

PROTOCOLO

HC-UFTM/HU BRASIL

Indução do Trabalho de Parto

Versão 1 / 2026



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

ROSEKEILA SIMÕES NOMELINI

ELABORAÇÃO

Alberto Borges Peixoto, Unidade de Saúde da Mulher

Jéssica Souto Morlin, Unidade de Saúde da Mulher

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, Unidade de Saúde da Mulher

Laura Beatriz de Carvalho Oliveira, Programa de Residência em Medicina Fetal

Maria Clara Ribeiro Figueiredo, Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia

Elaine Silva Azevedo, Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia

VALIDAÇÃO INTERNA

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

Alberto Borges Peixoto, Unidade de Saúde da Mulher

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, Unidade de Saúde da Mulher

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 15/7/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UMUL.009

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados

www.gov.br/hubrasil



Hospital de Clínicas



1. DEFINIÇÃO

Técnica utilizada para estimular contrações uterinas, antes do seu início espontâneo, tendo como objetivo o trabalho de parto e o parto. É recomendada quando o prosseguir da gestação coloque a gestante e/ou o conceito em risco maior do que aguardar pelo início espontâneo do trabalho de parto e do parto. Técnica também preferível àquelas gestantes que não apresentam contraindicação ao parto vaginal. Além de ser método de escolha para indução de parto de fetos em óbito.

2. OBJETIVO

Padronizar o método de indução de parto quando há indicação de resolução da gestação e ausência de contraindicação para o parto normal.

3. JUSTIFICATIVA

A via de parto normal é a que apresenta maiores benefícios e menores riscos para o binômio materno fetal na maioria dos casos. Quando existe indicação médica para resolução da gestação, a vitalidade fetal está preservada e não há contraindicação para o parto normal, a indução de parto deve ser oferecida para a paciente, sendo a primeira opção para resolução da gestação.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Gestantes atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) com indicação de resolução da gestação e sem contraindicações ao parto vaginal.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

É atribuição, competência e responsabilidade de toda equipe que presta assistência às gestantes atendidas no HC-UFTM identificar gestantes com indicação de indução do trabalho de parto e realizar o manejo conforme o protocolo.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Diante do encaminhamento de pacientes para a interrupção da gestação ou identificação durante o atendimento de caso com indicação de interrupção da gestação, deve-se revisar o cartão de gestante e exames da paciente, confirmar a idade gestacional, confirmar a indicação de interrupção, confirmar se não há contraindicação para indução, orientar a paciente sobre os benefícios do parto normal (redução da morbimortalidade materna e fetal), realizar exame físico com ausculta fetal, medição da altura uterina, aferição da pressão arterial, avaliação de dinâmica uterina e toque vaginal para determinação do índice de Bishop. Deve-se explicar sobre o procedimento e sanar dúvidas, fornecer, explicar e coletar o termo de consentimento assinado.

7. INDICAÇÕES

- ✓ Gestantes na 41ª semana de gravidez sem doença obstétrica;
- ✓ Rotura prematura das membranas ovulares a partir de 34 semanas;



- ✓ Doenças maternas ou fetais, que fazem com que o prolongamento da gestação ocasione risco de vida materno ou fetal.

8. CONTRAINDICAÇÕES

- ✓ Placenta prévia/acreta;
- ✓ Vasa prévia;
- ✓ Apresentação pélvica¹ / córmica;
- ✓ Infecção por HIV (HIV em mulheres sem tratamento antirretroviral e/ou carga viral desconhecida ou maior que 1000 cópias virais);
- ✓ Infecção ativa por Herpes vírus ou primoinfecção no 3º trimestre;
- ✓ Iteratividade;
- ✓ Intervalo interpartal curto (cesariana prévia inferior a 18 meses);
- ✓ Gemelaridade com primeiro gemelar não-cefálico ou gemelaridade monoamniótica;
- ✓ Macrossomia fetal (fetos de mães não diabéticas acima de 5kg e diabéticas acima de 4,5 kg);
- ✓ Incisão uterina clássica ou em “T” invertido em cesárea anterior;
- ✓ Cirurgia uterina prévia (exemplo: miomectomia transmural);
- ✓ Crescimento intra uterino restrito estádios II, III e IV;
- ✓ Obstrução do canal do parto;
- ✓ Prolapso de cordão;
- ✓ Cardiotocografia (CTG) categoria III.

