



Protocolo de Atenção à Saúde

Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Área(s): Gerência de Serviços de Enfermagem Obstétrica e Neonatal
/DIENF/COASIS/SAIS/SES

Portaria SES-DF Nº 993 de 02.12.2019, publicada no DODF Nº 232 de 06.12.2019 .

1. Metodologia de Busca da Literatura

1.1. Bases de dados consultadas

Realizou-se uma busca em bases de dados da Bireme, Cochrane, Scielo, Uptodate, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e sistemas de monitoramento do Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e protocolos assistenciais de outros hospitais públicos.

1.2. Palavra(s) chaves(s)

Assistência de Enfermagem. Enfermagem Obstétrica. Parto Normal. Atribuições do enfermeiro obstetra. Recém-nascido.

1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para seleção do material, foram selecionados e utilizados 22 trabalhos relevantes entre 2012 e 2019.

2. Introdução

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento tem possibilitado repensar o modelo obstétrico e neonatal existente no país e, com isso, tem estimulado mudanças que consideram a fisiologia do corpo da mulher e uma assistência baseada em evidências científicas.

As políticas de atenção à saúde da mulher e da criança tem incentivado melhorias da qualidade da atenção e redução de intervenções desnecessárias, com foco na redução da mortalidade materna e neonatal e diminuição da taxa de cesariana.

Entre estas políticas, destaca-se a criação do Programa Rede Cegonha (RC), em 2011, composta por um conjunto de medidas para garantir um atendimento adequado, seguro e humanizado à mulher desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, ao recém-nascido e a criança até os dois primeiros anos. A Portaria que organiza a rede de cuidados materno-infantil (Portaria de consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017), dispõe em seu artigo 4º inciso III a “garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento”¹.

Apesar da tendência de queda da mortalidade materna, o Brasil ainda enfrenta desafios para cumprir os acordos internacionais. No ano de 2000, foi acordado entre os países-membros da Organização das Nações Unidas, Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) com metas que deveriam ser atingidas até o ano de 2015². Dentre as metas, destaca-se a meta 4 (reduzir a mortalidade infantil) e a meta 5 (melhorar a saúde das gestantes).

O País teve importantes resultados na redução da mortalidade materna e infantil, porém, ao final do ano de 2015, término da iniciativa dos ODM, não foi possível atingir a meta pactuada (35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos²). A razão da mortalidade materna (RMM) foi de 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%³. Esta redução tem sido reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ao destacar que houve avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde³.

Neste contexto, o Brasil tem se posicionado de forma firme para reduzir a mortalidade materna e assumiu um novo compromisso em uma agenda mundial denominada “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)”, na qual foi definida a meta de reduzir a mortalidade materna para 30/100 mil nascido vivos até 2030 (ODS 2015/2030)³.

Em relação ao quarto ODM, o Brasil atingiu a meta de melhorar e reduzir a mortalidade infantil em 2/3, entre 1990 e 2015. Porém, o componente neonatal (0-6 dias) o principal componente da mortalidade infantil, permanece sem redução expressiva, dependendo de uma ação organizada dos serviços de saúde e da qualificação de processos assistências, especialmente os relacionados ao parto e nascimento⁴.

Para alcançar seus objetivos, a RC priorizou um conjunto de estratégias/ações, tais como: qualificação do pré-natal; implantação do Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia; qualificação do cuidado ao parto e nascimento baseado em evidências científicas; humanização e garantia de direitos das mulheres e bebês; ampliação da atuação da Enfermagem Obstétrica (EO); abertura de vagas de residência e especialização em Enfermagem Obstétrica; investimentos para adequação da ambiência dos centros obstétricos; implantação de Centros de Parto Normal e Casa da Gestante Bebê e Puérpera; fomento aos Fóruns Perinatais⁴.

Neste contexto, a Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal aderiu à RC por meio da Portaria 1.219, de 13 de junho de 2012⁵ e, desde então, tem desenvolvido ações para melhoria da atenção materna e infantil.

Dentre as ações, foi elaborada e publicada a Lei nº 5.534, de 28 de agosto de 2015⁶, que Instituiu o Estatuto do Parto Humanizado no Distrito Federal. Por essa Lei, a assistência à mulher em trabalho de parto e durante o parto pode ser realizada por médico obstetra, enfermeiro obstetra e técnico de enfermagem⁶.

Também, realizou oficinas de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, com colaboração do MS, no Hospital Regional do Gama, Hospital Regional de Santa Maria, Hospital Regional Leste e Hospital Universitário de Brasília, nos anos de 2015 e 2016⁷. Em 2018, foi realizada uma nova oficina com todos os hospitais da SES/DF⁷.

Além disso, foram formadas pelo Ministério da Saúde, 30 enfermeiros na modalidade de especialização, 07 enfermeiros participaram do curso de aprimoramento, 29 enfermeiros e 22 médicos participaram do Curso de Urgência e Emergência em Obstetrícia com Simulação Realística e 17 enfermeiros e 18 médicos participaram do curso ALSO⁸.

Também, foram formadas cerca de 180 enfermeiras pelo Programa de Residência em Enfermagem em Área Profissional da Saúde – modalidade Enfermagem Obstétrica⁹.

Por fim, publicou a Portaria Conjunta nº 74, de 14 de dezembro de 2017, que acrescentou as especialidades de Enfermeiro Obstetra no cargo de Enfermeiro da Secretaria de Saúde do Distrito Federal¹⁰.

Tendo em vista os diversos investimentos da SES/DF, ESCS e MS, faz-se necessário normatizar e qualificar a prática assistencial prestada por Enfermeiras obstetras na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e criar um Protocolo Assistencial, definindo ações e atribuições dos profissionais de saúde no processo da parturição.

3. Justificativa

A mortalidade materna e neonatal no Brasil ainda é elevada. O número de intervenções obstétricas, em gestações e partos de risco habitual são alarmantes e chamam a atenção quando comparados aos modelos dos países de primeiro mundo americano, inglês e europeu.

Para a melhoria dos resultados maternos e perinatais e para cumprir os Pactos assumidos internacionalmente pelo Brasil, como o Pacto para a Redução da mortalidade materna e infantil, o pacto pela vida, o pacto pela redução de cesáreas entre outros, as Políticas de Saúde do Ministério da Saúde tem buscado ferramentas para a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil.

O reconhecimento da importância da atuação de enfermeiras obstetras para a transformação da nossa realidade tem sido estimulado por meio da publicação de diversas normativas que legitimam a atuação da enfermeira obstetra na atenção ao parto no âmbito do SUS.

A atuação da enfermeira obstetra na assistência ao parto é regulada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986¹¹, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras providências estabelece o seguinte:

Artigo 9º: Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

- I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II - identificação das distócias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico;
- III - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.”

No entanto, do ponto de vista do risco gestacional, essa lei não estabelece os limites de atuação do enfermeiro obstetra. Qualquer mulher em trabalho de parto poderia ser acompanhada por enfermeiro obstetra, desde que ressalvadas as competências técnicas para reconhecer intercorrências e tomar providências até a chegada do médico¹².

A Resolução COFEN nº 516/2016 que normatiza a atuação e responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, define competências a serem realizadas por esses profissionais, mas não especifica as atribuições destes profissionais à assistência às parturientes e recém-nascidos¹³.

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, de 2017, recomenda que os gestores de saúde proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstetra e obstetrix na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres¹⁴.

Paralelamente, as evidências científicas atuais apontam a importância de fatores que contribuem para melhorar os resultados perinatais, como um ambiente facilitador para o parto, um profissional treinado para a assistência e a continuidade do cuidado perinatal para a mulher e o bebê.

Neste contexto, pode-se mencionar uma revisão sistemática conduzida pela Cochrane (2016), que incluiu 15 ensaios envolvendo 17.674 mulheres, e que teve como objetivo comparar o modelo de cuidado oferecido pelas parteiras (“midwife-led”) com outros modelos de cuidados. O resultado mostrou que as mulheres que receberam modelos de continuidade de cuidados com a parteira foram menos propensas a vivenciar uma intervenção, ficaram mais satisfeitas com seus cuidados e tiveram menos resultados adversos comparadas às mulheres ou seus bebês que receberam outros modelos de cuidado¹⁵.

Outro estudo realizado em um Centro de Parto Normal (CPN) na cidade de São Paulo mostrou que a atuação da enfermeira obstétrica ou obstetriz foi uma “condição importante para que a assistência ao parto ocorresse com menos intervenções e uso adequado da tecnologia, visto que o local e o modelo de assistência ao parto, no qual a enfermeira obstétrica atuou, teve um impacto em sua habilidade para incorporar, em sua prática, as mudanças decorrentes de pesquisas¹⁶.

A atuação da enfermagem obstétrica na SES/DF também tem influenciado a mudança do modelo de atenção nos diversos cenários do parto.

Pode-se destacar o atendimento realizado na Casa de Parto de São Sebastião (estabelecimento de saúde cadastrado como CPN peri-hospitalar e habilitado pela RC) em que a equipe é composta integralmente por enfermeiros (as) obstetras e técnicas de enfermagem para a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta.

Também, estima-se que em outros hospitais da SES/DF, especialmente aqueles que possuem residência de enfermagem obstétrica, houve um aumento do número de partos normais realizados por estes profissionais. Dados do sistema Tabwin revelam um crescimento de aproximadamente 69% de partos normais realizados por enfermeiros obstetras no período de 2012 a 2018¹⁷, nos hospitais com Centro Obstétrico da SES/DF.

Além do aumento do número de partos normais, observa-se que intervenções que eram feitas de maneira rotineira e sem necessidade, estão sendo cada vez menos realizadas, como demonstrou o Processo Avaliativo das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento nas Maternidades contempladas na Rede Cegonha, realizada pelo MS. O Hospital da Região Leste (HRL), por exemplo, diminuiu significativamente o percentual de uso de drogas útero-tônicas e a realização de episiotomia de rotina¹⁸. Em 2012, a taxa de episiotomia do HRL foi de 69%. Em 2018, o referido hospital apresentou a taxa de 6,7%¹⁸, uma queda muito significativa, possivelmente devido a inserção do Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica.

