maturação cervical. Atualmente, baseado em dados observacionais e recomendações de sociedades obstétricas, sugere-se que a indução de trabalho de parto só deve ser considerada falha após pelo menos 12 a 18 horas de

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Próxima revisão: 17/12/2027
			Versão: 7

administração de ocitocina em dose adequada, associada à ruptura das membranas, sem que haja progressão para a fase ativa do trabalho de parto (definida como dilatação cervical > 6cm) e na ausência de indicações maternas ou fetais urgentes para interrupção do progresso. Não confundir falha de indução com falha na evolução de trabalho de parto.

#### 14. FLUXOGRAMA DE CONDUTAS



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Próxima revisão: 17/12/2027
		Versão: 7	

### 15. IDADE GESTACIONAL PARA INÍCIO DA INDUÇÃO, SEGUNDO CONDIÇÃO CLÍNICA

Condição Clínica	IG recomendada	Observações
Hipertensão gestacional	≥ 37 semanas	Parto indicado a termo para evitar complicações maternas/fetais
Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade	≥ 37 semanas	Indução indicada mesmo com controle clínico estável
Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade	34 - 37 semanas	Avaliar maturidade fetal e estabilidade materna
Diabetes gestacional (sem complicações)	39–40 semanas	Avaliar risco-benefício. Evitar prolongamento além de 40 semanas
Diabetes pré-gestacional sem complicações	38–39 semanas	Risco de macrosomia e morte intrauterina tardia
Diabetes descompensada	37 - 38 semanas	Conduta individualizada
Oligodrâmnio, com doppler normal	≥ 37 semanas	Confirmar diagnóstico por ILA ou maior bolsão < 2 cm
RCIU	A depender do estágio de RCIU	A cesárea deve ser a primeira escolha quando RCIU associada a fluxo anormal da artéria umbilical. Em outros cenários, a decisão sobre o momento da indução do parto deve ser baseada no crescimento fetal e nos resultados do Doppler
Gestação prolongada	≥ 41 semanas	Para reduzir risco de óbito fetal tardio
RAMO	≥ 37 semanas	Ofertar indução imediata. Se, após aconselhamento adequado sobre os riscos de RAMO prolongada, a escolha materna for conduta expectante, esperar de 12 a 24 horas é razoável quando as condições clínicas maternas e fetais forem tranquilizadoras

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Próxima revisão: 17/12/2027
Gestação com anencefalia ou malformação letal	A qualquer momento	Indução por razões éticas/legais e maternas	
Gestante HIV com carga viral com 34 semanas indetectável	≥ 39 semanas	Minimizar risco de transmissão vertical, reduzir intervenções desnecessárias	

## 16. INDICADORES PARA MONITORAMENTO INSTITUCIONAL

Indicador	Descrição	Fórmula	Objetivo
Taxa de induções realizadas	Proporção de partos com indução em relação ao total de partos realizados.	$(\text{N}^\circ \text{ de partos com indução} / \text{Total de partos}) \times 100$	Monitorar a frequência de uso de indução conforme os critérios clínicos.
Taxa de sucesso de indução	Proporção de indução que resultou em parto vaginal.	$(\text{N}^\circ \text{ de partos vaginais após indução} / \text{Total de induções realizadas}) \times 100$	Avaliar a efetividade do protocolo de indução.
Taxa de recusa de indução	Proporção de gestantes que recusaram a indução proposta.	$(\text{N}^\circ \text{ de recusas} / \text{Total de indicações indução}) \times 100$	Avaliar a aceitação das práticas institucionais pelas gestantes.
Taxa de falha de indução	Proporção de indução que resultou em parto cesariana.	$(\text{N}^\circ \text{ de induções que resultaram em cesárea por falha de progressão} / \text{Total de induções}) \times 100$	Avaliar a eficácia dos métodos.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Versão: 7
			Próxima revisão: 17/12/2027

## 17. REFERÊNCIAS

1. HOSPITAL SOFIA FELDMAN. *Indução do parto: protocolo e diretrizes clínicas*. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman, jul. 2023.
2. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Induction of labor*. Practice Bulletin No. 107. Obstetrics & Gynecology, [S. l.], v. 114, n. 5, p. 1234–1246, maio 2009.
3. FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics. *Good Clinical Practice Advice: Induction of Labour*. 2021.
4. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *First and second stage labor management (ACOG Clinical Practice Guideline No. 8)*. Obstetrics & Gynecology, [S. l.], v. 143, n. 1, p. 144–162, jan. 2024.
5. SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA (SOGC). *Clinical Practice Guideline No. 432c: Induction of Labour*. 2023.
6. FINUCANE, Elaine M. et al. *Membrane sweeping for induction of labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews, [S. l.], n. 2, p. CD000451, 2020.
7. DEVARASETTY, Shravani; HABEEBULLAH, Syed. *Induction of labor: a review*. SBV Journal of Basic, Clinical and Applied Health Science, v. 2, n. 4, p. 128–133, 2019.
8. BERGHELLA, Vincenzo; BELLUSSI, Federica; SCHOEN, Corina N. *Evidence-based labor management: induction of labor (part 2)*. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 100136, ago. 2020.
9. KRUIT, Heidi; TOLVANEN, Jenna; ERIKSSON, Jasmin; PLACE, Katariina; NUPPONEN, Irmeli; RAHKONEN, Leena. *Balloon catheter use for cervical ripening in women with term pre-labor rupture of membranes: A 5-year cohort study*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, [S. l.], v. 99, n. 9, p. 1174–1180, set. 2020.
10. SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA (SOGC). *Guideline No. 432c: Induction of labour*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, [S. l.], jan. 2023. (Replaces Guideline No. 296, Sept. 2013).
11. SANTOS, I. M. dos et al. *Competências do enfermeiro no trabalho de parto e parto normal: revisão integrativa*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, supl. 1, p. 77–85, 2019.
12. INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION (FIP). *Role of pharmacists in maternal health*. The Hague: FIP, 2019.
13. HAUK, L.; AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. *Planning for labor and vaginal birth after cesarean delivery: guidelines from the AAFP*. American Family Physician, [S. l.], v. 91, n. 3, p. 197-198, 1 fev. 2015. PMID: 25822276.
14. GUIAHI, M.; DAVIS, A.; SOCIETY OF FAMILY PLANNING. *First-trimester abortion in women with medical conditions: release date October 2012 SFP guideline #20122*. Contraception, [S. l.], v. 86, n. 6, p. 622–630, dez. 2012. DOI: 10.1016/j.contraception.2012.09.001

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT-MEAC.032
Título do Documento	INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO		Emissão: 17/12/2025
			Próxima revisão: 17/12/2027
			Versão: 7

## 18. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
7	17/12/2025	Atualizado documento

## 19. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<b>ELABORAÇÃO</b>	
Yara Dinalda Tancredo Rocha, Emilcy Rebouças Gonçalves	
<b>VALIDAÇÃO</b>	
<b>Raquel Cavalcante Mota</b> Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.0400112025-76, assinado eletronicamente.
<b>APROVAÇÃO</b>	
<b>Clarisse Uchoa de Albuquerque</b> Chefe da Unidade de Obstetrícia	Conforme Processo SEI nº 23533.0400112025-76, assinado eletronicamente.
<b>APROVAÇÃO</b>	
<b>Zeus Peron Barbosa do Nascimento</b> Chefe do Setor Materno-Infantil	Conforme Processo SEI nº 23533.0400112025-76, assinado eletronicamente.

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*