Obs. ¹: Pacientes múltiparas com feto em apresentação pélvica e em casos de gestação múltipla, a indução pode ocorrer desde que seja avaliado o desejo da paciente, orientando extensamente quanto aos riscos materno-fetais.

9. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Traçar cardiotocografia fetal antes do início da indução do trabalho de parto para documentar o bem-estar fetal. A indução de parto não deve ser contraindicada diante de um resultado alterado da cardiotocografia, uma vez que o exame apresenta altas taxas de falso positivo. Se cardiotocografia alterada, prosseguir avaliação do bem-estar fetal com perfil biofísico fetal (PBF) ou Doppler (quando indicado).

A realização da ultrassonografia antes da indução não é mandatória, no entanto a individualização pela equipe médica da obstetrícia da indicação de ultrassonografia deve ser realizada de acordo com o julgamento clínico.

10. METODOLOGIA

10.1 Maturação cervical

A maturação cervical tem por objetivo facilitar o amolecimento do colo, dilatação e afinamento. Já o objetivo da indução ao trabalho de parto é o parto vaginal, sendo realizado por meio de estimulação das contrações uterinas antes que estas iniciem espontaneamente.

Quando indicada indução, o colo uterino deve ser sempre avaliado e, se desfavorável, deve-se considerar o uso de agentes farmacológicos e/ou não farmacológicos para o seu amadurecimento visando o sucesso da indução.



Para avaliação do colo uterino, utiliza-se o índice de avaliação de Bishop (quadro 1), que pontua a dilatação, o apagamento, a altura da apresentação, a posição e a consistência do colo uterino.

Quadro 1. Índice de Bishop

PONTUAÇÃO	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	> 5
Apagamento (%)	0-30	40-50	50-70	> 80
Altura da apresentação	-3	-2	-1 ou 0	> +1
Consistência	Firme	Médio	Amolecido	
Posição	Posterior	Médio	Centralizado	
RESULTADO	CONCLUSÃO		CONDUTA	
< 6	Colo imaturo		Maturação cervical farmacológica / não farmacológica	
≥ 6	Colo maduro		Ocitocina EV	

10.1.1 Métodos não farmacológicos

a) Sonda de Foley (14-16Fr) infladas com 60 a 80ml:

Deve-se posicionar a paciente em litotomia, visualização do colo uterino após inserção do espéculo de Collins e introduzir a sonda através dos orifícios externo e interno do colo do útero, e uma vez ultrapassado o orifício interno, inflá-la com água destilada ou soro fisiológico com volume de 60 a 80 ml. A sonda deve ser mantida sob tração leve e fixada na parte interna da coxa da paciente. Deve ser mantida por 24h ou até sua expulsão, o que ocorrer primeiro.

Observação: não deve ser utilizado se membranas rotas. A sonda deve ser introduzida e inflada sob condições estéreis.

b) Descolamento de membranas:

Pode ser utilizada como método adjuvante à indução, uma vez que quando a membrana é descolada, há aumento da atividade fosfolipase A2 e do PGF2-alfa.

Para pacientes com mais de 40 semanas de gestação, deve ser oferecido o descolamento de membranas, pois pode potencialmente diminuir as taxas de indução. As contraindicações deste procedimento são as mesmas que as para parto vaginal.

Antes de realizar a técnica, a paciente deve ser informada sobre os possíveis riscos, desconforto e/ou sangramento autolimitado que podem ocorrer durante ou após o procedimento.

10.1.2 Métodos farmacológicos

a) Misoprostol:



É um análogo sintético da prostaglandina E1 que age localmente na cérvix promovendo influxo de fatores pró-inflamatórios o que aumenta as metaloproteinases da matriz extracelular, levando à degradação do colágeno local e, conseqüentemente, amolecimento e esvaecimento do colo uterino, bem como deflagração das contrações uterinas. No seu uso via vaginal, apresenta um tempo para o pico de concentração máxima de 1 a 2 horas com níveis plasmáticos detectáveis por até 6 horas:

- ✓ Realizar inserção via vaginal de 25 mcg a cada 6 horas. Após a introdução do comprimido, a paciente deve permanecer em repouso por 30 minutos;
- ✓ Manter administração do misoprostol até que escore de Bishop 6 OU com contrações ≥ 3 em 10 minutos OU diagnóstico de trabalho de parto (contrações E dilatação cervical ≥ 4 cm);
- ✓ Em casos de taquissístolia com alteração da frequência cardíaca fetal (FCF): tentar remoção dos resíduos do misoprostol da vagina e avaliar administração de terbutalina 0,25mg via subcutânea.

