



Assunto: Protocolos de Regulação Médica de Urgência do SAMU- DF 192 e Critérios Médicos de Despacho de Viaturas.

1 . OBJETIVOS

GERAL : Apresentar elementos que devem ser observados pelo médico de urgências do SAMU DF a fim de identificar os principais agravos a saúde em Obstetrícia.

ESPECIFICO

Definir critérios de gravidade para despacho de viatura.

Direcionar o encaminhamento dos usuários por meios próprios nas situações em que não é indicado o envio de viaturas.

Orientar as equipes de suporte básico e avançado nos cenários de atendimentos de emergência, conforme bibliografia atual e fluxos de atendimento vigentes.

Esta Nota Técnica está baseada no Protocolo de Suporte Avançado de Vida do Ministério da Saúde, 2016 e em pesquisa bibliográfica referente a cada tema, com as adequações necessárias à SES/DF.

Esta Nota Técnica não pretende retirar a autonomia do médico regulador, pelo contrário, serve como referencial teórico para apoiar as decisões gestoras nas mais diversas áreas de conhecimento.

Colaboradores: Ana Luiza Ribeiro Diogo, Franciara Letícia Moraes da Cunha, Jânio Agostinho de Deus, Larissa Michetti da Silva, Luana Capritch de Macedo Maia Oliveira, Maria Clara de Melo Canedo, Petrus Leonardo Barrón Sanchez, Soraya Vasconcelos Almeida, Thaise de Andrade Novaes Dantas, Victor Leonardo Arimatea Queiroz e Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO SAMU-DF 192 PROTOCOLO DE REGULAÇÃO MÉDICA

PROTOCOLO DE OBSTETRICIA 01 Doença Hipertensiva da Gestação / Eclâmpsia / Pré-eclâmpsia

Critérios de inclusão:

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.

Conduta 1ª Regulação

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 para melhor caracterização dos sintomas.

- 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? Avaliar: dor de cabeça, desmaio, tontura, dor no estômago, alterações visuais, náuseas ou vômitos, perda de sangue ou líquido pela vagina, contrações e etc.
- Paciente se alimentou recentemente?
- O bebê está mexendo?

Considerar o envio de USA se houver:

- Cefaléia intensa
- Escotomas visuais, diplopia, turvação visual
- Pressão diastólica > 100mmHg
- Perda de consciência
- Crise convulsiva
- Dor abdominal intensa, principalmente epigastralgia 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 ou moderada quantidade ou perda de tampão mucoso
- Pequenas alterações da pressão arterial sem outros sintomas associados
- Outras queixas

Orientar a paciente sobre a necessidade de reportar ao médico do pré-natal sobre alterações de pressão arterial e outras intercorrências na gestação, e em caso de dificuldade de acesso ao médico do pré-natal, procurar atendimento por meios próprios em emergência de sua regional.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

1. Realizar avaliação primária;
2. Realizar avaliação secundária com ênfase para:



- 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.
 - Verificação da altura uterina se idade gestacional desconhecida. Considerar altura do fundo uterino em cicatriz umbilical compatível com 20 semanas;
3. Avaliar sinais vitais.

Abordagem terapêutica

Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo.

Obter acesso venoso periférico e iniciar solução salina 0,9% para manutenção do acesso.

Oferecer O₂ sob máscara com reservatório (não-reinalante), se saturação < 94%.

Se crise convulsiva, proteger a paciente contra trauma durante a crise. Lateralizar a esquerda se não houver suspeita de trauma cervical. Considerar a colocação de Guedel como proteção para mordedura de língua.

Realizar abordagem medicamentosa de acordo com sua indicação:

Tratamento agudo da hipertensão arterial grave na gestação caracterizada por PAS > 160 mmHg 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 sinais de eclampsia ou pré-eclâmpsia:

- Considerar via área avançada, a qualquer momento, se indicado.
- 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.
- Se não for possível obter acesso venoso: Sulfato de Magnésio IM: fazer 1 ampola a 50% (5 g), administrada via IM profunda, em cada glúteo, perfazendo dose total de 10g.
- Na presença de sinais de intoxicação pelo sulfato de magnésio: considerar antídoto – gluconato de cálcio a 10% 1 ampola + 10 mL de água destilada, infusão lenta em 3 minutos.
- Conduta nos casos de convulsão (eclâmpsia) recorrente ou refratária à terapêutica inicial:
- Sulfato de Magnésio EV: 2g (se ampola 10 mL a 50% = 5g, dose de reforço = 4mL; se ampola 10 mL a 10% = 1 g, dose de reforço = 20 mL), via intravenosa diluída em água destilada ou SF 0,9%,



infusão em bolus durante a convulsão ou, se possível, em 10 minutos.

- 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.
- Observações:
- Podem ser sinais de pré-eclâmpsia: cefaleia, tontura, confusão mental, distúrbios visuais (diplopia, escotomas, visão turva), epigastria, dor em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos, dispnéia e/ou dor torácica retroesternal, hiperreflexia patelar.
- Sinais de intoxicação por sulfato de magnésio: perda do reflexo patelar, depressão respiratória, parada cardiorrespiratória. Pacientes em uso regular de Nifedipina apresentam risco maior de intoxicação pelo sulfato de magnésio.
- Solicitar a presença de um acompanhante, sempre que possível.

Encaminhamento:

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.
- Portaria 1321/2018. Institui o Mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das gestantes no âmbito da SES-DF, lembrando que esta Portaria, pelo artigo 4º §1º, serve para divulgação no SAMU e no CBMDF, não impondo obrigatoriedade no seu cumprimento por essas duas instituições.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.
2. PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA - Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza / Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Org.). Volume 2. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2016
3. Vilela, Denise Santos .Protocolos de atendimento pré-hospitalar: suporte de vida por Enfermeiro. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde - SAMU, 4ª edição, 2014.
4. Protocolos de Obstetrícia: Descrições, Diagnósticos, Tratamentos. Prefeitura de São Paulo, São Paulo. 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à



Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. –
Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

6. Portaria nº1321 de 31 de dezembro de 2018. DODF 31/12/2018.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO SAMU-DF 192 PROTOCOLO DE REGULAÇÃO MÉDICA

PROTOCOLO DE OBSTETRICIA 02 Hemorragia da Primeira Metade da Gestação

Critérios de inclusão:

Gestante com idade gestacional até de 20-22 semanas, na ausência dessa informação, altura do fundo uterino em nível abaixo da cicatriz umbilical, associado a sangramento vaginal.

Conduta 1ª Regulação

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? Houve relação sexual?
- 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 ou coágulos?
- Presença de outro material com o sangue?

Considerar o envio de USA se houver:

- Paciente inconsciente
- Dispnéia aguda
- Sangramento de grande intensidade (encheu a toalha ou molhou a cama toda)
- Sinais de choque



Considerar o envio de USB se houver:

- Dor abdominal intensa (diagnóstico diferencial: gravidez tubária rota)
- Sangramento transvaginal vermelho vivo (sujou absorventes)
- 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.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

4. Realizar avaliação primária da gestante com ênfase para:
 - Padrão respiratório, presença de hemorragia, sinais de hipovolemia.
 - Observar se há suspeita de aborto provocado, visto que essa condição pode estar associada a um risco de sangramento vaginal mais intenso.
5. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - Idade gestacional e data provável do parto, comorbidades, realização de pré-natal de alto ou baixo risco, paridade, uso de drogas ou medicamentos.
6. Avaliar sinais vitais.

Abordagem terapêutica:

- Garantir privacidade para a paciente
- Solicitar a presença de um acompanhante sempre que possível
- Instalar O2 sob máscara com reservatório (não-reinalante), se saturação < 94%.
- Obter acesso venoso e iniciar SF 0,9% para manter acesso, se sangramento intenso e/ou sinais de choque, pele fria ou hipotensão, infundir solução salina 0,9%, com o objetivo de manter a pressão sistólica > 80 mmHg.

Encaminhamento

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.
- Portaria 1321/2018. Institui o Mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das gestantes no âmbito da SES-DF, lembrando que esta Portaria, pelo artigo 4º



§1º, serve para divulgação no SAMU e no CBMDF, não impondo obrigatoriedade no seu cumprimento por essas duas instituições.

• Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.
2. PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA - Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza / Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Org.). Volume 2. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2016
3. Portaria nº1321 de 31 de dezembro de 2018. DODF 31/12/2018.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO SAMU-DF 192
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO MÉDICA

PROTOCOLO DE OBSTETRICIA 03 Hemorragia da Segunda Metade da Gestação

Critérios de inclusão:

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 sangramento vaginal.

Conduta 1ª Regulação

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? Houve relação sexual?
- 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
- Dispnéia 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.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

1. Realizar avaliação primária da gestante com ênfase para:
 - Padrão respiratório, presença de hemorragia, sinais de hipovolemia.
 - Observar se há suspeita de aborto provocado, visto que essa condição pode estar associada a um risco de sangramento vaginal mais intenso.
2. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - Idade gestacional e data provável do parto, comorbidades, realização de pré-natal de alto ou baixo risco, paridade, uso de drogas ou medicamentos.
3. Avaliar sinais vitais. Se hipertensão, considerar PROTOCOLO DE ECLÂMPSIA/ PRÉ-ECLÂMPSIA.

Abordagem terapêutica:

- Garantir privacidade para a paciente



- Solicitar a presença de um acompanhante sempre que possível
- Instalar O2 sob máscara com reservatório (não-reinalante), se saturação < 94%.
- || Obter acesso venoso e iniciar SF 0,9% para manter acesso, se sangramento intenso e/ou sinais de choque, pele fria ou hipotensão, infundir solução salina 0,9%, com o objetivo de manter a pressão sistólica > 80 mmHg.
- Desaconselhar a realização de toque vaginal, pois poderá agravar o quadro.
- || Transportar paciente em decúbito lateral esquerdo.

Encaminhamento

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.
- Portaria 1321/2018. Institui o Mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das gestantes no âmbito da SES-DF, lembrando que esta Portaria, pelo artigo 4º §1º, serve para divulgação no SAMU e no CBMDF, não impondo obrigatoriedade no seu cumprimento por essas duas instituições.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.
2. PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA - Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza / Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Org.). Volume 2. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2016
3. Vilela, Denise Santos. Protocolos de atendimento pré-hospitalar: suporte de vida por Enfermeiro. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde - SAMU, 4ª edição, 2014.
4. Protocolos de Obstetrícia: Descrições, Diagnósticos, Tratamentos. Prefeitura de São Paulo, São Paulo. 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.



6. Rezende Filho J, Montenegro CAB. Obstetrícia Fundamental. 12ed, Guanabara Koogan, 2013.
7. Keneth, Jeff. et al. Williams Obstetrics, 24ed, 2014.
8. Portaria nº1321 de 31 de dezembro de 2018. DODF 31/12/2018 .

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO SAMU-DF 192 PROTOCOLO DE REGULAÇÃO MÉDICA

PROTOCOLO DE OBSTETRICIA 04 Trabalho de Parto

Critérios de inclusão:

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.

Conduta 1ª Regulação

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? Qual a cor do líquido? (Tentar diferenciar perda do tampão mucoso de bolsa rota). Há quanto tempo?
- Tem vontade de fazer cocô ou saída de partes fetais?
- 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
- Multipara (a partir de 4 gestações) com contrações a cada 3 minutos

Considerar o envio de USB se:

- Contração rítmica, dolorosa e frequente – a cada 3 a 5 minutos.
- Perda de sangue transvaginal em moderada/pequena volume
- Bolsa rota em gestação menor que 37 semanas

Realizar orientação médica se:

- Seguir as orientações conforme cartão do pré-natal página 28
- 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 prodromos de trabalho de parto em maiores de 37 semanas.
- Nestes casos o transporte pode ser feito por meios próprios.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

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

Assistência ao Trabalho de Parto:

- Garantir privacidade para a paciente
- Solicitar a presença de um acompanhante sempre que possível
- Avaliar a frequência de contrações uterinas.
- Considerar o trabalho de parto no domicílio ou na viatura somente quando não houver tempo hábil para a remoção para a unidade de saúde.
- Se parto iminente, considerar PROTOCOLO GO5 Parto Iminente.

Encaminhamento

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.
- Portaria 1321/2018. Institui o Mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de



admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das gestantes no âmbito da SES-DF, lembrando que esta Portaria, pelo artigo 4º §1º, serve para divulgação no SAMU e no CBMDF, não impondo obrigatoriedade no seu cumprimento por essas duas instituições.

• Referências:

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.
8. PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA - Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza / Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Org.). Volume 2. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2016
9. Protocolo Operacional Padrão Samu 192 Regional Sorocaba. PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO SAMU 192 REGIONAL SOROCABA. PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DO TRABALHO DE PARTO. 1ª Edição. Páginas 43 e 44. Emissão: 12/2015.
10. Portaria nº1321 de 31 de dezembro de 2018. DODF 31/12/2018 .
11. Cardeneta da Gestante do Ministério da Saúde. 4 ED.2018

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO SAMU-DF 192
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO MÉDICA

PROTOCOLO DE OBSTETRICIA 05 Parto Iminente

Critérios de inclusão:

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.

Conduta 1ª Regulação

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?

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 PED 9 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 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.



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.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

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

Assistência ao parto iminente:

- Considerar o trabalho de parto no domicílio ou na viatura somente quando não houver tempo hábil para a remoção para a unidade de saúde.
- Utilizar EPI
- Posicionar a paciente adotando a posição que ofereça maior conforto para a paciente.
- Higienizar períneo com soro fisiológico (SF) 09%, gazes e compressas estéreis disponíveis.
- Posicionar campos limpos.
- 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.
- Avaliar a região do pescoço do RN para detectar a presença de circular de cordão umbilical. Em caso de presença de circular: se frouxa, liberar e desfazer com o dedo indicador; se tensa, clampar em dois pontos e cortar entre eles.
- 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.
- Proceder atendimento da puérpera conforme protocolo GO2 Parto Consumado e PED9 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 um acompanhante durante a remoção, se possível.

Encaminhamento

- Realizar contato com a regulação médica para definição do encaminhamento do binômio. Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.
- Portaria 1321/2018. Institui o Mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das gestantes no âmbito da SES-DF, lembrando que esta Portaria, pelo artigo 4º §1º, serve para divulgação no SAMU e no CBMDF, não impondo obrigatoriedade no seu cumprimento por essas duas instituições.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.
2. PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA - Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza / Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Org.). Volume 2. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2016
3. Vilela, Denise Santos. Protocolos de atendimento pré-hospitalar: suporte de vida por Enfermeiro. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde - SAMU, 4ª edição, 2014.
4. Portaria nº1321 de 31 de dezembro de 2018. DODF 31/12/2018.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO SAMU-DF 192 PROTOCOLO DE REGULAÇÃO MÉDICA

PROTOCOLO DE OBSTETRICIA 06 : Parto Consumado

Critérios de inclusão:

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.

Conduta 1ª Regulação



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 PED9 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.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

13. Realizar avaliação primária da puérpera com ênfase para:

- Padrão respiratório, presença de hemorragia, sinais de hipovolemia;



14. Realizar avaliação secundária com ênfase para:

- Idade gestacional e data provável do parto, comorbidades, realização de pré-natal de alto ou baixo risco, paridade, uso de drogas ou medicamentos.

15. Avaliar sinais vitais.

Abordagem terapêutica

Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo.

Garantir privacidade da puérpera e se possível, solicitar um acompanhante autorizado pela paciente.

Obter acesso venoso periférico e iniciar solução salina 0,9% para manutenção do acesso.

Administrar 10 UI Ocitocina diluído em 100mL de SF 0,9%, EV, em 10 minutos.

Se paciente apresentar sinais de hipovolemia ou hipotensão, administrar SF 0,9% 500mL em 2 acessos calibrosos.

Oferecer O₂ sob máscara com reservatório (não-reinalante), se saturação < 94%.

Realizar o clameamento do cordão umbilical: 1º clamp: 15 a 20cm a partir do abdome do RN; 2º clamp: 3 a 4cm a frente do 1º clamp. Cortar com lâmina de bisturi estéril entre os dois clamp umbilicais.

Realizar assistência ao RN conforme Protocolo Ped9 Nascimento no domicílio ou na viatura.

Não conduzir a dequitação da placenta, que pode ser aguardada até a 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.

Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito dorsal ou posição mais confortável sob aquecimento ou manta térmica, se necessário.

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 um acompanhante durante a remoção, se possível.

Encaminhamento



- Realizar contato com a regulação médica para definição do encaminhamento do binômio. Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.
 - Portaria 1321/2018. Institui o Mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das gestantes no âmbito da SES-DF, lembrando que esta Portaria, pelo artigo 4º §1º, serve para divulgação no SAMU e no CBMDF, não impondo obrigatoriedade no seu cumprimento por essas duas instituições.
 - Paciente pode ser encaminhada para atendimento inicial na unidade mais próxima do local da ocorrência, independentemente do local em que a paciente porventura tenha realizado pré-natal.
- Referências:
 1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.
 2. PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA - Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza / Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Org.). Volume 2. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2016
 3. Vilela, Denise Santos. Protocolos de atendimento pré-hospitalar: suporte de vida por Enfermeiro. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde - SAMU, 4ª edição, 2014.
 4. Portaria nº1321 de 31 de dezembro de 2018. DODF 31/12/2018 .