Também, estão previstos 3 Centros de Parto Normal na rede da SES/DF, vinculados aos seguintes hospitais: Hospital Materno Infantil de Brasília, Hospital Regional de Ceilândia e Hospital Regional do Gama. Devido a normativa específica de CPN e aos processos de

trabalho hoje vigentes nesses hospitais, reforça-se a necessidade de um protocolo assistencial.

Desta forma, faz-se necessário padronizar o modelo de atenção, humanização e qualificação do cuidado às parturientes de risco habitual nos centros obstétricos pelas (os) enfermeiras (os) obstetras, especializando e residentes de enfermagem obstétrica da rede hospitalar do DF.

O presente protocolo norteará o exercício profissional do especialista em enfermagem obstétrica e obstetriz, buscando uniformizar o atendimento, garantir segurança e melhorar a qualidade de serviços prestados à gestante, parturiente, puérpera e neonato. Para tanto, serão definidas as atribuições do enfermeiro obstétrico no cenário do parto e nascimento, bem como, em que situações o médico deverá ser requisitado.

4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Z34.0 - supervisão de primeira gravidez normal

Z34.8 - supervisão de outra gravidez normal

Z34 - supervisão de gravidez normal, não especificada

Z76.2 - supervisão de cuidado de saúde de outras crianças ou recém-nascidos saudáveis

O47.9 - falso trabalho de parto, não especificado

O62.2-f - trabalho de parto irregular

O80.0 - parto espontâneo cefálico

O80.9 - parto único espontâneo, não especificado

5. Diagnóstico Clínico ou Situacional

A rede SES/DF conta com 13 estabelecimentos (11 Hospitais da Rede SES, 1 Hospital Universitário e 1 Centro de Parto Normal Peri-hospitalar) que realizam assistência à gestante durante o trabalho de parto, parto e puerpério. A média de partos mensais em 2017 foi de 3.250¹⁹.

A assistência obstétrica e neonatal é realizada por equipe multiprofissional, composta majoritariamente por profissionais da enfermagem (enfermeiros obstetras e neonatal, residentes de enfermagem obstétrica) e da medicina (médicos obstetras e neonatal, residentes da obstetrícia, neonatologia e pediatria).

Os hospitais que possuem residência de enfermagem em obstetrícia são: Hospital Materno Infantil de Brasília, Hospital Regional de Ceilândia, Hospital Regional da Asa Norte, Hospital Regional do Gama, Hospital da Região Leste.

Porém, as práticas assistenciais de atenção obstétrica e neonatal são baseadas em evidências científicas e de acordo com a realidade/rotina de cada hospital, sem um documento formal orientador.

6. Critérios de Inclusão

Todas as parturientes de risco habitual admitidas nos centros obstétricos da rede SES-DF.

7. Critérios de Exclusão

Todas as parturientes que não se enquandrem na categoria de risco habitual atendidas nos centros obstétricos na rede SES-DF.

Este protocolo não se aplica ao Centro de Parto Normal Peri-hospitalar de São Sebastião que possui protocolo próprio.

8. Conduta

8.1. Classificação do Risco Obstétrico da Parturiente:

O enfermeiro obstetra tem autonomia para atuar, como membro da equipe multiprofissional, no cenário do parto e nascimento, independente do grau de risco da parturiente. No que se refere a realização do parto a lei discorre que o enfermeiro obstetra está habilitado para prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia).

Para avaliação e classificação do risco da parturiente na admissão, o enfermeiro obstetra e/ou médico deve identificar os fatores de risco da parturiente através da história de enfermagem e exame físico, no momento da admissão, no centro obstétrico. Em seguida, identificar os riscos conforme as Tabelas I. A tabela foi desenvolvida com base em evidências científicas, sendo submetida e aprovada em reunião pela Câmara Técnica de Enfermagem Obstétrica da Secretaria de Saúde.

Para a parturiente ser classificada como Risco Habitual, deverá apresentar os marcadores dentro dos padrões descritos na cor verde.

O acompanhamento da evolução do trabalho de parto e parto da parturiente de risco habitual será realizado por enfermeiro (a) obstetra e residentes de enfermagem obstétrica (sob supervisão). A reclassificação do risco deverá ser realizada a cada período de quatro horas de trabalho de parto ativo ou na presença de intercorrências. Na presença de distócias obstétricas, o enfermeiro (a) obstetra deverá comunicar o médico e tomar as providências necessárias, até a chegada deste, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;

A parturiente que não for classificada como de risco habitual, terá acompanhamento multiprofissional, por enfermeiro obstetra, médico obstetra e residentes da enfermagem e medicina obstétrica (sob supervisão) em nível de atenção secundário ou terciário.

A reclassificação deverá ser realizada a cada período de duas horas de trabalho de parto ativo ou na presença de novas intercorrências. A assistência ao parto será realizada por médico e/ou residente da medicina obstétrica.

Tabela I: Marcadores para Classificação de Risco Habitual

RISCO	FATORES DE AVALIAÇÃO	MARCADORES		
HABITUAL	Gestação atual	Gestação Única		
		Idade gestacional: entre 37 semanas completas e 41 semanas e 6 dias		
		Número de partos: até 4 partos normais		
		Exames laboratoriais: realização dos exames no 1º, 2º e 3º trimestre, com sorologias sem alterações		
		Altura de fundo de útero entre os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional		
	Trabalho de parto	Início espontâneo do trabalho de parto		
		Movimentação fetal ativa ou padrão tranquilizador da vitalidade fetal		
		Apresentação cefálica		
		BCF: entre 110 e 160 batimentos por minuto, com boa variabilidade (5-25bpm), sem desacelerações da FCF à ausculta intermitente		
		Contrações uterinas dentro dos padrões de normalidade e tônus uterino preservado		
		Trabalho de parto espontâneo após rotura prematura de membranas, com líquido amniótico claro e boa vitalidade fetal, em gestação a termo		
		Trabalho de parto espontâneo de parturiente com uma cesárea anterior há dois anos ou mais		
		Líquido amniótico claro e com grumos, quando presente		
		Pressão arterial sistólica menor que 140mmHg, pressão arterial diastólica menor que 90mmHg		
		Sangramento vaginal de leve intensidade correspondente à fase de dilatação cervical		
		Período expulsivo com falha da dinâmica uterina e uso de ocitócito, desde que vigência de condições de normalidade para mãe e feto		
		Conduta		Realização do acompanhamento da evolução do trabalho de parto e parto por enfermeiro obstetra. Reclassificação a cada período de quatro horas de trabalho de parto ativo ou na presença de intercorrências.

8.2 . Atribuições Enfermeiro Obstetra no Centro Obstétrico:

A Resolução do COFEN nº 516/2016 normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia¹³.

Segundo esta resolução, são atribuições gerais do enfermeiro Obstetra:

1. Prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido independente da categoria de risco;
2. Prestar assistência e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, ligada à área de obstetrícia, e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
3. Assistência ao parto normal de risco habitual (sem distócia);
4. Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária;
5. Acompanhar a mulher e o recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta;
6. Emitir laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distócia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS;
7. Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;
8. Estimular/proporcionar vínculos afetivos entre o binômio mãe/filho e favorecer o aleitamento materno precoce, sob livre demanda e doação;
9. Participar ativamente no ensino e formação de estudantes de enfermagem, residentes de enfermagem obstétrica e residentes médicos de obstetrícia; dentre outras atribuições dispostas na Resolução do COFEN nº 516 de 23/06/2016.

8.2.1. Atribuições do enfermeiro obstetra durante 1º período do trabalho de parto¹⁴:

1. Acolher a paciente

2. Realizar admissão da paciente (histórico, exame físico, avaliação do cartão de pré-natal);
3. Registrar as seguintes observações no prontuário eletrônico e no partograma;
 - 4.1. Frequência das contrações e tônus uterino de 1 em 1h;
 - 4.2. Ausculta intermitente dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) a cada 30 minutos;
 - 4.3. Exame vaginal de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher. Anotar dilatação, apresentação, descida, variedade de posição e De Lee;
 - 4.4. Temperatura e PA de 4/4h
 - 4.5. Pulso de 1 em 1h;
 - 4.6. Perdas vaginais
5. Oferecer dieta leve mínima em resíduo;
6. Se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela
7. Oferecer recursos não farmacológicos de alívio da dor;
8. Encorajar a parturiente a se movimentar e adotar posições verticalizadas;
9. Solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou na documentação
10. Orientar sobre a possibilidade de colocação do DIU no pós-parto.

8.2.2. Atribuições do enfermeiro obstetra durante 2º período do trabalho de parto¹⁴:

1. Anotar o horário do início do segundo período para o controle da duração;
2. Se a dilatação completa for confirmada em uma mulher sem analgesia regional, realizar uma nova avaliação após 1h;
 - 2.1. Duração normal da fase ativa do segundo período:
 - Primíparas: Cerca de 0,5 – 2,5 h sem epidural e 1-3h com peridural
 - Multíparas: Até 1h sem peridural e 2h com peridural
3. Registrar as seguintes observações no prontuário eletrônico e no partograma;
 - 3.1. Frequência das contrações e tônus uterino a cada 30 minutos;
 - 3.2. Ausculta intermitente dos BCF a cada 15 minutos (fase passiva) e a cada 5 minutos (fase ativa);
 - 3.3. Sinais Vitais aproximadamente de 4/4h;
4. Incentivar a parturiente a adotar posições verticalizadas, lateralizada ou semi-sentada, sempre respeitando a sua opção de escolha;

5. Apoiar a realização de puxos espontâneos, evitando puxos dirigidos;
6. Considerar aplicação de compressas mornas no períneo;
7. Não realizar episiotomia de rotina durante o parto, se houver indicação, realizar médio lateral direita, com uso de analgesia e consentimento da mulher.

8.2.3. Atribuições do enfermeiro obstetra durante 3º e 4º período do trabalho de parto¹⁴:

1. Recepcionar o recém-nascido colocando-o no tórax da mãe, em contato pele a pele, secando-o com campo aquecido, sendo este substituído por outro campo seco;
2. Avaliar APGAR do recém-nascido;
3. Administrar 10UI de ocitocina IM e realizar a tração controlada do cordão até a saída da placenta;
4. Realizar a ligadura tardia do cordão, após 3 minutos ou cessarem as pulsações;
5. Incentivar amamentação na primeira hora de vida;
6. Examinar a placenta e membranas: avaliar suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais;
7. Revisar canal de parto;
8. Realizar sutura de lacerações ou episiotomia, após analgesia local com fio vicryl 2-0 atentando-se às técnicas assépticas;
9. Avaliar a puérpera e prestar orientações antes que a mesma seja encaminhada ao alojamento conjunto;
10. Inserir o DIU no pós-parto imediato, caso seja a vontade da mulher;
11. Realizar exame físico do Recém-nascido após a 1ª hora (apenas para o RN de parturiente classificada como de baixo risco);
12. Realizar prescrição de rotina no pós-parto para mulher e recém-nascido;
13. Assinar laudo de autorização de internação hospitalar (AIH) para procedimento de parto normal (03.10.01.003-9), realizado por Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS. Código CBO: 223545.

8.3. Critérios para solicitação de avaliação médica¹⁴:

Solicitar assistência de médico obstetra, se qualquer uma das seguintes condições forem atingidas, a não ser que os riscos da transferência superem os benefícios.

8.3.1. Observações da mulher:

1. Pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
2. PA sistólica \geq 160 mmHg OU PA diastólica \geq 110 mmHg em uma única medida;
3. PA sistólica \geq 140 mmHg OU diastólica \geq 90 mmHg em 2 medidas consecutivas, com 30 minutos de intervalo;
4. Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida OU 37,5°C ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo;
5. Qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão ou referente à fase de dilatação cervical;
6. Presença de mecônio significativo;
7. Progresso lento confirmado do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto;
8. Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional;
9. Emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, hemorragia pós-parto, convulsão ou colapso materno ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada;
10. Placenta retida;
11. Lacerações perineais de terceiro e quarto grau ou outro trauma perineal complicado;
12. E outras distócias diagnosticadas pelo enfermeiro obstetra.

8.3.2. Observações fetais:

1. Qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão;
2. Situação transversa ou oblíqua;
3. Apresentação cefálica alta (-3/3 De Lee) ou móvel em uma nulípara;
4. Suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrossomia;
5. Suspeita de anidrâmio ou polihidrâmio;
6. Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm;
7. Desacelerações da FCF à ausculta intermitente.

8.4. Assistência ao RN de termo com boa vitalidade ao nascer

A Portaria do MS – SAS nº 371/2014 instituiu as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu parágrafo único refere que o atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP²⁰.

Se, ao nascimento, o RN é de termo (idade gestacional 37-41 semanas), está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, independentemente do aspecto do líquido amniótico, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão umbilical. No quarto PPP, enquanto o RN está junto à mãe, prover calor, manter as vias aéreas pérvias e avaliar a sua vitalidade de maneira continuada²¹.

Nesse período, para manter a temperatura corporal entre 36,5-37,5°C (normotermia), garantir a temperatura ambiente na sala de parto entre 23-26°C, secar o corpo e o segmento cefálico com compressas aquecidas e deixar o RN em contato pele-a-pele com a mãe, coberto com tecido de algodão seco e aquecido. Cuidar para manter as vias aéreas pérvias, sem flexão ou hiperextensão do pescoço, verificando se não há excesso de secreções na boca e nariz. Avaliar, inicialmente, a frequência cardíaca (FC) com o estetoscópio no precórdio, o tônus muscular e a respiração/choro²¹.

Depois, de maneira continuada, observar a atividade, o tônus muscular e a respiração/choro do RN²¹.

A amamentação na primeira hora pós-parto assegura que o RN receba o colostro, rico em fatores protetores. O contato pele-a-pele entre mãe e bebê ao nascimento favorece o início precoce da amamentação e aumenta a chance do aleitamento materno exclusivo ser bem sucedido nos primeiros meses de vida²¹.

8.1 Conduta Preventiva

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento se iniciam com uma atenção qualificada durante o pré-natal. O acompanhamento adequado possibilita, por exemplo, detectar e intervir precocemente em situações de risco, fornecer informações seguras para a gestante e acompanhante, realizar a visita de vinculação à maternidade, realizar exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e garantir acesso aos resultados em tempo oportuno.

Assim, a implantação deste protocolo contribuirá para o acolhimento da gestante proveniente da Atenção Primária em Saúde e será capaz de prevenir, controlar ou tratar o trabalho de parto prolongado ou obstruído, o estresse fetal, hemorragia pós-parto ou outras condições que podem indicar risco de mortalidade materna e neonatal.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Estão previstas neste protocolo as terapias integrativas (naturais) de alívio da dor, de acordo com a disponibilidade nos hospitais da SES/DF. Entre estas terapias são propostas:

- Banho de aspersão ou imersão com água morna/quente;
- Massagem lombar com óleo vegetal;
- Hipnose;
- Acupuntura;
- Compressas quentes e frias;
- Massagem perineal com óleo vegetal ou gel obstétrico;
- Uso da bola de fisioterapia;
- Uso do “cavalinho;”

Outras terapias de acordo com a habilitação do profissional.

8.3 Tratamento Farmacológico

Está previsto o tratamento farmacológico nos seguintes períodos do parto e nascimento:

1. Pré-parto
2. Pós-parto
3. Recém-nascido

Situações específicas:

- Hemorragia pós-parto

Hemorragia pós-parto: Perda sanguínea acima de 500 mL após parto vaginal ou acima de 1000 mL após parto cesariana nas primeiras 24 horas ou qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica²².

Hemorragia pós-parto maciça: Sangramento nas primeiras 24 horas após o parto (por qualquer via) superior a 2000 mL ou que necessite da transfusão mínima de 1200 mL (4 unidades) de concentrado de hemácias ou que resulte na queda de hemoglobina $\geq 4\text{g/dL}$ OU em distúrbio de coagulação²².

Profilaxia da hemorragia pós-parto: administração de ocitocina após o parto.

Tratamento de hemorragia pós parto – ver protocolo anexo II.

- Anemia pós-parto

Profilaxia da anemia pós-parto com a administração do Sulfato ferroso no período puerperal.

8.3.1 Fármaco(s):

- Ocitocina solução injetável 5 ui ampola 1 ml
- Metilergometrina (maleato) solução injetável 0,2 mg/ml ampola 1 ml
- Misoprostol comprimido vaginal 200 mcg
- Misoprostol comprimido vaginal 25 mcg
- Ácido tranexâmico comprimido 250 mg
- Ácido tranexâmico solução injetável 50 mg/ml ampola 5 ml
- Paracetamol comprimido 500 mg
- Paracetamol solução oral 200mg/ml frasco 15 ml
- Sulfato ferroso (equivalente a 40 mg de ferro elementar) comprimido revestido
- Sulfato ferroso solução oral 125 mg/ml correspondente a 25 mg/ml de ferro elementar frasco 30 ml
- Ibuprofeno comprimido 600 mg
- Ibuprofeno suspensão oral 50mg/ml frasco gotas 30ml
- Fitomenadiona (vitamina k) solução injetável intravenosa 10 mg/mlampola 0,2 ml ou ampola 1,0 ml amp
- Fitomenadiona (vitamina k) solução injetável intramuscular 10 mg/ml ampola 1 ml amp.
- Nitrato de prata solução oftálmica 1 % frasco 2,5 a 5,0 ml (manipulado)

8.3.2 Esquema de Administração

Prescrição Pré-parto

1. Dieta leve ou líquida
2. Exercícios facilitadores do trabalho de parto
3. Preenchimento do partograma
4. SG 5% + Ocitocina solução injetável 5UI ampola 1ml, via EV, se período expulsivo e falha da dinâmica uterina*
5. SVR

* a falha da dinâmica uterina deve ser comunicada à equipe médica, sem prejuízo da assistência por enfermeiro obstetra, desde que vigência de condições de normalidade para mãe e feto.

Prescrição Pós-parto

1. Dieta oral livre
2. Ocitocina solução injetável 5UI ampola 1ml, 2 ampolas, via IM, logo após o nascimento
3. Sulfato ferroso comprimido revestido 40mg, 1 comprimido, 2 vezes ao dia, via oral
4. Paracetamol comprimido 500mg, 1 comprimido, 6x6h, via oral, SOS
5. Ibuprofeno comprimido 600mg, 1 comprimido, 12x12h, via oral, SOS
6. Observar involução uterina a cada 4h
7. Observar sangramento transvaginal
8. Aferir SVR a cada 6h

Prescrição Recém-nascido

1. Aleitamento Materno em livre demanda
2. Clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele e estímulo à amamentação por no mínimo 1 hora após o nascimento, para RN com boa vitalidade
3. Vacina anti-hepatite B 0,5ml IM preferencialmente nas primeiras 12 horas
4. Fitomenadiona solução injetável 10mg/ml ampola, 0,1ml IM após o nascimento
5. Nitrato de prata solução oftálmica 1% frasco 2,5 a 5,0 ml, 1 gota em cada olho
6. Cuidados de Enfermagem
7. SVR

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica

9. Benefícios Esperados

Com o uso das terapias integrativas, espera-se redução da ansiedade e do medo, alívio da dor, melhor oxigenação materna e fetal, evolução fisiológica do trabalho de parto, maior satisfação da mulher e da família.

Para diminuir a incidência de hemorragia pós-parto, o Ministério da Saúde recomenda a profilaxia da ocitocina IM após o parto em todas as parturientes, mesmo de risco habitual. Com o uso da medicação a dequitação é mais rápida, a quantidade de sangramento é menor e o útero se contrai e involui mais rapidamente.

Mesmo sendo fisiológico o sangramento durante e após o parto, muitas mulheres desenvolvem a anemia após o parto devido à hemodiluição fisiológica na gestação e pela perda sanguínea no parto e pós-parto. Para prevenir a anemia grave, o Ministério da Saúde também recomenda o uso da medicação sulfato ferroso para todas as puérperas por 3 meses. Cabe salientar que o sulfato ferroso (comprimido e solução oral) é padronizado também para Atenção Básica, disponibilizado nas Unidades Básicas de Saúde da SES-DF.

10. Monitorização

As puérperas assistidas pelas (os) enfermeiras (os) obstetras deverão ser avaliadas no dia seguinte no alojamento conjunto. As condições físicas e emocionais devem ser avaliadas e registradas, bem como o nível de satisfação da mulher e de sua família.

11. Acompanhamento Pós-tratamento

Será realizado nas Unidades Básicas de Saúde.

12. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica

13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Para a monitorização dos resultados da implantação do protocolo deverão ser controlados os indicadores, entre outros pertinentes em cada unidade hospitalar, segundo recomendação do MS:

- Número total dos partos normais
- Número total de cesárea
- Número de partos realizados por enfermeiros obstetras
- Percentual de partos realizados por enfermeiro obstetra
- Percentual de partos em adolescentes
- Percentual de partos em posição vertical
- Percentual de episiotomia
- Percentual de Laceração 1º e 2º grau
- Percentual de Laceração 3º e 4º grau
- Percentual de RAM (Rotura Artificial de Membrana)
- Percentual de parto com ocitocina no 2º estágio
- Percentual de mulheres com acompanhante durante o TP/Parto/Puerpério
- Percentual de mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de Pré-Natal
- Percentual de RN com Apgar < 7 no 5º minuto
- Percentual de RN com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento
- Percentual de RN amamentado na primeira hora de vida
- Percentual de transferência de parturientes encaminhadas aos cuidados da equipe médica;
- Percentual de transferência de parturientes acompanhadas pela equipe de enfermagem que foram submetidas à cesárea;
- Percentual de transferência de parturientes do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivo da transferência.

O acompanhamento será realizado pela Gerência de Enfermagem mensalmente.

14. Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2017;
2. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>. Acesso em: 14/12/2018.
3. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 14/12/2018;
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. 1ª edição – 2017;

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.219, de 13 de junho de 2012. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Distrito Federal e aloca recursos financeiros para sua implementação. Brasília. Ministério da Saúde, 2012;
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 5.534, de 28 de agosto de 2015. Institui o Estatuto do Parto Humanizado no Distrito Federal e dá outras providências. Brasília. Câmara Legislativa do Distrito Federal, 2015;
7. Relatório de realização das Oficinas de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia;
8. Relatório dos Cursos de Formação em Enfermagem Obstétrica do Ministério da Saúde;
9. Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde. SEI 00060-00575521/2018-30;
10. Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Portaria conjunta nº 74, de 14 de dezembro de 2014. Acrescenta ao Anexo II da Portaria Conjunta SGA/SES Nº 08, de 18 de julho de 2006, as especialidades de Enfermeiro Obstetra e Enfermeiro de Família e Comunidade, no cargo de Enfermeiro e a especialidade de Medicina Paliativa, no cargo de Médico;
11. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências;
12. Hospital Sofia Feldman. Atuação e Atribuições da Equipe Assistencial;
13. COFEN. Resolução nº 516/2016 (alterada pela Resolução COFEN nº 524/2016). Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências;
14. CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em: 14/12/2018.
15. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub;

16. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck A, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):812-8 ;
17. Tabwin/datasus. Acesso em: 18/02/2019;
18. Matriz Avaliativa das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento nas Maternidades contempladas na Rede Cegonha, Ministério da Saúde;
19. SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos;
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS);;
21. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <http://www.sbp.com.br//reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaior34semanas26jan2016.pdf>
22. OPAS. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia. Disponível em: file:///C:/Users/16578503/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/9788579671241-por.pdf .

ANEXO I

Anexo II da Portaria conjunta nº 74, de 14 de dezembro de 2017¹⁰

DESCRIÇÃO SUMÁRIA ENFERMEIRO OBSTETRA: planejar, coordenar, supervisionar e avaliar atividades e ações de enfermagem no âmbito da assistência, pesquisa e docência, nos diferentes níveis de complexidade das ações de saúde, observando o Código de Ética e a Legislação de Enfermagem, participar de programas de treinamentos. Executar outras atividades de interesses da área. DESCRIÇÃO DETALHADA: Planejamento, organização. Coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem na área de obstetrícia; Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem obstétrica; Consulta de enfermagem obstétrica; Prescrição de assistência de enfermagem obstétrica; Cuidados diretos de enfermagem a pacientes obstétricas graves, com risco de vida; Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, ligada à área de obstetrícia, e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas: Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde na área de obstetrícia; Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, na área de obstetrícia; Participação em projetos de construção ou reformas de unidades de internação, na área de obstetrícia; Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis, na área de obstetrícia; Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; Assistência de enfermagem a gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido; Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; Assistência à parturiente e ao parto normal; Execução do parto sem distócia; Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para procedimento parto normal sem distócia, realizado pelo Enfermeiro(a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS: Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido; Realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária; Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta; Educação em saúde, na área de enfermagem obstétrica, visando à melhoria da qualidade de vida da população; Coordenar, administrar, supervisionar e executar atividades nos Bancos de Leite Humano; Cumprir e fazer cumprir as normas da Instituição, o Código de Ética e a Legislação de Enfermagem; Elaborar, padronizar, executar e orientar técnicas e rotinas nos diversos setores de atendimento de Enfermagem da Unidade de Saúde; Elaborar e confeccionar material didático-pedagógico e de ensino aprendizagem; Estabelecer o quadro

