

NÚMERO: 002/2015

DATA: 19/01/2015

---

ASSUNTO: Indução do trabalho de parto  
PALAVRAS-CHAVE: Maturação cervical; indução do trabalho de parto; parto a termo  
PARA: Profissionais de saúde de unidades de saúde com cuidados obstétricos intraparto  
CONTACTOS: [secretariado.dsr@dgs.pt](mailto:secretariado.dsr@dgs.pt)

---

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, do Despacho nº 3482/2013 de 5 de março e do Despacho nº 6197/2013 de 13 de maio emite-se a Orientação seguinte:

## I - ORIENTAÇÃO

1. A necessidade de maturação cervical ou de indução do trabalho de parto deve ser avaliada caso a caso, considerando-se o estado de saúde materna e fetal, os riscos que o prolongamento da gravidez acarretam para ambos, a idade gestacional, a avaliação do colo (índice de Bishop a ser registado no processo clínico) e da pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetais.
2. A maturação cervical e a indução do trabalho de parto não devem ser consideradas em gestações não complicadas como forma de abreviar a duração da gravidez, por motivos psicológicos ou sociais, ou para agendar a data do parto.
3. A maturação cervical e a indução do trabalho de parto estão associadas a maior risco de complicações, como a hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipóxia fetal e rotura uterina<sup>1</sup>. Provocam geralmente maior desconforto à mãe do que o trabalho de parto de início espontâneo e restringem a mobilidade da grávida, pela necessidade de monitorização fetal prolongada. A indução com meios farmacológicos está associada a uma maior utilização de analgesia epidural, a uma maior taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes<sup>5</sup>.
4. A maturação cervical e a indução do trabalho de parto apenas devem ser realizadas em unidades de saúde que disponham de condições para a monitorização cardiotocográfica contínua e para a realização de uma cesariana emergente<sup>3</sup>.
5. Estas técnicas devem ser antecedidas de obtenção e registo do consentimento informado da grávida.
6. Considera-se uma "tentativa frustrada de indução de trabalho de parto" quando a utilização dos meios farmacológicos e/ou mecânicos referidos neste documento, não permitem atingir a fase ativa do trabalho de parto, isto é, os 4 cm de dilatação. O tempo a aguardar para o estabelecimento de tal diagnóstico depende da situação clínica que

motivou a indução, nomeadamente da urgência que existe na terminação da gravidez. A ausência de sucesso na maturação cervical ou na indução do trabalho de parto não deve, por si só, constituir indicação para realizar uma cesariana<sup>1</sup>. Se a situação clínica o permitir e havendo consentimento da grávida, poderá ser realizada uma segunda tentativa de maturação cervical ou de indução do trabalho de parto<sup>5</sup>.

## II – CRITÉRIOS

1. Indicações. Constituem indicações para maturação cervical e indução do trabalho de parto as complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiam com a terminação da gravidez, mas em que não existe necessidade que o nascimento ocorra em poucas horas. Em todas as situações pressupõe-se que os riscos de prosseguir com a gravidez são superiores aos da maturação cervical e/ou indução do trabalho de parto<sup>1</sup>. Constituem motivos consensuais para terminação da gravidez: a patologia médica ou obstétrica grave que põe em risco a saúde materna ou fetal, o oligoâmnios em gestação de termo<sup>1,2,3</sup>, a restrição do crescimento intrauterino com alterações fluxométricas, a morte fetal<sup>1,2</sup>, e a gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas<sup>1,2,3</sup>. Para evitar complicações neonatais deverá, sempre que possível, ser evitada a maturação cervical ou a indução do trabalho de parto antes das 39 semanas de gestação, exceto em situações em que exista um claro benefício de saúde para a mãe ou para o feto<sup>4</sup>.

2. Contraindicações. Constituem contra-indicações absolutas para a maturação cervical e a indução do trabalho de parto a existência de duas ou mais cesarianas anteriores ou uma cesariana anterior com incisão não segmentar, a cirurgia uterina prévia envolvendo o miométrio e todas as situações que contraindicam o parto vaginal<sup>2,3</sup>.

3. Métodos. Para a maturação cervical podem ser utilizados métodos farmacológicos (dinoprostona em dispositivo vaginal de libertação lenta, dinoprostona em gel intravaginal ou em comprimidos intravaginais, misoprostol em comprimidos intravaginais) ou métodos mecânicos (sonda de Foley dilatada com soro fisiológico). Não está documentado o benefício claro de nenhuma destas alternativas, mas existem recomendações clínicas a respeitar (ver fundamentação). Para a indução do trabalho de parto deve ser utilizada a ocitocina, administrada em perfusão endovenosa, com bomba perfusora, de acordo com o protocolo hospitalar em vigor.

## III – FUNDAMENTAÇÃO

Os análogos das prostaglandinas (dinoprostona, misoprostol) são eficazes para a maturação cervical e para a indução do trabalho de parto, quer por via oral quer em aplicação vaginal<sup>2,3</sup>.

A utilização da sonda de Foley na maturação cervical e/ou na indução do trabalho de parto é uma alternativa igualmente eficaz, embora geralmente mais lenta<sup>2,3</sup>.

A indução do trabalho de parto com ocitocina deve ser realizada com monitorização cardiotocográfica contínua<sup>2,3</sup>.

Independentemente do Índice de Bishop, o método mais eficaz para a indução do trabalho de parto antes das 28 semanas de gestação, parece ser o misoprostol por via oral ou

vaginal. No entanto, a infusão de altas doses de ocitocina também é uma opção aceitável<sup>2,3</sup>.

Para a maturação cervical e/ou indução do trabalho de parto, uma dose inicial de 25 microgramas de misoprostol por via oral ou intravaginal, administrada em intervalos de 3-6 horas, é um método eficaz<sup>1,2,3</sup>, podendo ser usado também nas situações de rotura prematura de membranas. A preparação de 25 microgramas de misoprostol deverá ser realizada em farmácias hospitalares e não através do fracionamento manual dos comprimidos.

Em grávidas com cesariana prévia ou cirurgia uterina major, o uso de misoprostol deve ser evitado, por estar associado a um grande aumento do risco de rotura uterina<sup>2,3</sup>.

O uso de 50 microgramas de misoprostol com intervalos de 6 horas para indução do trabalho de parto é aceitável, mas está associado a maior risco de taquissístolia e desacelerações da frequência cardíaca fetal<sup>2,3</sup>.

#### IV – APOIO CIENTÍFICO

Olga Viseu, Diogo Ayres de Campos (coordenadores)

Sónia Brandão, Nuno Clode, Cristina Lopes, Cristina Matos, Teresa Morgado, Fátima Sena e Silva, Lisa Vicente – Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas

Luís Mendes da Graça - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

Teresa Tomé - Sociedade Portuguesa de Pediatria

Dolores Sardo - Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

Vítor Varela - Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros

O Colégio de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos aprova o conteúdo da presente Orientação, mas por princípio não subscreve documentos de orientação médica, técnico-científica, simultaneamente subscritos por entidades não médicas.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization 2011: Recommendations for Induction of Labour (WQ 440).
2. American College of Obstetricians and Gynecologists July 2009: Guidelines on Labor Induction.
3. Medscape Medical News July 2009: Guidelines on Labor Induction Revised.
4. Management of Preterm Birth: Best Practices in Prediction, Prevention, and Treatment - Cyntia Gyamfi-Bannerman.
5. National Institute of Clinical Excellence / Induction of Labour Clinical Guideline 2001; and actualization CG70 (2008).

## ANEXO I – DEFINIÇÕES

### a) INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Define-se indução do trabalho de parto como a iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas de forma a desencadear o trabalho de parto antes do seu início espontâneo, a partir das 22 semanas de gestação.

### b) MATURAÇÃO CERVICAL

Define-se maturação cervical como a intervenção obstétrica que tem como objetivo a preparação do colo do útero para uma posterior indução do trabalho de parto, quando as características cervicais (avaliadas pelo índice de Bishop) não são favoráveis ao sucesso da indução. Por vezes a maturação cervical desencadeia também, por si só, o início do trabalho de parto.

### c) ACELERAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Define-se a aceleração do trabalho de parto como a utilização de métodos que estimulam a frequência e a intensidade das contrações uterinas, uma vez iniciado o trabalho de parto. A aceleração do trabalho de parto está fora do âmbito destas orientações clínicas.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde