

Helena Borges Martins da Silva Paro  
Renata Rodrigues Catani

# INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO EM MULHERES COM OU SEM CESÁREA ANTERIOR:

Protocolo Assistencial do  
Hospital de Clínicas de Uberlândia

2019

Helena Borges Martins da Silva Paro

Renata Rodrigues Catani

# INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO EM MULHERES COM OU SEM CESÁREA ANTERIOR

Protocolo Assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia



## Organização e Elaboração

Helena Borges Martins da Silva Paro

Renata Rodrigues Catani

## Revisão técnica

Mary Angela de Meneses Sanches

Vítor Silva Rodrigues

## Distribuição e Informação

EDUFU – Editora da Universidade Federal de Uberlândia

Av. João Naves de Ávila, 2121, bloco 1S

Campus Santa Mônica

Cep 38.400-902

Uberlândia, MG

## Projeto gráfico, editoração e capa

Eduardo Warpechowski

### Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

P257I Paro, Helena Borges Martins da Silva.  
Indução do trabalho de parto em mulheres com ou sem cesárea anterior : Protocolo Assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia / Helena Borges Martins da Silva Paro, Renata Rodrigues Catani. Uberlândia : EDUFU, 2019.  
30 p. : il.

DOI 10.14393/FAMED-Protocolo001-2019.

1. Ciências médicas. 2. Parto (Obstetrícia). I. Catani, Renata Rodrigues. II. Universidade Federal de Uberlândia. Hospital de Clínicas. III. Título

---

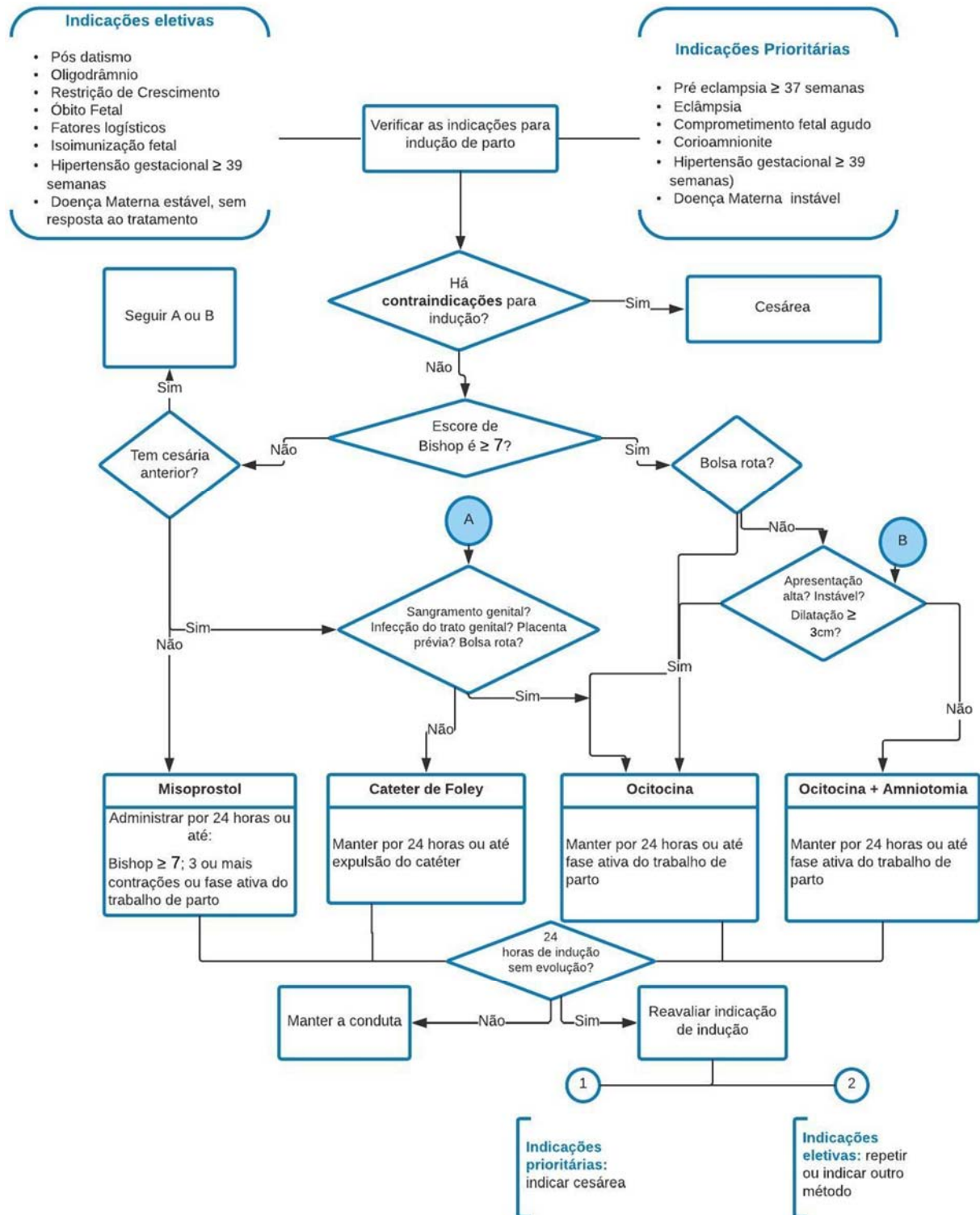
CDU: 61

Angela Aparecida Vicentini Tzi Tziboy – CRB-6/947

# Sumário

4	Resumo das recomendações
5	Escopo e objetivos
6	Profissionais-alvo deste protocolo
7	Métodos para elaboração deste protocolo
	1) Elaboração do escopo e das questões a serem respondidas
	2) Pesquisa das diretrizes nas bases de dados
8	3) Análise da qualidade das diretrizes selecionadas
	4) Seleção das diretrizes a serem utilizadas
9	5) Elaboração das recomendações por meio de consenso
	6) Redação das recomendações
	7) Revisão externa
10	A. Definições
	B. Indicações da indução do trabalho de parto
11	C. Contraindicações da indução do trabalho de parto
	D. Fatores de sucesso para o parto vaginal após cesárea
12	E. Riscos da indução do trabalho de parto
	F. Fatores de risco para ruptura uterina
	F. Métodos de indução do trabalho de parto
19	G. Avaliação da vitalidade fetal
20	Monitoramento e avaliação da implementação deste protocolo
21	Data prevista para revisão deste protocolo
22	Referências
25	Anexos
29	Declaração de conflitos de interesses