b) Ocitocina:

É uma das drogas mais comuns utilizadas para deflagração, manutenção e otimização das contrações uterina, sendo o estímulo similar ao do trabalho de parto espontâneo. Após o início, nota-se a resposta uterina 3-5 minutos e um nível estável no plasma é percebido após 20-30 minutos. Fatores de predição para sucesso do uso são: IMC < 30, paridade (múltiparas), colo uterino maduro, idade gestacional (termo). **Como utilizar:**

- ✓ Diluir 5UI de ocitocina em 500ml de solução fisiológica, ringer lactato ou soro glicosado 5%, sempre em bomba de infusão;
- ✓ Iniciar com 24ml/h (2MUI/min);
- ✓ Aumentar a dose a cada 30 minutos (NÃO realizar em intervalo menor). O aumento da dose deve ser realizado como mostrado em quadro 2.

Quadro 2. Como utilizar Ocitocina

ml/hora	Tempo
24	0
36	30
48	1h
60	1h30min
72	2h
84	2h30min
96	3h
108	3h30min
120	4h
132	4h30min
144	5h
156	5h30min
168	6h
180	6h30min
DILUIR 10UI EM 500ML DE SOLUÇÃO	
96	7h
108	7h30min
120	8h

❖ Solução fisiológica ou glicosada a 5% 500ml + 1 ampola (5 UI) de ocitocina ---> 24ml/h = 4mUI/min.

❖ Dose máxima de ocitocina é 40mUI/min (240ml/h em solução de 500ml com 5UI ou 120ml/h com 10UI em solução de 500ml).

Para a indução ao parto com ocitocina, em pacientes sem cicatriz uterina prévia, deve-se inicialmente avaliar o índice de Bishop, e, se possível, realizar a maturação do colo previamente, pois esta está relacionada ao sucesso da indução.

Se utilizado misoprostol, a ocitocina somente pode ser utilizada, no mínimo, após 4 horas da última dose.

11. AVALIAÇÃO MATERNO-FETAL DURANTE A INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

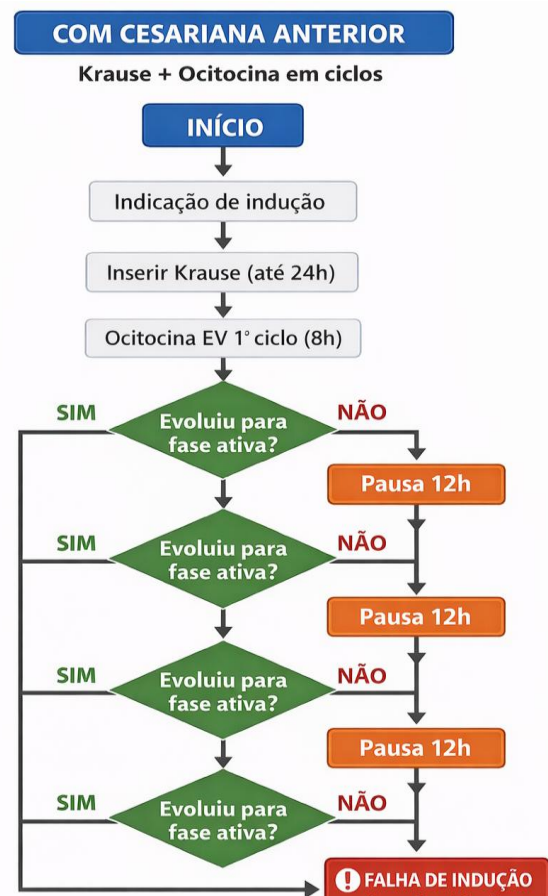
Deve ser realizada a vigilância materno-fetal com dinâmica uterina a cada 1h, sinais vitais (pressão arterial - PA, frequência cardíaca - FC, temperatura axilar e saturação de oxigênio - SatO2) a cada 4 horas e batimento cardíaco feral (BCF) a cada 30 minutos. O toque vaginal deverá ser realizado para avaliação do Bishop e em caso de fase ativa do trabalho de parto.

12. POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

✓ Ruptura uterina, infecção intracavitária, prolapso de cordão umbilical, prematuridade iatrogênica, taquissistolia ou hipertonia, sofrimento ou morte fetal e falha da indução.

13. FALHA TERAPÊUTICA

Ainda não há consenso na literatura para definição da falha de indução, especialmente se for levado em conta apenas o uso de métodos de preparo do colo uterino. No entanto, é importante que haja uma padronização na instituição para evitar divergências entre equipes nas trocas de plantão.



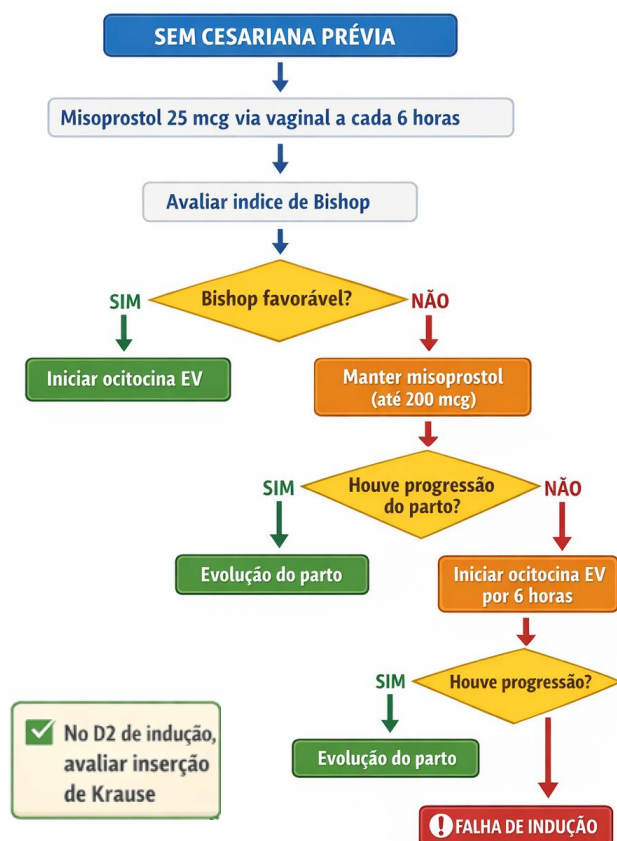


Figura 2. Conduta após falha de indução em pacientes sem histórico de cesariana anterior

Observação: em caso de amniorrexe, a tentativa de indução não deve ultrapassar 24 horas pelo risco de corioamnionite.

14. INDUÇÃO AO PARTO DE FETOS EM ÓBITO

O óbito fetal intrauterino (OFIU) é definido como a morte espontânea do feto durante a gestação, antes da expulsão ou extração completa do corpo materno, e que ocorre a partir de 20 semanas completas de gestação ou peso fetal ≥ 500 g quando a idade gestacional é desconhecida.

O medicamento de eleição para indução do parto em casos de OFIU é o misoprostol via vaginal, sendo a dose de acordo com a idade gestacional em que o óbito foi constatado. Sua administração é segura abaixo de 28 semanas, mesmo em pacientes com histórico de cesariana. No entanto, não é recomendado em mulheres ≥ 28 semanas de idade gestacional com cesariana prévia.

Não há dose máxima de misoprostol. Se a expulsão não ocorrer em 5 doses, pode-se avaliar continuar doses adicionais, inserir balão intrauterino para dilatação cervical (método krause) ou descansar por 12 horas e iniciar novamente tentativa.

Idade gestacional	Dose	Intervalo
20–24 semanas	400 mcg	a cada 3 horas
25–27 semanas	200 mcg	a cada 4 horas
≥ 28 semanas	50 mcg	a cada 4 horas

Figura 3. Indução com misoprostol em óbito fetal

Devido à possibilidade de hipertermia como efeito colateral do misoprostol, recomenda-se que toda paciente tenha rastreio infeccioso na data da internação (hemograma, PCR, urina tipo 1 e urocultura).

A cesariana em óbito fetal não traz benefício fetal e está associada a maior morbidade materna, devendo a decisão ser individualizada conforme o contexto clínico e preferência materna. A resolução via alta está indicada apenas em situações específicas de benefício materno, como instabilidade hemodinâmica, emergência obstétrica (por exemplo, descolamento prematuro de placenta, hemorragia grave, ruptura uterina), contra-indicação absoluta ao parto vaginal (histerotomia clássica, múltiplas cesarianas, cicatriz transmural), ou quando há obstrução do canal de parto (apresentação anômala irreversível em fetos maiores ou distócia grave).

15. INDICAÇÕES DE CESÁREA

15.1 Eletiva

Vide item 8.

15.2 A pedido

Não realizada neste serviço.

15.3 Intraparto

- Falha de indução;
- Parada secundária da dilatação: definida como ausência de progressão da dilatação cervical em pacientes com ≥ 6 cm de dilatação e membranas rotas, apesar de 4 horas de contrações adequadas (>200 unidades Montevideo) ou 6 horas de ocitocina com contrações inadequadas;
- Parada secundária da descida (diante da falha do vácuo extrator/fórceps): expulsivo >3 horas em nulíparas e >2 horas em múltiparas. Observação: com analgesia de parto, esses tempos podem ser 1 hora maiores;
- Traçado Cardiotocográfico Não Tranquilizador: categoria III (bradicardia fetal, variabilidade ausente com desacelerações recorrentes, ou padrão sinusoidal) que não respondem às tentativas de ressuscitação intrauterina.

15.4 Emergência

- Descolamento prematuro de placenta;
- Ruptura uterina;
- Prolapso de cordão.

16. CONDUTA DIANTE DA RECUSA PELA PACIENTE À INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

A paciente deve ser orientada de forma clara quanto à indicação da indução, seus riscos, benefícios e consequências da recusa, garantindo compreensão adequada. Persistindo a recusa, deve ser realizado registro em prontuário e assinatura de termo de recusa informada. Na ausência de urgência, manter acompanhamento e reavaliação periódica. Em situações de risco materno-fetal, reforçar orientação e considerar apoio multiprofissional, sem medidas coercitivas.



Em caso de incapacidade associada a risco iminente, a conduta deve ser individualizada e devidamente documentada.

17. REFERÊNCIAS

Drzycimska M, Bednarek-Jędrzejek M, Dzidek S, et al. Are the Novel Labour Induction Algorithms Associated with Increased Efficiency and Vaginal Delivery Rates?. *J Obstet Gynaecol Can.* 2025;47(8):102948. doi:10.1016/j.jogc.2025.102948

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Febrasgo position statement - Uso de misoprostol em obstetrícia, 2023. Disponível em https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS_-_N6_-_Junho_2023_-_portugues.pdf

FIGO Working Group on Good Practice in Maternal–Fetal Medicine. FIGO Misoprostol Dosage Chart. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2017. Atualizada em 2023.

Grobman W. Induction of labor: Techniques for preinduction cervical ripening. Em: UpToDate, 2024, acessado em outubro de 2024

Jones MN, Palmer KR, Pathirana MM, et al. Balloon catheters versus vaginal prostaglandins for labour induction (CPI Collaborative): an individual participant data meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet.* 2022;400(10364):1681-1692. doi:10.1016/S0140-6736(22)01845-1

Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. *Obstetrics & Gynecology* 135(1):p e18-e35, January 2020. | DOI: 10.1097/AOG.00000000000003606

Solone M, Shaw KA. Induction of labor with an unfavorable cervix. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2020 Apr;32(2):107-112. doi: 10.1097/GCO.0000000000000608. PMID: 32004172.

Weeks AD, Lightly K, Mol BW, et al. Evaluating misoprostol and mechanical methods for induction of labour: Scientific Impact Paper No. 68 April 2022. *BJOG.* 2022;129(8):e61-e65. doi:10.1111/1471-0528.17136



18. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	15/7/2026	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)

19. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO**Elaboração – data: 10/4/2026**

Alberto Borges Peixoto, médico da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL)

Jéssica Souto Morlin, médica da UMUL

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, médico da UMUL

Laura Beatriz de Carvalho Oliveira, médica residente do Programa de Residência em Medicina Fetal

Maria Clara Ribeiro Figueiredo, médica residente do Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia

Elaine Silva Azevedo, médica residente do Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia

Validação interna – data: 10/4/2026

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Alberto Borges Peixoto, médico da UMUL

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, médico da UMUL

Análise – data: 10/4/2026

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Aprovação – data: 11/5/2026

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Validação técnica – data: 16/4/2026 a 1º/7/2026

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Registro, validação de forma e revisão – data: 15/7/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental