



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo de Atendimento às Urgências e Emergências Obstétricas Pré-hospitalares do SAMU 192 DF

Área(s): Núcleo de Educação do SAMU 192 DF e Ginecologia e Obstetrícia
Portaria SES-DF nº 509 de 30 de outubro de 2024, publicada no DODF nº 214 de 07 de novembro de 2024

LISTA DE ABREVIATURAS

PCR – Parada Cardiorrespiratória
USA – Unidade de Suporte Avançado
USB – Unidade de Suporte Básico
SAMU DF – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal
USA NEO – Unidade de Suporte Avançado em Neonatologia
RN – Recém-nascido
EPI – Equipamento de Proteção Individual
PS – Pronto Socorro
PCR – Parada Cardiorrespiratória
HIV – Human Immunodeficiency Virus
PA – Pressão Arterial
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PAD – Pressão Arterial Diastólica
FC – Frequência Cardíaca
SAU – Sistema de Atendimento de Urgências
IM – Intramuscular
UI – Unidade internacional
EV – Endovenoso

SUMÁRIO

1. Metodologia de Busca da Literatura.....	4
1.1. Bases de dados consultadas.....	4
1.2. Palavra(s) chaves(s).....	4
1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes	4
2. Introdução.....	4
3. Justificativa.....	5
4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde(CID-10)	5
5. Diagnóstico Clínico ou Situacional	5
6. Critérios de Inclusão.....	6
7. Critérios de Exclusão	6
8. Conduta.....	7
8.1. Conduta Preventiva.....	15
8.2. Tratamento Não Farmacológico	15
8.3. Tratamento Farmacológico	20
9. Benefícios Esperados	24
10. Monitorização	24
11. Acompanhamento Pós-tratamento	25
12. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade–TER	25
13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor.....	25
14. Referências Bibliográficas	25

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

1.1. Bases de dados consultadas

BIREME; PUBMED; UP TO DATE; Ministério da Saúde

1.2. Palavra(s) chaves(s)

trabalho de parto; sangramento gestacional; eclâmpsia; hipertensão gestacional

1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Considerou-se o período de 2000 a 2024, totalizando 18 artigos.

2. INTRODUÇÃO

O atendimento obstétrico de urgências e emergências pré-hospitalares consiste no manejo de condições obstétricas com risco potencial à vida materna e/ou fetal realizadas por profissionais de emergência antes da chegada à unidade de saúde. Este cuidado inclui a avaliação e estabilização de condições obstétricas e não obstétricas em mulheres grávidas, bem como a realização de partos fora do ambiente hospitalar.

Um adequado atendimento pré-hospitalar deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgência e Emergências. A Central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em um sistema gratuito (192), onde o médico regulador após julgar o caso, define a resposta mais adequada; seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. (BRASIL, 2002)

O médico regulador é responsável, com base nas informações colhidas dos usuários, pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder às solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde necessários ao adequado atendimento do paciente. (BRASIL, 2002)

Dados preliminares do Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna do Ministério da Saúde mostraram decréscimo na mortalidade materna nos últimos anos no Brasil. (BRASIL, 2024) Apesar disso, a morbimortalidade materna continua elevada. Sabe-se que cerca de 90% dos óbitos maternos são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde. (BRASIL, 2022)

A identificação de risco e abordagem rápida são instrumentos potentes para melhora dos índices materno-fetais, e a padronização e amplo conhecimento de instrumentos sensibilizadores da avaliação é essencial nesse esforço.

Portanto, este protocolo visa fornecer diretrizes objetivas e práticas para o atendimento de

emergências obstétricas pré-hospitalares, com o intuito de garantir o manejo adequado das mais frequentes situações de urgência e emergência que acometem a gestante e o feto, propiciando assim, um transporte seguro até a unidade de saúde adequada.

3. JUSTIFICATIVA

O SAMU 192 DF como uma das portas de entrada aos usuários deve estar preparado para o atendimento eficaz e humanizado às mulheres. Para a realização de um transporte materno bem sucedido, diretrizes de cuidados com o paciente são cruciais. (SCOTT, 2016)

Portanto, este protocolo foi elaborado para orientar a equipe assistencial pré-hospitalar na abordagem semiológica, terapêutica e de transporte maternos. Além disso, assume o papel de uniformizar as condutas, contribuindo para garantir um atendimento assertivo e seguro ao binômio mãe-filho.

4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE(CID-10)

O00 - Gravidez ectópica

O06 - Aborto não especificado

O14 - Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) com proteinúria significativa O15 –

Eclâmpsia

O45 - Descolamento prematuro da placenta (abruptioplacentae) O60 -

Trabalho de parto pré-termo

O71 - Outros traumatismos obstétricos

O80 - Parto único espontâneo

Z37 - Resultado do parto

5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

O SAMU-DF recebe várias ligações por dia e como o recurso de atendimento é limitado, o uso de preditores de risco e gravidade e a padronização de condutas entre os profissionais do serviço se torna necessária para garantir o atendimento adequado em situações de maior urgência.

Bem como nas ocorrências em geral, configuram-se com critérios de urgência obstétrica as ocorrências imprevistas de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita assistência médica imediata. Já as ocorrências com critérios de emergência obstétrica são aquelas que apresentam condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

GO1 - Doença Hipertensiva da Gestação / Eclâmpsia / Pré-eclâmpsia: Gestante com idade gestacional a partir de 20 semanas (ausência dessa informação, altura do fundo uterino em nível acima da cicatriz umbilical) associado a:

- Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg; e/ou
- Pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg.

GO2 – Parto Consumado: Expulsão completa do recém-nascido com idade gestacional maior ou igual a 22 semanas. Gestante com idade gestacional a partir de 22 semanas (ausência dessa informação, altura do fundo uterino em nível acima da cicatriz umbilical) associado a saída do recém-nascido.

GO3 – Parto Iminente: Gestante com idade gestacional a partir de 22 semanas ou, na ausência dessa informação, altura do fundo uterino em nível acima da cicatriz umbilical, contrações muito dolorosas e frequentes (duas ou mais em 10 minutos), presença de puxos espontâneos e visualização da distensão perineal ou de partes fetais na vulva.

GO4 – Trabalho de Parto: Gestante com idade gestacional a partir de 22 semanas ou, na ausência dessa informação, altura do fundo uterino em nível acima da cicatriz umbilical, associado a contrações muito dolorosas e frequentes.

GO5 – Hemorragia da Primeira Metade da Gestação: Gestante com idade gestacional abaixo de 20 semanas ou, na ausência dessa informação, altura do fundo uterino em nível abaixo da cicatriz umbilical, associado a sangramento vaginal.

GO6 – Hemorragia da Segunda Metade da Gestação: Gestante com idade gestacional a partir de 20 semanas ou, na ausência dessa informação, altura do fundo uterino em nível acima da cicatriz umbilical, associado a sangramento vaginal.

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Ausência de informações coerentes ou verossímeis fornecidas pelo solicitante; solicitante não presente na cena; atendimento primário de pacientes já em unidades hospitalares; ausência de recursos físicos ou humanos para atendimento.

8. CONDUTA

GO1 Doença Hipertensiva da Gestação / Eclâmpsia / Pré-eclâmpsia:

1. Avaliar os questionamentos:

Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração:

- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO DE PCR.

Excluída gravidade maior:

- Qual a idade gestacional?
- É a primeira gestação? Se teve outras gestações, teve aborto ou complicações em outras gestações?
- Faz pré-natal de alto risco? (Pode-se perguntar se faz Pré-natal no Posto – baixo risco, ou hospital – alto risco)
- Tem alguma comorbidade? Faz uso de algum medicamento, em especial anti-hipertensivo?
- Teve pressão alta antes durante a gestação? Mediu a pressão hoje?
- O que está sentindo no momento? (Sempre pedir para falar com a paciente para melhor caracterização dos sintomas). Avaliar: dor de cabeça, desmaio, tontura, dor no estômago, alterações visuais, náuseas ou vômitos, perda de sangue ou líquido pela vagina, percepção de movimentação fetal, contrações.
- Paciente se alimentou recentemente?
- O bebê está mexendo?

Considerar o envio de USA se houver:

- Cefaleia intensa
- Escotomas visuais, diplopia, turvação visual;
- Pressão diastólica > 100mmHg;
- Perda de consciência;
- Crise convulsiva;
- Dor abdominal intensa, principalmente epigastria ou dor em hipocôndrio direito;
- Sangramento vaginal intenso.

Considerar o envio de USB se houver:

- Alteração da movimentação fetal;
- Dor abdominal moderada.

Realizar orientação médica se houver:

- Sangramento transvaginal de pequena monta ou perda de tampão mucoso;
- Pequenas alterações da pressão arterial sem outros sintomas associados;
- Outras queixas

Recomendamos que gestantes com queixa de alterações de níveis pressóricos sejam encaminhadas ao serviço de urgência para avaliação obstétrica e de vitalidade fetal.

GO2 Parto Consumado:

1. Avaliar os questionamentos:

Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração

- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO DE PCR.

Excluída gravidade maior:

- O recém-nascido chora? (Orientar atendimento do RN conforme protocolo PED8 Nascimento no Domicílio ou na viatura);
- Houve saída da placenta?
- Qual a idade gestacional?
- É a primeira gestação?
- Paciente tem algum problema de saúde?

Orientar acompanhante a secar e enrolar o RN em panos limpos. Se RN estiver chorando, orientar secar e deixar em contato com a pele da mãe para mantê-lo aquecido e cobrir com um pano limpo corpo e cabeça para evitar hipotermia. Se RN não estiver chorando, orientar secar e passar o pano nas costas do RN para estimulá-lo. Mantê-lo aquecido próximo da mãe. Se puérpera inconsciente, lateralizar a cabeça e avaliar presença de respiração. Se ausente iniciar PROTOCOLO DE PCR. Respiração presente - manter deitada em decúbito dorsal até chegada da equipe.

Orientar acompanhante a não cortar e não tracionar o cordão umbilical. Em situações de mãe portadora de HIV, recomendar que possa ser feito um pressionamento do cordão pela própria

mãe ou por um conhecido ou familiar com proteção de luvas, se disponível.

Explicar que a viatura já está a caminho e pedir a colaboração do solicitante. Manter-se na linha sempre que possível, orientando e acalmando o solicitante.

Considerar o envio de USA sempre:

Se possível USA NEO, avaliando sempre o tempo-resposta.

Considerar o envio de USB sempre:

Enviar a equipe básica mais próxima para que inicie as manobras iniciais. Considerar sempre que mãe e bebê irão requerer assistência de urgência.

GO3 Parto Iminente:

1. Avaliar os questionamentos:

Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração

- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO DE PCR.

Excluída gravidade maior:

- Qual a idade gestacional?
- É a primeira gestação? Já teve parto normal anteriormente?
- Realizou pré-natal? Alto ou baixo risco? (Pode-se perguntar se fez pré-natal no centro de saúde, baixo risco, ou no hospital, alto risco)
- Paciente tem algum problema de saúde?

Orientações ao solicitante:

Explicar que a viatura já está a caminho e pedir a colaboração do solicitante. Manter-se na linha sempre que possível, orientando e acalmando o solicitante.

Orientar que se garanta a privacidade da paciente e que permaneça em posicionamento deitado (decúbito dorsal horizontal) na cama ou no chão, quando não for possível estar numa cama, com flexão de membros inferiores e afastamento de joelhos, sem nenhuma vestimenta na região genital, retirando-se, por completo, calcinha, calças, vestidos ou similares.

Acompanhar a saída de partes fetais, perguntando o que o solicitante está vendo, frisando que não se deve fazer nada naquele momento a não ser observar.

Orientar a observação de circulares de cordão cervical ao nascimento da cabeça; caso haja, recomendar que tente desfazer fora da contração, trazendo da região posterior para anterior do pescoço.

Recomendar, se já houver mais de um minuto de nascimento da cabeça sem o nascimento dos ombros, a posição de McRoberts com sustentação de pernas da paciente, ideal que seja feita por duas pessoas, e aproximação das coxas ao abdome, com puxos dirigidos em contrações seguintes. Não orientar “puxar” o bebê, pois pode haver lesões e responsabilização por este fato.

Caso aconteça o nascimento do bebê durante o chamado, realizar orientação conforme Protocolos PED8 Nascimento no domicílio ou na viatura e GO2 Parto consumado. Orientar acompanhante a secar e enrolar o RN em panos limpos. Se RN estiver chorando, orientar secar e deixar em contato com a pele da mãe para mantê-lo aquecido e cobrir com um pano limpo corpo e cabeça para evitar hipotermia. Se RN não estiver chorando, orientar secar e passar o pano nas costas do RN para estimulá-lo. Mantê-lo aquecido próximo da mãe. Se puérpera inconsciente, lateralizar a cabeça e avaliar presença de respiração. Se ausente iniciar PROTOCOLO DE PCR. Respiração presente - manter deitada em decúbito dorsal até chegada da equipe.

Orientar acompanhante a não cortar e não tracionar o cordão umbilical. Em situações de mãe vivendo com HIV, recomendar que possa ser feito um pressionamento do cordão pela própria mãe ou por um conhecido ou familiar com proteção de luvas, se disponível.

Considerar o envio de USA sempre:

Se possível USA NEO, avaliando sempre o tempo-resposta.

Considerar o envio de USB sempre:

Enviar a equipe básica mais próxima para que inicie as manobras iniciais. Considerar sempre que mãe e bebê irão requerer assistência de urgência.

GO4 Trabalho de Parto:

1. Avaliar os questionamentos:

Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração

- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO DE PCR.

Excluída gravidade maior:

- Sempre pedir para falar com a paciente.
- Qual a idade gestacional?
- É a primeira gestação? Já teve parto normal anteriormente? Quantos partos? Realizou pré-natal? Alto ou baixo risco? (Pode-se perguntar se fez pré-natal no centro de saúde, baixo risco, ou no hospital, alto risco)
- Paciente tem algum problema de saúde?
- Quanto tempo rompeu a bolsa?
- Sente contração? Há quanto tempo você sente contração?
- Em 10 minutos teve quantas contrações?
- Tem perda de sangue? (Suja a calcinha, enche um absorvente, enche uma toalha?)
- Tem perda de líquido transvaginal? Se sim, esse líquido escorre pela perna? (tentar diferenciar perda do tampão mucoso de bolsa rota). Qual a cor do líquido? Há quantotempo?
- Tem movimentação fetal? Caso haja suspeita de parto iminente e saída de partes fetais, seguir PROTOCOLO GO3-Parto Iminente.

Considerar o envio de USA se:

- Desejo de evacuar/suspeita de parto iminente;
- Trabalho de parto prematuro e avançado;
- Perda sanguínea acentuada;
- Multípara (a partir de 4 gestações) com contrações a cada 3 minutos;
- Contração rítmica, dolorosa e frequente – a cada 3 a 5 minutos;
- Escore de Malinas > 7 (Tabela 1).

Considerar o envio de USB se:

- Perda de sangue transvaginal em moderado/pequeno volume;
- Bolsa rota em gestação menor que 37 semanas, sem contrações e sem exteriorização de partes fetais ou do cordão umbilical.
- Escore de Malinas entre 5 e 7 (Tabela 1).

Realizar orientação médica se:

Seguir as orientações conforme cartão do pré-natal;

- Contração uterina sem ritmo ou com frequência maior que 5 minutos

- Perda de tampão mucoso
- Dor lombar/dor em baixo ventre (pé da barriga) não associada a contração rítmica;
- Parada da movimentação fetal, sendo a única queixa;
- Rotura da bolsa sem pródromos de trabalho de parto em maiores de 37 semanas;
- Escore de Malinas < 5 (Tabela 1)
- Nestes casos o transporte pode ser feito por meios próprios.

Tabela 1: Escore de Malinas.

Escore	Número de gestações	Duração do trabalho de parto	Duração das contrações	Intervalo entre 2 contrações	Tempo de amniorrexe
0	1	< 3h	< 1 min	> 5 min	Nega
1	2	Entre 3 e 5h	1 min	Entre 3 e 5 min	< 1h
2	> ou = 3	> 6h	> 1 min	< 3 min	> 1h

GO5 Hemorragia da Primeira Metade da Gestação:

1. Avaliar os questionamentos:

Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração

- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO DE PCR.

Excluída gravidade maior:

- Sempre pedir para falar com a paciente.
- Qual a idade gestacional?
- É a primeira gestação? Já teve aborto prévio?
- Faz pré-natal? Alto ou baixo risco? (Pode-se perguntar se fez pré-natal no centro de saúde, baixo risco, ou no hospital, alto risco)
- Paciente tem algum problema de saúde?
- Sente dor? Se sim, qual a intensidade e há quanto tempo?
- Tem história de trauma recente?
- Qual a intensidade da perda de sangue? (Suja a calcinha, enche um absorvente, enche uma toalha?)
- O sangue é vermelho vivo ou borra de café?

Considerar o envio de USA se houver:

- Paciente inconsciente;
- Dispneia aguda.

Considerar o envio de USB se houver:

- Dor abdominal intensa;

- Sangramento transvaginal vermelho vivo significativo;
- Suspeita de agressão física;
- Valência Social Importante.

Realizar orientação médica se:

- Sangramento em borra de café;
- Sangramento de pequena monta;
- Dor abdominal leve a moderada;
- Nestes casos o transporte pode ser feito por meios próprios. Orientar a procurar unidade de saúde PS ou Centro de Saúde imediatamente.

GO6 Hemorragia da Segunda Metade da Gestação:

1. Avaliar os questionamentos:

Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração

- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO DE PCR.

Excluída gravidade maior:

- Sempre pedir para falar com a paciente.
- Qual a idade gestacional?
- É a primeira gestação? Já teve aborto prévio?
- Faz pré-natal? Alto ou baixo risco? (Pode-se perguntar se fez pré-natal no centro de saúde, baixo risco, ou no hospital, alto risco)
- Paciente tem algum problema de saúde? Sente dor? Se sim, qual a intensidade e há quanto tempo?
- A barriga está muito endurecida continuamente? (hipertonia uterina)
- Sente o bebê se movimentar?
- Sente contração?
- Tem história de trauma recente?
- Qual a intensidade da perda de sangue? (Suja a calcinha, enche um absorvente, enche uma toalha?)
- O sangue é vermelho vivo ou borra de café?
- Tem relato de desmaio, convulsão, dificuldade respiratória ou outras intercorrências recentes?

Considerar o envio de USA se houver:

- Paciente inconsciente;
- Dispneia aguda;
- Sangramento transvaginal intenso;
- Suspeita de hipertonia uterina.

Considerar o envio de USB se houver:

- Dor abdominal moderada a intensa;
- Sangramento transvaginal moderado;
- Redução da movimentação fetal;
- Suspeita de agressão física;
- Valência Social Importante.

Realizar orientação médica se:

- Sangramento em borra de café;
- Sangramento de pequena monta;
- Dor abdominal leve;

Nestes casos o transporte pode ser feito por meios próprios. Orientar a procurar unidade de saúde PS ou Centro de Saúde imediatamente.

8.1. Conduta Preventiva

Não se aplica

8.2. Tratamento Não Farmacológico

GO1Doença Hipertensiva da Gestação / Eclâmpsia / Pré-eclâmpsia:

1. Avaliação:

- a. Realizar avaliação primária;
- b. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - i. Idade gestacional e data provável do parto, comorbidades, realização de pré-natal de alto ou baixo risco, paridade, uso de drogas ou medicamentos, presença de contração uterina.
 - ii. Verificação da altura uterina se idade gestacional desconhecida. Considerar altura do fundo uterino em cicatriz umbilical compatível com 20 semanas.

- c. Avaliar sinais vitais.
- 2. Abordagem terapêutica:
 - a. Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo;
 - b. Se crise convulsiva, proteger a paciente contra trauma durante a crise. Lateralizar à esquerda, se não houver suspeita de trauma cervical.

GO2 Parto Consumado:

- 1. Avaliação:
 - a. Realizar avaliação primária da puérpera com ênfase para:
 - i. Padrão respiratório, presença de hemorragia, sinais de hipovolemia.
 - b. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - i. Idade gestacional e data provável do parto, comorbidades, realização de pré-natal de alto ou baixo risco, paridade, uso de medicamentos.
 - c. Avaliar sinais vitais.
- 2. Abordagem terapêutica:
 - a. Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo;
 - b. Garantir privacidade da puérpera e se possível, solicitar um acompanhante autorizado pela paciente;
 - c. Obter acesso venoso periférico e iniciar solução salina 0,9% para manutenção do acesso, se necessário;
 - d. Se paciente apresentar sinais de hipovolemia ou hipotensão, administrar SF 0,9% 500mL em 2 acessos calibrosos;
 - e. Oferecer O2 sob máscara com reservatório (não-reinalante), se saturação < 94%;
 - f. Realizar o clampeamento do cordão umbilical: 1º clamp: 15 a 20cm a partir do abdômedo RN; 2º clamp: 3 a 4cm a frente do 1º clamp. Cortar com lâmina de bisturi estéril entre os dois clamp umbilicais;
 - g. Realizar assistência ao RN conforme Protocolo PED8 Nascimento no domicílio ou na viatura;
 - h. Não conduzir a dequitação da placenta, que pode ser aguardada até chegada à Unidade de Saúde. Caso ocorra a dequitação espontânea da placenta, acondicionar a placenta em saco plástico, identificar e encaminhar para a unidade de saúde;
 - i. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito dorsal ou

posição mais confortável sob aquecimento ou manta térmica.

Observações:

O bebê não deverá ser transportado ao colo da mãe, nem entre os membros inferiores da mesma. Idealmente o transporte do RN deve ser realizado em dispositivo próprio para o transporte neonatal. Na ausência deste, transportar o RN com extremo cuidado e conduzir a viatura com velocidade abaixo da velocidade da pista. Caso RN esteja em boas condições de vitalidade, poderá ser transportado nos braços do profissional de saúde, ao lado da paciente.

Caso RN necessite de manobras de suporte avançado e assistência ventilatória durante o transporte, considerar o transporte do RN em Unidade de Suporte Avançado. Em situações excepcionais e de maior gravidade, pode ser necessário transporte individual de cada paciente.

A equipe deverá garantir a preservação da intimidade da paciente e oferecer um acompanhante durante a remoção, se possível.

GO3 Parto iminente:

1. Avaliação:

- a. Realizar avaliação primária da puérpera com ênfase para:
 - i. Padrão respiratório, presença de hemorragia, sinais de hipovolemia.
- b. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - i. Idade gestacional e data provável do parto, comorbidades, realização de pré-natal de alto ou baixo risco, paridade, uso de medicamentos.
- c. Avaliar sinais vitais.

2. Assistência ao parto iminente:

- a. Considerar o trabalho de parto no domicílio ou na viatura somente quando não houver tempo hábil para a remoção para a unidade de saúde;
- b. Utilizar EPI;
- c. Posicionar a paciente adotando a posição que ofereça maior conforto para a mesma;
- d. Higienizar períneo com soro fisiológico 0,9%, gazes e compressas estéreis disponíveis;
- e. Posicionar campos limpos;
- f. Durante o avanço da apresentação, proteger o períneo com uma das mãos com a ajuda de uma compressa, auxiliando a saída mais suave pelo canal de parto;
- g. Avaliar a região do pescoço do RN para detectar a presença de circulação de

cordão umbilical;

- h. Em caso de presença de circular: se frouxa, liberar e desfazer com o dedo indicador; se tensa, clampear em dois pontos e cortar entre eles;
- i. Após o desprendimento do bebê, apoiar o bebê no abdome materno em posição lateralizada, secando-o e cobrindo-o com compressas estéreis, incluindo a cabeça, exceto face. Não tracionar o cordão umbilical;
- j. Proceder atendimento da puérpera conforme protocolo GO2 Parto Consumado e PED8 Nascimento no domicílio e na viatura.

Observações:

O bebê não deverá ser transportado ao colo da mãe, nem entre os membros inferiores da mesma. Idealmente o transporte do RN deve ser realizado em dispositivo próprio para o transporte neonatal. Na ausência deste, transportar o RN com extremo cuidado e conduzir a viatura com velocidade abaixo da velocidade da pista. Caso RN esteja em boas condições de vitalidade, poderá ser transportado nos braços do profissional de saúde, ao lado da paciente. Caso RN necessite de manobras de suporte avançado e assistência ventilatória durante o transporte, considerar o transporte do RN em Unidade de Suporte Avançado. Em situações excepcionais e de maior gravidade, pode ser necessário transporte individual de cada paciente.

Equipe deverá garantir a preservação da intimidade da paciente e oferecer uma acompanhante durante a remoção, se possível.

GO4 Trabalho de Parto:

1. Avaliação:

- a. Realizar avaliação primária da gestante com ênfase para:
 - i. Padrão respiratório, presença de hemorragia, sinais de hipovolemia, bolsa rota.
- b. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - i. Idade gestacional e data provável do parto, comorbidades, realização de pré-natal de alto ou baixo risco, paridade, uso de medicamentos.
- c. Avaliar sinais vitais.

2. Assistência ao Trabalho de Parto:

- a. Garantir privacidade para a paciente;
- b. Solicitar a presença de um acompanhante sempre que possível;
- c. Avaliar a frequência de contrações uterinas;
- d. Considerar o trabalho de parto no domicílio ou na viatura somente quando não houver tempo hábil para a remoção para a unidade de saúde;

- e. Se parto iminente, considerar PROTOCOLO GO3 Parto Iminente.

GO5 Hemorragia da primeira metade da gestação:

1. Avaliação:
 - a. Realizar avaliação primária da gestante com ênfase para:
 - i. Padrão respiratório, presença de hemorragia, sinais de hipovolemia;
 1. Observar se há suspeita de aborto provocado, visto que essa condição pode estar associada a um risco de sangramento vaginal mais intenso.
 - b. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - i. Idade gestacional e data provável do parto, comorbidades, realização de pré natal de alto ou baixo risco, paridade, uso de medicamentos.
 - c. Avaliar sinais vitais.
1. Abordagem terapêutica:
 - a. Garantir privacidade para a paciente;
 - b. Solicitar a presença de um acompanhante sempre que possível.

GO6 Hemorragia da segunda metade da gestação:

1. Avaliação:
 - a. Realizar avaliação primária da gestante com ênfase para:
 - i. Padrão respiratório, presença de hemorragia, sinais de hipovolemia;
 - ii. Observar se há suspeita de aborto provocado, visto que essa condição pode estar associada a um risco de sangramento vaginal mais intenso.
 - b. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - i. Idade gestacional e data provável do parto, comorbidades, realização de pré natal de alto ou baixo risco, paridade, uso de drogas ou medicamentos.
 - ii. Avaliar sinais vitais. Se hipertensão, considerar GO1 Doença Hipertensiva da Gestação / Eclâmpsia / Pré-eclâmpsia.
 2. Abordagem terapêutica:
 - a. Garantir privacidade para a paciente;
 - b. Solicitar a presença de um acompanhante sempre que possível
 - c. Desaconselhar a realização de toque vaginal, pois poderá agravar o quadro;
- Transportar paciente em decúbito lateral esquerdo.

8.3. Tratamento Farmacológico

GO1 Doença Hipertensiva da Gestação / Eclâmpsia / Pré-eclâmpsia:

- Obter acesso venoso periférico e iniciar solução salina 0,9% para manutenção do acesso, caso história de crise convulsiva;
- Oferecer O₂ sob máscara com reservatório (não-reinalante), se saturação < 94%;

Tratamento agudo da hipertensão arterial grave na gestação caracterizada por PAS >160mmHg ou PAD > 110mmHg, e/ou sinais de gravidade:

- Hidralazina: 20mg/ampola. Diluir 1 ampola em 9 mL de água destilada ou solução salina 0,9% e administrar 2,5mL da solução (5mg) EV. Caso a pressão não seja controlada, repita a dose recomendada em intervalos de 20 minutos até dose máxima de 20 mg.

Se USA e se eclâmpsia ou sinais de iminência de eclâmpsia:

- Sulfato de Magnésio EV: 4g (se ampola 10 mL a 50% = 5g, dose de ataque = 8mL; se ampola 10 mL a 10% = 1 g, dose de ataque = 40 mL), via intravenosa diluída em água destilada ou SF 0,9% 100 mL com tempo de infusão rigoroso de 15 minutos.
- Deve-se priorizar o tempo resposta para chegada no hospital em detrimento a passagem de sonda vesical de demora na viatura. Considerar em situações de deslocamento superior a 20 minutos.
- Na presença de sinais de intoxicação pelo sulfato de magnésio: considerar antídoto – gliconato de cálcio a 10% 1 ampola + 10 ml de água destilada, infusão lenta em 3 minutos.
- Se não for possível obter acesso venoso: Sulfato de Magnésio IM: fazer 1 ampola a 50% (5g), administrada via IM profunda, em cada glúteo, perfazendo dose total de 10g.

Conduta nos casos de convulsão (eclâmpsia) recorrente ou refratária à terapêutica inicial:

- Fenitoína (somente para casos refratários). Intravenosa ou intraóssea: ataque 20mg/kg/dose (0,4ml/kg) diluída em solução salina 250 a 500mL. Infundir em 10 minutos, com velocidade máxima de infusão de 50mg/min.

GO2 Parto Consumado:

Administrar 10 UI de ocitocina IM após o desprendimento da criança, antes do clampeamento e corte do cordão.

Em caso de hemorragia pós parto consumado incontrolável (associada a sintomas maternos, hipotensão ou aumento da frequência cardíaca) ou perda de volume sanguíneo maior que 500 ml está indicado o uso do ácido tranexâmico 1g EV nas primeiras 3h após a hemorragia.

GO3 Parto iminente: Administrar medicamentos conforme o Protocolo GO2. **GO4**

Trabalho de Parto: Administrar medicamentos conforme o Protocolo GO2. **GO5**

Hemorragia da primeira metade da gestação:

- Instalar O2 sob máscara com reservatório (não-reinalante), se saturação < 94%.
- Obter acesso venoso e iniciar SF 0,9% para manter acesso, se necessário.
- Se hipotensão, pele fria ou sinais de choque, infundir solução salina 0,9%, como objetivo de manter a pressão sistólica > 80 mmHg.

GO6 Hemorragia da segunda metade da gestação:

- Instalar O2 sob máscara com reservatório (não-reinalante), se saturação < 94%;
- Obter acesso venoso e iniciar SF 0,9% para manter acesso, se necessário;
- Se hipotensão, pele fria ou sinais de choque, infundir solução salina 0,9%, como objetivo de manter a pressão sistólica > 80 mmHg.

8.3.1. Fármaco(s)

Tabela 2: Medicamentos relacionados no protocolo, conforme Relação de Medicamentospadronizados na SES-DF (REME).

Código	Descrição	Farmácia
90411	hidralazina solução injetável 20mg/ml ampola 1 ml	uso hospitalar
90080	sulfato de magnésio solução injetável 50% (4 mEq/ml) ampola 10 ml	uso hospitalar
34591	sulfato de magnésio solução injetável 10% ampola 10 ml	uso hospitalar
90564	gliconato de cálcio solução injetável 100 mg/ml ampola 10 ml	uso hospitalar
90076	fenitoína solução injetável 50mg/ml ampola 5 ml	uso hospitalar
90680	ocitocina solução injetável 5UI ampola 1ml	uso hospitalar
10269	cloreto de sódio 0,9% 500 ml	UBS e uso hospitalar
90533	ácido tranexâmico 50mg/ml solução injetável ampola 5 ml	uso hospitalar

Fonte: Conferir lista completa no link: <http://www.saude.df.gov.br/reme-df/>.

GO1 Doença Hipertensiva da Gestação / Eclâmpsia / Pré-eclâmpsia:

- Hidralazina Solução Injetável 20 mg/ml Ampola 1 ml
- Sulfato de magnésio Solução Injetável 50% (4 mEq/ml) Ampola 10 ml
- Fenitoína 50 mg/ml Solução Injetável Ampola 5 ml

GO2 Parto Consumado:

- Ocitocina 5 Unidades/ml Solução Injetável Ampola 1 ml
- Ácido tranexâmico 50mg/ml solução injetável ampola 5 ml

GO3 Parto iminente:

- Ocitocina (conforme protocolo GO2)

GO4 Trabalho de Parto:

- Ocitocina (conforme protocolo GO2)

GO5 Hemorragia da primeira metade da gestação:

- Cloreto de sódio 0,9% 500 ml

GO Hemorragia da segunda metade da gestação:

- Cloreto de sódio 0,9% 500 ml

8.3.2. Esquema de Administração

Tabela 3: Esquemas de administração dos fármacos

Critérios de inclusão	Medicamento	Indicações	Via de administração	Esquema de administração
GO1	Hidralazina solução injetável 20mg/ml ampola 1 ml	Tratamento agudo da hipertensão arterial grave na gestação caracterizada por PAS>160 mmHg ou PAD>110 mmHg e/ou sinais de gravidade	EV	5 mg: Diluir 1 ampola em 9 ml de água destilada ou em cloreto de sódio solução injetável 0,9% e administrar 2,5ml da solução
	Sulfato de magnésio solução injetável 50% (4 mEq/ml) ampola 10 ml	Se <u>USA</u> e sinais de eclâmpsia ou pré-eclâmpsia	EV	4g (se ampola 10 ml a 50% = 5g, dose de ataque = 8 ml): Diluir em água destilada ou cloreto de sódio solução injetável 0,9% 100 ml com tempo de infusão rigoroso de 15 minutos.
			IM (Apenas quando não for possível obter acesso venoso)	10g: 1 ampola de 50% (5g), administrada via IM profunda, em cada glúteo, perfazendo dose total de 10g
	Sulfato de magnésio solução injetável 10% ampola 10 ml	Se <u>USA</u> e sinais de eclâmpsia ou pré-eclâmpsia	EV	4g (se ampola 10 ml a 10% = 1g, dose de ataque = 40 ml): Diluir em água destilada ou cloreto de sódio solução injetável 0,9% 100ml com tempo de infusão rigoroso de 15 minutos.
	Gliconato de cálcio solução injetável 100 mg/ml ampola 10 ml	Presença de sinais de intoxicação pelo sulfato de magnésio.	EV	Infusão lenta em 3 minutos. Diluir 1 ampola em 10 ml de água destilada.