# Resumo das recomendações



# Escopo e objetivos

## Objetivos deste protocolo

### Objetivos gerais

- Sintetizar as evidências científicas disponíveis nas principais diretrizes relacionadas à indução do trabalho de parto em mulheres com ou sem cesárea anterior;
- Adaptar as recomendações das principais diretrizes relacionadas à indução do trabalho de parto à realidade do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

### Objetivos específicos

- Uniformizar e padronizar a assistência à mulher com indicação de indução do trabalho de parto no Hospital de Clínicas de Uberlândia;
- Valorizar as práticas baseadas em evidências científicas entre os profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

### Escopo do protocolo

- Indução hospitalar do trabalho de parto em mulheres com ou sem cesárea anterior.

## Profissionais-alvo deste protocolo

- Todos profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Uberlândia envolvidos com a assistência à gestante no momento do nascimento: médicas(os) obstetras, pediatras, neonatologistas, anesthesiologistas, enfermeiras(os) obstétricas(os), enfermeiras(os) assistenciais, técnicas(os) de enfermagem;
- Todos os profissionais em processo de formação no Hospital de Clínicas de Uberlândia, envolvidos diretamente na assistência à gestante no momento do nascimento: especializandas(os) e residentes de programas de pós-graduação relacionados à área da Saúde Materno-Infantil (Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia, Anestesiologia, Enfermagem Obstétrica).

# Métodos para elaboração deste protocolo

O processo de elaboração deste protocolo seguiu as seguintes etapas: 1) elaboração do escopo e das questões a serem respondidas; 2) pesquisa de diretrizes clínicas nas bases de dados; 3) análise da qualidade das diretrizes selecionadas; 4) seleção das diretrizes a serem utilizadas; 5) elaboração das recomendações por meio de consenso; 6) redação das recomendações; 7) revisão externa.

## 1) Elaboração do escopo e das questões a serem respondidas

O escopo e as questões a serem respondidas foram elaboradas em reunião com representantes da equipe do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (equipe médica e de enfermagem). As questões clínicas a serem respondidas por este protocolo são:

- Quais são os fatores que influenciam o sucesso do parto vaginal na indução do parto?
- Quais são os riscos da indução de parto em mulheres com cesárea prévia?
- Quais são os fatores preditores de ruptura uterina?
- Como o intervalo entre partos pode influenciar a via de parto?
- Quais são os métodos de indução de parto em mulheres com e sem cesárea prévia?

## 2) Pesquisa das diretrizes nas bases de dados

A pesquisa de diretrizes relevantes às perguntas deste protocolo foi realizada por meio de busca sistemática na base de dados PubMed com os termos ("labor, induced" OR "vaginal birth after cesarean") e systematic[sb]. Foram critérios de inclusão para este protocolo: revisões sistemáticas da Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews) no período de janeiro de 2009 a janeiro de 2019. Diretrizes clínicas adicionais foram buscadas nas seguintes bases de dados e sites eletrônicos: Tripdatabase (<https://tripdatabase.com>), National Institute for Health and Clinical Excellence (<https://www.nice.org.uk/>), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (<https://www.sign.ac.uk/>), World Health Organization (<https://www.who.int/publications/guidelines/en/>), American College of Obstetricians and Gynecologists (<https://www.acog.org/>), Royal College of Obstetricians and



Gynaecologists (<https://www.rcog.org.uk/>) e Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (<https://sogc.org/>).

A estratégia de busca no PubMed recuperou 195 artigos. Após rastreamento e análise dos títulos e resumos dos artigos e exclusão de duplicações, dez revisões sistemáticas Cochrane<sup>1-10</sup> preencheram os critérios de inclusão. Duas revisões sistemáticas foram acrescentadas por apresentarem relevância ao escopo do protocolo<sup>11,12</sup>. A pesquisa nas bases de dados e sítios eletrônicos resultou em treze diretrizes clínicas adicionais<sup>13-25</sup> (ANEXO I).

### 3) Análise da qualidade das diretrizes selecionadas

As treze diretrizes clínicas selecionadas foram avaliadas por duas avaliadoras independentes por meio do instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II). O instrumento consiste de 23 itens, com resposta em escala tipo Likert de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os itens são distribuídos em seis domínios (Escopo e finalidade, Envolvimento das partes, Rigor do desenvolvimento, Clareza da apresentação, Aplicabilidade e Independência editorial). Os escores são transformados em porcentagens. Há, ainda, um item para avaliação da qualidade global da diretriz e um item para a recomendação final do avaliador (sim/sim, com modificações/não)<sup>26</sup>.

### 4) Seleção das diretrizes a serem utilizadas

Os escores do AGREE II de cada diretriz analisada estão descritos no Anexo II deste protocolo. As dez diretrizes com recomendação de uso foram:

American Academy of Family Physicians. Clinical Practical Guideline: Planning for Labor and Vaginal Birth After Cesarean. AAFP, 2014. 20p.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Obstetric Care Consensus No. 1: Safe Prevention of the primary Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2014; 123(3):693-711.

Alfirevic Z, Keeney E, Dowswell T, Welton NJ, Medley N, Dias S et al. Which method is best for the induction of labour? A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess* 2016; 20(65):1-584.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline. London, 2014.

National Institutes of Health (NIH). NIH Consensus Development Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean: New Insights March 8-10, 2010. *Obstet Gynecol* 2010;115:1279–95.

Queensland Government. Queensland Clinical Guidelines: Vaginal birth after caesarean (VBAC). State of Queensland (Queensland Health), 2015.

Queensland Government. Queensland Clinical Guidelines: Induction of Labour. State of Queensland (Queensland Health), 2017.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. London: RCOG, 2015.

Society of Gynaecologists and Obstetricians of Canada (SOGC). SOGC Clinical Practical Guideline n° 296: Induction of Labour. *J Obstet Gynaecol Can* 2013;35(9):S1-S18.

World Health Organization (WHO). WHO recommendations for Induction of labour. Geneva: World Health Organization, 2011.

## 5) Elaboração das recomendações por meio de consenso

As recomendações relacionadas às perguntas clínicas do protocolo foram elaboradas em reuniões com a equipe (médica e de enfermagem) do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Os participantes das reuniões entraram em consenso acerca das recomendações iniciais por meio de técnicas informais.

## 6) Redação das recomendações

As autoras responsáveis pela elaboração e coordenação do protocolo redigiram as recomendações deliberadas nas reuniões de equipe.

## 7) Revisão externa

Este protocolo foi revisado por dois enfermeiros (uma enfermeira obstétrica) vinculados à Direção do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (equipe de revisão técnica).

## A. Definições

- ∴ **Indução do trabalho de parto:** processo de estimulação artificial das contrações uterinas em mulheres antes do início trabalho de parto<sup>24,25</sup>.
- ∴ **Falha de indução:** ausência contrações dentro de 24 a 48 horas do início da indução<sup>24</sup>. Diante do diagnóstico de falha de indução, deve-se avaliar a urgência para interrupção da gravidez. Pode-se optar por outro método de indução, pela repetição do método ou pela cesárea nos casos de prioridade de interrupção da gravidez.

## B. Indicações da indução do trabalho de parto <sup>24</sup>

- ∴ Síndromes hipertensivas da gravidez (avaliar gravidade e idade gestacional)
  - Hipertensão gestacional em mulheres com idade gestacional  $\geq 39$  semanas
  - Pré-eclâmpsia em mulheres com idade gestacional  $\geq 37$  semanas \*
  - Pré-eclâmpsia grave em mulheres com idade gestacional  $\geq 34$  semanas \*
  - Eclâmpsia \*
- ∴ Doenças maternas sem resposta/com resposta insatisfatória ao tratamento (diabetes mellitus, doenças autoimunes, nefropatias ou pneumopatias crônicas)
- ∴ Corioamnionite \*
- ∴ Ruptura prematura de membranas em mulheres com idade gestacional  $\geq 34$  semanas
- ∴ Comprometimento fetal \*
- ∴ Crescimento intrauterino restrito
- ∴ Isoimunização fetal
- ∴ Oligodrâmnio (medida do maior bolsão vertical  $< 2$  com OU índice de líquido amniótico  $< 5$  cm)<sup>1</sup>
- ∴ Óbito fetal
- ∴ Pós-datismo (idade gestacional  $\geq 41$  semanas)
- ∴ Fatores logísticos (história de parto rápido e distância do hospital – zona rural ou outro município com idade gestacional  $\geq 40$  semanas)
  - Indicação prioritária<sup>24</sup>

<sup>1</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin n° 175: Ultrasound in pregnancy. Obst Gynecol 2016;128(6):e241-e256.

## C. Contraindicações da indução do trabalho de parto <sup>24</sup>

- ∴ Mulheres com indicação de cesárea (placenta prévia/acreta, vasa prévia, apresentação pélvica/córmica, infecção por HIV\*, infecção ativa por Herpes Simples Vírus, duas ou mais cesáreas anteriores em mulheres que optarem por cesárea após aconselhamento, gemelaridade com primeiro gemelar não-cefálico ou gemelaridade monoamniótica, macrossomia fetal – peso fetal maior do que 5000g em mulheres não-diabéticas ou 4500g em mulheres diabéticas)
- ∴ Incisão uterina clássica ou em “T” invertido em cesárea anterior
- ∴ Cirurgia uterina prévia (ex: miomectomia transmural)
- ∴ Ruptura uterina prévia

\* Em mulheres sem tratamento antirretroviral e/ou carga viral desconhecida ou maior que 1000 cópias virais

NÃO é contra-indicação de indução do trabalho de parto:

- ∴ Macrossomia fetal (exceto nos casos de indicação de cesárea descritos acima)
- ∴ Gemelaridade
- ∴ Índice de massa corporal  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

## D. Fatores de sucesso para o parto vaginal após cesárea <sup>22</sup>

Maior chance de sucesso	Menor chance de sucesso
Parto vaginal anterior	Obesidade materna
Parto vaginal após cesárea anterior	Idade materna > 40 anos
Trabalho de parto espontâneo	Macrossomia fetal
Colo uterino favorável (Bishop > 6)	Idade gestacional $\geq 40$ semanas
Parto prematuro	Indução do trabalho de parto
Indicação não recorrente para cesárea anterior (apresentação pélvica, infecção ativa por herpes simplex vírus, placenta prévia)	Indicação recorrente para cesárea anterior (desproporção céfalo-pélvica, falha de progressão no período expulsivo)

## E. Riscos da indução do trabalho de parto

- ∴ Ruptura uterina em mulheres com cesárea anterior (risco 2 a 3 vezes maior na indução do parto quando comparado ao trabalho de parto espontâneo, ou seja, 1% a 1,5%)<sup>22\*</sup>

\* Esse risco é menor se o método de indução escolhido for o cateter de Foley

- ∴ Mortalidade neonatal (0,3%) ou morbidade neonatal grave\* (8%)<sup>11</sup>

\* Relacionado à cesárea de urgência

- ∴ Parto instrumental (fórceps ou vácuo-extração) (14,7%)<sup>11</sup>
- ∴ Taquissistolia com alterações da frequência cardíaca fetal (3,6%)<sup>11</sup>

## F. Fatores de risco para ruptura uterina <sup>22</sup>

Os fatores de risco para ruptura uterina devem ser discutidos durante o aconselhamento da mulher e não devem ser utilizados para contraindicação da indução do trabalho de parto em mulheres com cesárea anterior.

- ∴ Intervalo interpartal menor do que 15 meses
- ∴ Pós-datismo
- ∴ Idade materna maior do que 40 anos
- ∴ Escore de Bishop < 6 cm
- ∴ Macrossomia fetal

## F. Métodos de indução do trabalho de parto

Antes de iniciar qualquer método de indução do trabalho de parto, a mulher deve ser devidamente esclarecida sobre a indicação para a indução, riscos e benefícios da indução, chance de sucesso para parto vaginal e fatores de risco para ruptura uterina. Após esclarecimento e registro no prontuário, a mulher deve assinar o termo de consentimento institucional para indução do trabalho de parto (ANEXO III).

**F.1 Métodos para amadurecimento cervical:** O escore de Bishop deve ser utilizado para avaliação do amadurecimento cervical<sup>5</sup>. Se o escore de Bishop for menor ou igual a 6, o amadurecimento cervical deve ser realizado.

**Quadro 1.** Escore de Bishop modificado

Parâmetro	Escore			
	0	1	2	3
Dilatação cervical (cm)	-	1-2	3-4	5-6
Esvaecimento cervical (%) (comprimento cervical, cm)	0-30 (> 3 cm)	40-50 (2 cm)	60-70 (1 cm)	80 (< 1 cm)
Altura da apresentação fetal	- 3	- 2	-1 ou 0	+1 ou +2
Posição do colo	Posterior	Médio	Anterior	-
Consistência do colo	Firme	Média	Amolecida	-

\* A acupuntura, em conjunto com os métodos descritos a seguir, pode melhorar o amadurecimento cervical<sup>9</sup>.

**F.1.1 Misoprostol:** análogo sintético da PGE<sub>1</sub>, atua no amadurecimento cervical por meio da degradação do colágeno do tecido conjuntivo do colo uterino, bem como no aumento das contrações uterinas.

#### F.1.1.1 Contraindicações

- Mulheres com cesárea anterior<sup>24,25</sup>

#### F.1.1.2 Procedimentos

1. Realizar descolamento digital de membranas ao primeiro toque, antes da inserção do misoprostol, se houver anuência da paciente<sup>24</sup>. Informar sobre a possibilidade de sangramento vaginal e amniorrexe após esse procedimento.
2. Utilizar dose de **25 mcg, a cada 6 horas, em fundo de saco vaginal**<sup>25</sup> (via preferencial). Se desejo da mulher, a **via oral** pode ser escolhida<sup>2</sup>: **25 mcg a cada 2 horas** (ingerir com copo d'água ou em solução)<sup>2,25</sup>. A via oral é mais apropriada quando há risco de infecção ascendente<sup>2</sup>.
3. Após introdução do comprimido via vaginal, a paciente deve permanecer em repouso por 30 minutos.
4. O tempo máximo de indução com misoprostol sem intervalos será de 36 horas (dose máxima de **6 comprimidos de 25 mcg – 150 mcg** em 36 horas).

5. Se não houver queixas da mulher, reavaliar dados vitais maternos (PA, pulso e temperatura), contrações uterinas e batimentos cardíacos fetais a cada 4 horas.
6. Se não houver trabalho de parto após 24 horas do início da indução, reavaliar necessidade de prosseguir indução com misoprostol ou outros métodos de indução.
7. Se a mulher queixar-se de contrações, reavaliar dados vitais maternos (PA, pulso e temperatura), contrações uterinas e batimentos cardíacos fetais **a cada 2 horas**.
8. Manter administração do misoprostol até que score de Bishop  $\geq 7$  **OU** contrações  $\geq 3$  em 10 minutos **OU** diagnóstico de trabalho de parto (contrações **E** dilatação cervical  $\geq 4$  cm).
9. A indução **NÃO** deverá ser interrompida à noite. A interrupção (no período diurno ou noturno) deverá ser indicada apenas se atingidas as condições descritas nos itens 4 ou 8.
10. Será considerada falha de indução a ausência de contrações após 6 doses de 25 mcg de misoprostol.

#### Em casos de taquissistolia com alteração da frequência cardíaca fetal:

1. Tentar remoção dos resíduos do misoprostol da vagina (se via vaginal)<sup>24</sup>
2. Administrar terbutalina 0,25 mg via subcutânea<sup>24,25</sup>

#### F.1.1.3 Benefícios

Em comparação com mulheres em indução por ocitocina, mulheres induzidas com misoprostol apresentam **menor falha de indução em 24 horas e menor risco de analgesia epidural**<sup>6</sup>.

#### F.1.1.4 Riscos

Taquissistolia com alterações da frequência cardíaca fetal (OR: 2,75; IC 95% 1,63–5,04)<sup>11</sup>

**F.1.2 Cateter de Foley:** balão transcervical utilizado para amadurecimento do colo uterino por meio de pressão aplicada no orifício interno do colo, que provoca o alongamento do segmento uterino inferior e aumenta a secreção local de prostaglandinas.

#### F.1.2.1 Contraindicações<sup>24</sup>

- Placenta prévia ou de inserção baixa
- Sangramento uterino anteparto com diagnóstico indeterminado
- Ruptura prematura de membranas
- Infecção do trato genital inferior

### F.1.2.2 Procedimentos

1. Introduzir, sob condições estéreis, um cateter de Foley de nº 16 a 24 no canal cervical (nº18 preferencialmente). Ultrapassar o orifício interno do colo e encher o balão com 30 a 60mL de água destilada ou soro fisiológico\*.
2. O cateter deve ser deixado no local até se soltar espontaneamente ou **no máximo por 24 horas**<sup>24</sup>.
3. O cateter deve ser mantido sob tração, por meio da fixação na face interna da coxa com uma fita adesiva ou esparadrapo, e submetido a trações manuais periódicas, com ajuste da fixação, até o mesmo se soltar.
4. Quando o cateter se soltar, iniciar ocitocina apenas se não houver atividade uterina suficiente, conforme protocolo.

\* Em comparação com introdução de 80 mL no cateter, o uso do cateter com 30 mL de água/soro fisiológico aumenta a necessidade de ocitocina durante o trabalho de parto<sup>10</sup>.

### F.1.2.3 Benefícios

- Menor risco de parto vaginal operatório (fórceps ou vácuo-extração)<sup>11</sup>
- Pode ser utilizado como método de indução em mulheres com cesárea anterior
- Em comparação com mulheres que induziram parto com misoprostol vaginal, mulheres com indução por cateter de Foley apresentam<sup>8</sup>:
  - Menor risco de taquissístolia com alterações da frequência cardíaca fetal
  - Mesmo risco de cesárea

### F.1.2.4 Riscos

Em comparação com mulheres múltiparas em indução com prostaglandinas, múltiparas induzidas com cateter de Foley apresentam maior risco de não apresentarem parto em 24 horas (RR 4,38; IC95% 1,74 – 10,98)<sup>8</sup>.

## F.2 Métodos de indução do trabalho de parto

**F.2.1 Ocitocina:** peptídeo sintético que se liga aos receptores das fibras miométriais para produzir contrações uterinas por meio do aumento da produção local de prostaglandinas.

### F.2.1.1 Contraindicações

Não há outras contraindicações além daquelas para indução do trabalho de parto (ver item C deste protocolo).



**F.2.1.2 Procedimentos (protocolo de baixa dose: menor risco de taquissitolia com alteração da frequência cardíaca fetal)<sup>4,24</sup>**

1. Diluir 5 UI de ocitocina em 500 mL de soro glicosado a 5% ou soro fisiológico a 0,9%.
2. Iniciar a indução em bomba de infusão contínua, em velocidade de **12 mL/hora** (2 mUI/minuto), em bomba de infusão contínua. Aumentar 12 mL (2 mUI) **a cada 30 minutos**, conforme tabela abaixo.
3. A dose usual para o trabalho de parto é de 90 a 150 mL/hora (8 a 12 mUI/minuto)<sup>24</sup>.
4. Reavaliar contrações uterinas antes de cada incremento na velocidade de infusão da ocitocina.
5. Reavaliar batimentos cardíacos fetais imediatamente antes e após cada incremento na velocidade de infusão da ocitocina.
6. Descontinuar infusão de ocitocina quando diagnóstico de fase ativa do trabalho de parto (contrações e dilatação cervical a partir de 5 cm)<sup>3</sup>.
6. Em mulheres em uso prévio de misoprostol, a infusão de ocitocina poderá ser iniciada somente **após 4 horas da última dose de misoprostol**<sup>24</sup>.
7. Será considerada falha de indução a ausência de contrações **após 24 horas** do início da infusão de ocitocina.

**Quadro 2.** Orientação para infusão de ocitocina

Tempo após início	Dose de ocitocina (mUI/min)	Volume infundido (mL/hora) (Diluição 5UI em 500 mL soro glicosado)
0	1	6
30	2	12
60	4	24
90	8	48
120	12	72
150	16	96
180	20	120
210	24	144
240	28	168
270	32	192

Em casos de taquissistolia com alteração da frequência cardíaca fetal<sup>18</sup>:

1. Suspende a ocitocina
2. Modificar a posição da paciente (estimular decúbito lateral esquerdo)
3. Avaliar pressão arterial e pulso maternos
4. Administrar terbutalina 0,25 mg via subcutânea

#### **F.2.1.3 Benefícios**

- Em comparação com mulheres em indução por misoprostol, mulheres em indução por ocitocina apresentam menor risco de ruptura uterina<sup>24</sup>
- Pode ser utilizada como método de indução em mulheres com cesárea anterior

#### **F.2.1.4 Riscos<sup>1</sup>**

- Maior risco de analgesia peridural durante o trabalho de parto em comparação com conduta expectante (sem indução) (RR 1,10, IC 95% 1,04–1,17)
- Maior risco de falha de indução em comparação com indução por misoprostol (RR 3,33; IC 95% 1,61–6,89)

### **F.2.2 Amniotomia + ocitocina:**

A amniotomia consiste na ruptura artificial das membranas, com o intuito de induzir ou aumentar o trabalho de parto. Para a indução, a amniotomia seguida da infusão endovenosa de ocitocina é mais eficaz<sup>7</sup>. É um método reservado para mulheres com colo uterino favorável (score de Bishop  $\geq 6$ ).

#### **F.2.2.1 Contraindicações**

- Apresentação fetal alta ou instável
- Dilatação cervical  $< 3$  cm ou score de Bishop  $\leq 6$

#### **F.2.2.2 Procedimentos**

1. Realizar a amniotomia por meio de amniótomo, independentemente da presença de contrações.
2. Avaliar a frequência cardíaca fetal antes e após a amniotomia.

3. Iniciar ocitocina em bomba de infusão contínua logo após amniotomia ou dentro do intervalo de 2 a 4 horas se não houver trabalho de parto em mulheres múltiparas.

4. Seguir os mesmos procedimentos para ocitocina deste protocolo (F.2.1.2).

### F.2.2.3 Benefícios

Menor risco de falha em comparação com indução por ocitocina apenas (RR 0,03; IC 95% 0,001–0,49)<sup>7</sup>

### F.2.2.4 Riscos

- Risco de prolapso de cordão, principalmente se realizada em mulheres com apresentação fetal alta<sup>24</sup>

- Maior risco de hemorragia pós-parto em comparação com indução por misoprostol (RR 5,5; IC 95% 1,26–24,07)<sup>7</sup>

- Maior insatisfação da mulher em comparação com indução por misoprostol (RR 53; IC 95% 3,32–846,51)<sup>7</sup>

**Quadro 3.** Comparação dos métodos de indução do trabalho de parto

Método	Vantagens	Desvantagens	Melhor indicação
Misoprostol	- Menor tempo indução-parto	- Maior risco de taquissistolia com alterações da FCF - Contraindicado em mulheres com cesárea anterior	Mulheres com escore de Bishop $\leq$ 6
Cateter de Foley	- Menor risco de taquissistolia com alterações da FCF - Menor risco de ruptura uterina	- Em múltiparas, maior risco de não apresentar parto vaginal em 24 horas	Mulheres com cesárea anterior e escore de Bishop $\leq$ 6
Ocitocina	- Menor risco de ruptura uterina - Possibilidade de titular dose se houver alterações da FCF	- Maior risco de cesárea - Maior risco de analgesia peridural	Mulheres com escore de Bishop $>$ 6
Ocitocina + amniotomia	- Menor risco de falha de indução	- Maior risco de prolapso de cordão - Maior risco de hemorragia pós-parto - Insatisfação da mulher	Mulheres com escore de Bishop $>$ 6 e apresentação fetal baixa ( $\leq$ zero De Lee)

FCF: frequência cardíaca fetal

## G. Avaliação da vitalidade fetal

- .: Traçar cardiocotografia fetal 30 minutos antes do início da indução do trabalho de parto para documentar bem estar fetal<sup>24</sup>.
- .: A indução do trabalho de parto **NÃO** deve ser contraindicada diante de um resultado alterado da cardiocotografia, uma vez que o exame apresenta altas taxas de falso-positivos<sup>18</sup>. Se cardiocotografia alterada, prosseguir avaliação do bem estar fetal com perfil biofísico fetal (PBF) ou Doppler (quando indicado) (recomendação local).
- .: Na fase ativa do trabalho de parto, avaliar bem estar fetal por meio de ausculta fetal intermitente por 60 segundos após contração, a cada 15 minutos<sup>18</sup>.
- .: No período expulsivo do trabalho de parto, avaliar bem estar fetal por meio de ausculta fetal intermitente por 60 segundos após contração, a cada 5 minutos<sup>18</sup>.

## Monitoramento e avaliação da implementação deste protocolo

A implementação das recomendações deste protocolo deve ser monitorada por meio de auditorias e avaliação dos seguintes indicadores<sup>25</sup>:

- Proporção de mulheres submetidas à indução do trabalho de parto, calculada pela razão do número de mulheres induzidas e o número de partos;
- Proporção de mulheres com cesárea prévia submetidas à indução por meio de cateter de Foley ou ocitocina, calculada pela razão do número de mulheres com cesárea prévia submetidas à indução por meio de cateter de Foley ou ocitocina e número total de partos de mulheres com cesárea anterior;
- Proporção de cesáreas em mulheres submetidas à indução do trabalho de parto, calculada pela razão do número de cesáreas em mulheres submetidas à indução do trabalho de parto e número total de mulheres submetidas à indução do trabalho de parto.

## Data prevista para revisão deste protocolo

Este protocolo será considerado para revisão três anos após sua publicação (2022).

# Referências

- [1] Alfirevic Z, Kelly AJ, Dowswell T. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD003246. DOI: 10.1002/14651858.CD003246.pub2.
- [2] Alfirevic Z, Aflaifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 6. Art. No.: CD001338. DOI: 10.1002/14651858.CD001338.pub3
- [3] Boie S, Glavind J, Velu AV, Mol BWJ, Uldbjerg N, de Graaf I, Thornton JG, Bor P, Bakker JJH. Discontinuation of intravenous oxytocin in the active phase of induced labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 8. Art. No.: CD012274. DOI: 10.1002/14651858.CD012274.pub2.
- [4] Budden A, Chen LJY, Henry A. High-dose versus low-dose oxytocin infusion regimens for induction of labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 10. Art. No.: CD009701. DOI: 10.1002/14651858.CD009701.pub2.
- [5] Ezebialu IU, Eke AC, Eleje GU, Nwachukwu CE. Methods for assessing pre-induction cervical ripening. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No.: CD010762. DOI: 10.1002/14651858.CD010762.pub2.
- [6] Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD000941. DOI: 10.1002/14651858.CD000941.pub2.
- [7] Howarth G, Botha DJ. Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. Art. No.: CD003250. DOI: 10.1002/14651858.CD003250.
- [8] Jozwiak M, Bloemenkamp KWM, Kelly AJ, Mol BWJ, Irion O, Bouvain M. Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD001233. DOI: 10.1002/14651858.CD001233.pub2.
- [9] Smith CA, Armour M, Dahlen HG. Acupuncture or acupressure for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 10. Art. No.: CD002962. DOI: 10.1002/14651858.CD002962.pub4.
- [10] West HM, Jozwiak M, Dodd JM. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD009792. DOI: 10.1002/14651858.CD009792.pub3.
- [11] Alfirevic Z, Keeney E, Dowswell T, Welton NJ, Medley N, Dias S et al. Which method is best for the induction of labour? A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess* 2016; 20(65):1-584.

[12] National Institutes of Health (NIH). NIH Consensus Development Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean: New Insights March 8-10, 2010. *Obstet Gynecol* 2010;115:1279–95.

[13] American Academy of Family Physicians. Clinical Practical Guideline: Planning for Labor and Vaginal Birth After Cesarean. *AAFP*, 2014. 20p.

[14] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin n° 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol* 2009; 114(2, Part 1):386-97. (Reaffirmed 2016)

[15] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin n° 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2017; 130(5): e217-e232.

[16] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Obstetric Care Consensus No. 1: Safe Prevention of the primary Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2014; 123(3):693-711.

[17] Bennett S, Bourret K, Meuser A for the Association of Ontario Midwives. Clinical Practice Guideline 14: Vaginal Birth After Previous Low-Segment Caesarean Section. *AOM*, 2011. 37p.

[18] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline. London, 2014.

[19] Queensland Government. Queensland Clinical Guidelines: Vaginal birth after caesarean (VBAC). State of Queensland (Queensland Health), 2015.

[20] Queensland Government. Queensland Clinical Guidelines: Induction of Labour. State of Queensland (Queensland Health), 2017.

[21] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of Labour at Term in Older Mothers. Scientific Impact Paper No. 34. London: RCOG, 2013.

[22] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. London: RCOG, 2015.

[23] Sentilhes L, Vayssière C, Beucher G, Deneux-Tharaux C, Deruelle P, Diemunsch P et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013 Sep;170(1):25-32.

[24] Society of Gynaecologists and Obstetricians of Canada (SOGC). SOGC Clinical Practical Guideline n° 296: Induction of Labour. *J Obstet Gynaecol Can* 2013;35(9):S1-S18.

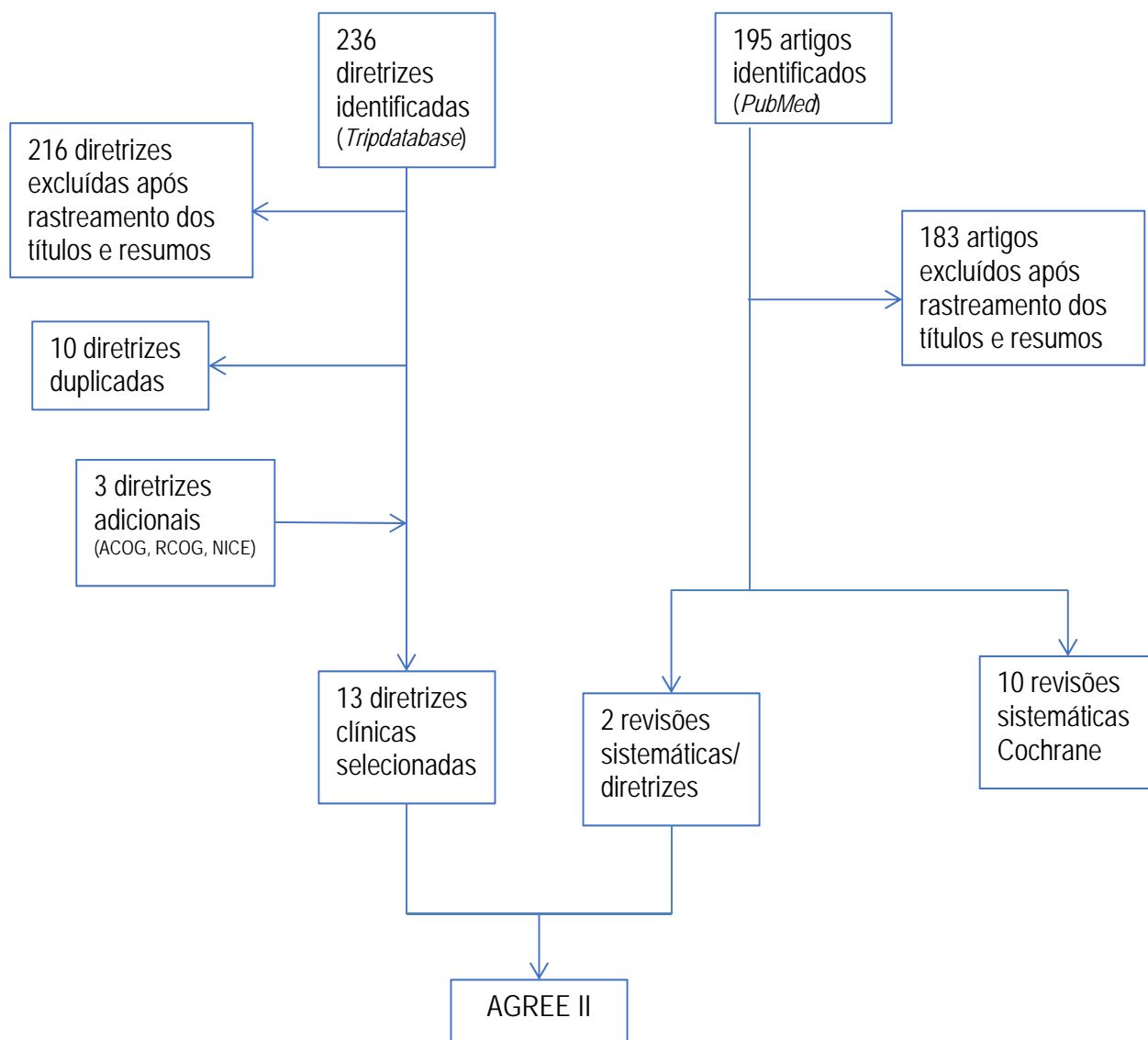
[25] World Health Organization (WHO). WHO recommendations for Induction of labour. Geneva: World Health Organization, 2011.



[26] BROUWERS, M; KHO, M. E.; BROWNMANN, J. P.; BURGERS, J. S.; CLUZEAU, F.; FEDER, G. et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. Canadian Medical Association Journal, v. 182, n. 18, p. E839-842, 2010.

# Anexo I

Figura 1. Resultados das estratégias de pesquisa nas bases de dados e fontes adicionais



## Anexo II

**Tabela 1. Escores (%) das diretrizes clínicas selecionadas nos domínios do AGREE II**

Diretrizes	Escopo e finalidade	Envolvimento das partes	Rigor do desenvolvimento	Clareza da apresentação	Aplicabilidade	Independência editorial	Avaliação global	Recomendação
AAFP (2014) <sup>13</sup>	94	75	68	83	21	58	75	Sim
ACOG (2014) <sup>16</sup>	72	22	38	39	42	0	67	sim
Alfirevic (2016) <sup>11</sup>	83	72	66	28	46	50	67	sim
NICE (2014) <sup>18</sup>	97	97	92	94	69	33	100	sim
NIH (2010) <sup>12</sup>	97	86	55	55	44	92	67	sim
QLD (2015) <sup>19</sup>	89	69	57	81	50	92	67	sim
QLD (2017) <sup>20</sup>	92	75	73	92	69	100	75	sim
RCOG (2015) <sup>22</sup>	97	58	87	92	56	87	83	sim
SOGC (2013) <sup>24</sup>	67	15	74	92	37	71	67	sim
WHO (2011) <sup>25</sup>	89	61	97	92	85	100	92	sim
ACOG (2009) <sup>14</sup>	80	22	23	83	8	4	42	não
ACOG (2017) <sup>15</sup>	92	22	35	35	4	0	33	não
CNGOF (2013) <sup>23</sup>	50	39	75	55	4	17	33	não
AOM (2011) <sup>17</sup>	50	19	45	75	19	19	50	não
RCOG (2013) <sup>21</sup>	50	0	18	42	8	0	17	não

AAFP: American Academy of Family Physicians; ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; NIH: National Institutes of Health; QLD: Queensland Clinical Guidelines; RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; SOGC: Society of Gynaecologists and Obstetricians of Canada; WHO: World Health Organization; CNGOF: French College of Obstetricians and Gynecologists; AOM: Association of Ontario Midwives

# Anexo III



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA**



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO**

Por meio deste instrumento eu, \_\_\_\_\_, documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ registro hospitalar nº \_\_\_\_\_ e/ou meu representante legal/responsável \_\_\_\_\_, documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, declaro ter sido informada sobre a necessidade de interrupção da gravidez por meio de indução do trabalho de parto devido aos riscos à minha saúde ou à saúde do meu bebê:

- ( ) **Doenças hipertensivas da gravidez** (doenças relacionadas à pressão arterial na gravidez)
- ( ) **Doenças crônicas com resposta insatisfatória ao tratamento** (diabetes, doenças dos rins e dos pulmões, por exemplo)
- ( ) **Corioamnionite** (inflamação das membranas fetais devido a infecção por bactérias)
- ( ) **Ruptura prematura das membranas acima de 34 semanas de gravidez** (rompimento da “bolsa de águas” antes do início do trabalho de parto)
- ( ) **Crescimento intrauterino restrito** (bebê pequeno), **isoimunização fetal** (incompatibilidade sanguínea entre a gestante e o bebê) **ou outras condições que levam ao comprometimento do bem estar do bebê**
- ( ) **Oligodrâmnio** (volume de líquido amniótico – líquido da “bolsa de águas” – diminuído)
- ( ) **Óbito fetal** (morte do bebê dentro do útero)
- ( ) **Gravidez acima de 41 semanas**
- ( ) **Fatores logísticos** (mulheres com história de parto rápido e dificuldade de acesso ao hospital)

Declaro ainda estar esclarecida dos procedimentos que serão adotados durante a indução do trabalho de parto, bem como dos desconfortos e riscos possíveis à minha saúde e à saúde do meu bebê, conforme descrito abaixo: Estou ciente de que a indução do trabalho de parto consiste na tentativa de parto vaginal por meio do uso de medicações ou outros métodos para iniciar as contrações do trabalho de parto. Existem vários métodos de indução do trabalho de parto, a depender das condições do colo do útero e da presença de cesárea prévia.

Se o colo do útero não estiver pronto, é necessário seu “amadurecimento” (torná-lo macio, fino e aberto) por meio de uma medicação chamada **misoprostol** ou por meio de uma sonda (tubo) colocada no interior do útero (**cateter de Foley**). O misoprostol pode ser colocado na vagina a cada 6 horas ou ingerido a cada 2 horas até que se atinja o início das contrações do trabalho de parto. O misoprostol não pode ser usado em mulheres que já tiveram cesárea. Nesses casos, é indicado o cateter de Foley, que é colocado pela vagina no interior do útero, bem acima do colo. A sonda tem um balão inflável que, por meio de tração, provoca o amolecimento, afinamento e dilatação do colo do útero. Quando o colo do útero atinge a dilatação (abertura) necessária, a sonda sai espontaneamente pela vagina. Fui esclarecida que o procedimento pode me causar um desconforto decorrente do toque vaginal para colocação do misoprostol ou do exame ginecológico para inserção do cateter de Foley.

Se o colo estiver maduro, a indução do trabalho de parto consiste no uso de uma medicação chamada **ocitocina**. Essa medicação é administrada na veia para iniciar as contrações do trabalho de parto. A dose da ocitocina é reajustada a cada 30 minutos, de acordo com a presença ou ausência das contrações do trabalho de parto. Outro método que pode ser empregado juntamente com a ocitocina é a **amniotomia**, que consiste na ruptura artificial das membranas (“bolsa de águas”) pela equipe de assistência.

Entendi que os benefícios da indução do trabalho de parto estão relacionados à diminuição dos riscos relacionados à cesárea: diminuição do risco de histerectomia (retirada do útero) (6 casos em 1.000; três vezes mais frequente na cesárea do que no parto vaginal), menor risco de tromboembolismo venoso (coágulos de sangue nas pernas, órgãos pélvicos ou pulmões) (6 casos em 1.000; duas vezes mais frequente na cesárea do que no parto vaginal), menor tempo de internação hospitalar (um dia e meio a mais na cesárea). A prevenção da cesárea também aumenta as chances de ter um parto vaginal em gravidez futura e, conseqüentemente, diminui a chance de complicações relacionadas à repetição da cesárea, como localização anormal da placenta (condição grave conhecida como “placenta prévia ou acreta”), com menor chance de lesões do intestino ou bexiga e necessidade de retirada do útero.

Em relação à saúde do bebê, entendi que a prevenção da cesárea diminui o desconforto respiratório (dificuldade do bebê respirar), a necessidade internação em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal e a ocorrência de doenças crônicas na vida adulta, como asma, artrite juvenil, doenças intestinais e leucemia (eventos raros – até 1 caso em 10.000).

Entendi que os riscos a minha saúde e à saúde do meu bebê relacionados à indução do trabalho de parto incluem: **COMUNS** – cesárea (20 casos em 100), necessidade do uso de fórceps ou vácuo-extrator para auxiliar o nascimento do bebê (15 casos em 100), estimulação excessiva do útero, com muitas contrações que levam a alterações dos batimentos cardíacos do bebê (4 casos em 100), complicações do bebê que necessitam de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal (8 casos em 100), rompimento do útero (1 caso em 100 quando há histórico de cesárea prévia). **INCOMUNS** – morte do bebê (3 casos em 1.000).

Estou ciente que muitas vezes o trabalho de parto induzido pode ser doloroso, mas fui adequadamente informada sobre os métodos não farmacológicos (bola, massagem, pressão digital, banho no chuveiro) e farmacológicos (analgesia de parto realizada por equipe de Anestesiologia) disponíveis no HCU/UFU para o alívio da dor do parto vaginal induzido. Entendi que esses métodos podem ser utilizados em qualquer momento durante a indução do trabalho de parto.

Fui esclarecida sobre a possibilidade de não alcançar o parto vaginal dentro de 24 horas do início dos procedimentos para estimular as contrações do trabalho de parto. Isso pode acontecer com até 2 em cada 5 mulheres que tentam a indução do trabalho de parto. A chance de sucesso da indução depende de uma série de fatores, como as condições do colo do útero e o número de gravidezes anteriores. Se a tentativa de indução falhar, entendi que, a depender da urgência para o nascimento do meu bebê, a equipe médica poderá oferecer outros métodos de indução ou indicar a cesárea.

Entendi o que me foi explicado e CONSENTO, de forma livre e esclarecida, a interrupção da gestação atual por INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO. Autorizo a equipe do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU/UFU) a realizar os procedimentos necessários.

Uberlândia/MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Identificação (RG ou CPF): \_\_\_\_\_

(Paciente ou responsável legal)

A paciente encontra-se em condições físicas, psicológicas e emocionais para expressar seu consentimento.

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Carimbo ou nome e número do conselho

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Carimbo ou nome e número do conselho

# Declaração de conflitos de interesses

As autoras responsáveis pela elaboração e coordenação do protocolo declaram não haver conflitos de interesses a declarar.