quantitativo e qualitativo de profissionais de enfermagem necessários para a prestação de assistência de enfermagem da Instituição; estimular/proporcionar vínculos afetivos entre o binômio mãe/filho e favorecer o aleitamento materno precoce, sob livre demanda e doação; executar e colaborar nas atividades de pesquisa em enfermagem e de interesse na área de saúde; Executar, supervisionar e coordenar as atribuições técnicas de enfermagem pertinentes ao serviço, garantindo a funcionalidade e a qualidade da assistência prestada; Instalar, testar e supervisionar o funcionamento de aparelhos como: Cardiotocógrafo, cardiomonitores, bombas infusoras, aspiradores, esfigmomanômetros e outros; Observar medidas de segurança contra acidentes de trabalho; Orientar sobre a instalação dos materiais e equipamentos de uso na Unidade de Saúde; Participar das políticas de saúde da instituição; Participar de bancas examinadoras nos concursos e provas seletivas para provimento de cargos ou contratação de pessoal de enfermagem; Participar de comissões e Coordenações da Gerência de Enfermagem para estudos e definições técnicas, normas e rotinas de enfermagem e outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente; Participar de comissões e/ou reuniões administrativas, multiprofissionais e/ou multidisciplinares, para planejamento, execução e avaliação de cursos, seminários, pesquisas e outros eventos culturais e científicos, no âmbito da instituição, de outras instituições e da comunidade; Prever e supervisionar a requisição de material de consumo à farmácia e almoxarifado; Promover e participar de consultorias e auditorias na emissão de pareceres técnicos que versam sobre a enfermagem obstétrica; realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente - SAE; Solicitar exames de rotina e complementares nos Programas de Saúde Pública e em protocolos aprovados pela instituição; Testar materiais e equipamentos emitindo parecer técnico a fim de subsidiar a aquisição de produtos médico-hospitalares na instituição; Utilizar, orientar e supervisionar o uso de equipamentos de proteção individual (EPI); Zelar pelo bom uso dos materiais de consumo e equipamentos, evitando desperdício e utilização inadequada; Zelar pelos bens patrimoniais da instituição. As competências previstas para a especialidade de enfermeiro obstetra não impedem a realização das mesmas atividades pelo enfermeiro generalista. **COMPETÊNCIAS PESSOAIS:** prestar assistência humanizada; agir com ética profissional; saber ouvir; demonstrar flexibilidade, organização e autocontrole; observar com atenção e critério; demonstrar destreza manual; trabalhar em equipe interdisciplinar.

ANEXO II

PROTOCOLO HEMORRAGIA PÓS PARTO²¹

OCITOCINA (1ª escolha)	<p>5 UI, EV lento (3 min) + 20 UI a 40 UI em 500 mL SF 0,9% a Infusão 250 mL/h. Manutenção de 125 mL/h por 4 horas. Nos casos de atonia mais importante, avaliar manutenção de ocitocina até 24 horas (a uma velocidade de 67,5 mL/h ou 3 UI/hora). Nesses casos monitore rigorosamente a paciente pelo risco de intoxicação hídrica.</p> <p>OBS: pacientes que estiveram em trabalho de parto tendem a ser menos responsivas à ocitocina. Assim, não atrase o uso de uterotônicos de segunda linha, caso a resposta ao ocitócito seja insuficiente.</p> <p>Se a prevenção estiver sendo realizada com o esquema “Regra dos 3”, a falha da terceira dose de ocitocina indica necessidade de uterotônicos de segunda linha (Fluxograma 1) imediatamente e não outro esquema de ocitócito.</p>
METILERGOMETRINA	<p>0,2 mg , (1 ampola de 1mL, 0,2mg/mL) IM, repetir em 20 min se necessário.</p> <p>Sangramentos graves: realizar mais 3 doses de 0,2 mg, IM, a cada 4h/4h (Dose máx.: 1 mg/24 horas).</p> <p>OBS.: Não utilizar em pacientes hipertensas.</p> <p>Se a primeira dose falhar, é improvável que a segunda seja eficaz.</p>
MISOPROSTOL	<p>800mcg (4 comprimidos de 200 mcg), via retal ou oral. OBS: Considerar o tempo de latência para o início de ação do misoprostol. Via retal: Início de ação 15-20 min. Via oral: Início de ação 7-11 min.</p>
ÁCIDO TRANEXÂMICO	<p>1 grama, (4 ampolas de 5ml, 50mg/mL), endovenoso lento, em 10 minutos.</p> <p>Iniciar assim que se identificar a hemorragia e em concomitância aos uterotônicos nos casos de atonia uterina.</p> <p>Repetir se: persistência do sangramento 30 min após 1ª dose ou reinício do sangramento em até 24 horas da 1ª dose.</p>