	Fenitoína injetável ampola 5 ml	solução 50mg/ml	Se <u>USA</u> e sinais de eclâmpsia ou pré-eclâmpsia; <u>somente para casos refratários.</u>	EV ou intraós- sea	Dose de ataque 20 mg/kg/dose (0,4 ml/kg). Diluir em cloreto de sódio solução injetável 0,9% 250 a 500 ml. Infundir em 10 minutos, com velocidade máxima de infusão de 50 mg/min.
G02	Ácido tranexâmico 50 mg/ml ampola 5 ml		Se perda de sangue > 500 ml, sangramento incontrolável, queda de PA, FC em ascensão ou sintomática. Administrar nas primeiras 3h após a hemorragia.	EV	Dose de ataque: 1g Diluir 4 ampolas em cloreto de sódio solução injetável 0,9% 100ml. Infundir em 10 minutos. Velocidade de 10 ml/min.
G02			Administrar 10 UI de ocitocina		
G03	Ocitocina injetável 5UI ampola 1ml	solução	IM após o desprendimento da criança, antes do clameamento e corte do cordão.	IM	Administrar 10 UI
G05	Cloreto de sódio 0,9% 500 ml		Hipotensão com sinais de choque	EV	Administrar com o objetivo de manter PAS > 80 mmHg
G06					

8.3.3. Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica

9. BENEFÍCIOS ESPERADOS

Correção precoce de alterações potencialmente graves, encaminhamento rápido e sob monitorização a unidade hospitalar.

Assistência inicial a gestante, puérpera e recém-nato segundo critério de suporte básico e avançado de vida.

Prevenção de sequelas e da morbimortalidade materno-infantil.

10. MONITORIZAÇÃO

Avaliação em prontuário SAU e fichas de atendimento.

11. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Não se aplica.

12. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE–TER

Não se aplica.

13. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Avaliação em prontuário SAU;

Avaliação em fichas de atendimento;

Gravação dos chamados vinculados ao número de ocorrência.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CLOHERTY, J. et al. **Manual of Neonatal Care**. Lippincott Williams & Wilkins. 7 ed., Philadelphia: 2019.
2. ALMEIDA, M.F.B.D.A et al. **Reanimação do Recém-nascido maior ou igual a 34semanas:** diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Sociedade Brasileira dePediatria. São Paulo, 2016. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaior34semanas26jan2016.pdf. Acesso em: 02 set. 2024.
3. THE NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION. **Recommendations For The Safe Transportation Of Children In Ground Ambulances**. U. S. Department of Transportation: July 2010.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
5. BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Brasília, 2002.
6. BRASIL. Ministério da saúde. Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde. **Painel de Monitoramento da mortalidade materna**. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/>. Acesso em: 09 set. 2024
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco** [recurso eletrônico]. Departamento de Ações Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf Acesso em: 10 set. 2024.
8. CUNNINGHAM, G.F. et al. **Williams Obstetrics**, 24ed, McGraw-Hill Professional Publishing, 2014.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
10. AZEVEDO, Cláudio Roberto Freire (Org.). **Protocolos de Regulação de Urgência** - Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza.Volume 2. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2016.
11. BRASÍLIA (DF). SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Portaria nº 1321, de 14 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e re- moção de mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de estado de Saúde do Distrito Federal. DODF Edição extra n.

88, de 18 de dezembro de 2018, páginas 1,2,3 e 4. Brasília, 2018.

12. SAMU 192 REGIONAL SOROCABA. SECRETARIA DA SAÚDE. **Protocolo Operacional Padrão SAMU 192 Regional Sorocaba:** Protocolos de Regulação Médica das Urgências – Abordagem do Trabalho de Parto. 1 ed. Sorocaba, 2015. Disponível em: <https://saude.sorocaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/protocolo-operacional-padro.pdf> Acesso em: 24/09/24
13. VILELA, D. S. **Protocolos de atendimento pré-hospitalar:** suporte de vida por Enfermeiro. 4ª edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde - SAMU, 2014.
14. MONTENEGRO; C.A.B; FILHO; J.D.R. **Rezende Obstetrícia Fundamental.** 12 ed. Riode Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
15. ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia.** 2 ed. Barueri: Manole, 2012. 1344p.
16. MAREL; V. *et al.* **Prehospital emergencies in Obstetrics:** home deliveries. Journal Européen des Urgences et des Réanimation. Volume 14, Number 3, September 2001
17. SCOTT; J. **Obstetric Transport.** Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Volume 43, Issue 4, December 2016, pages 821 – 840
18. AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia.** 9 ed. São Paulo: Elsevier, 2022. Tradução: ALSO Brasil Cursos na área de saúde LTDA.