



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
COMANDO OPERACIONAL
COMANDO ESPECIALIZADO
GRUPAMENTO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-
HOSPITALAR**



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

**ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE
PARTO EMERGENCIAL**

FINALIDADE DO POP

OBM responsáveis:

- Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar (GAEPH)

Orientar o Bombeiro Militar sobre os procedimentos e cuidados necessários durante o atendimento às situações emergenciais envolvendo a gestante/puérpera e ao recém nascido (RN).

Versão: 1.0/2022

1. Resultados Esperados

- Salvar a saúde da mulher e do recém nascido, em ambiente de APH, antes, durante e após o parto.
- Avaliar adequadamente a paciente, intervindo e tratando as alterações encontradas em cada fase do atendimento, tendo por objetivo garantir a melhor assistência ao binômio mãe-filho até a chegada a uma unidade de saúde ou do recurso avançado.

2. Material recomendado

- 6 campos estéreis (2 deles para o recém-nascido)
- Compressas estéreis
- Luvas estéreis
- Lâmina de bisturi
- 2 clamps de cordão umbilical
- Saco coletor de urina para armazenar a placenta
- Saco plástico transparente (saco de polietileno de 30x50cm)
- Sonda nº 8 ou 10
- Reanimador manual – BVM
- Oxímetro de pulso adulto
- Cilindro com oxigênio

- Catéter nasal de O₂
- Máscara com reservatório de O₂
- Cobertor térmico
- Catéter venoso periférico e material de punção venosa (viaturas com enfermeiro ou técnico de enfermagem)

3. Sinais e sintomas

- Dor e enrijecimento abdominal
- Perda vaginal de líquido ou sangue
- Perda vaginal do tampão mucoso (muco espesso)
- 3 ou mais contrações uterinas em 10 minutos
- Gestante relata vontade de evacuar
- Abaulamento da vulva ou coroamento

4. Procedimentos

- **Sempre solicitar o consentimento para atendimento, fornecer suporte emocional, garantir a privacidade da gestante e mantê-la acompanhada.**
- **identificar precocemente presença de trabalho de parto e em qual fase do parto se encontra;**

Na entrevista (SAMPLA), o socorrista deve incluir:

- Confirmar se foi feito o pré natal;
- Idade gestacional e/ou data provável do parto;
- Paridade (nº de filhos e tipos de parto);
- Perda vaginal atual (muco, sangue e líquido amniótico);
- Presença de contração uterina.
- Local onde fez o pré-natal e hospital definido para o parto;

Além das informações habituais, exame físico deve incluir:

- Colocar a paciente em decúbito lateral esquerdo, repousar sua mão sobre o ventre materno e realizar a contagem da frequência e duração das contrações em 10 minutos;
- Perda vaginal atual (muco, sangue e líquido amniótico): sinais de parto iminente ou até mesmo de complicação;
- Realizar a inspeção da vulva: abaulamento e coroamento, caso haja indicação para tal.

CONDUTA EM PARTO NÃO EXPULSIVO

- Contrações uterinas efetivas, sem presença de partes fetais na vulva.
 1. Colocar a paciente deitada para o lado esquerdo ou outra posição mais confortável;
 2. Cobrir a parturiente evitando a exposição desnecessária;
 3. Fazer contato com a regulação médica e passar as informações de forma sistematizada, informar data provável do parto, local

- onde foi feito o pré-natal e o hospital definido para o parto;
4. Preparar para o transporte;
 5. Manter atenção para a evolução do parto.

CONDUTA EM PARTO IMINENTE

- Contrações efetivas (3 ou mais em 10 minutos, duração acima de 30 segundos cada);
- Presença de puxos;
- Pressão no períneo (gestante relata vontade de evacuar);
- Distensão perineal e/ou apresentação do feto na vulva.

Os mesmos sinais e sintomas podem aparecer em gestantes com menos de 22 semanas, tratando-se neste caso de ameaça de aborto.

1. Contato com a regulação médica;
2. Considerar a realização do parto em ambiente domiciliar ou na ambulância;
3. Posicionar a paciente adotando a posição que ofereça maior conforto e segurança à mãe e ao concepto
4. Higienizar períneo com soro fisiológico (SF 0,9%);
5. Trocar luvas de procedimento por luvas estéreis;
6. Posicionar os campos sob os glúteos, sobre o abdome e pernas da paciente;
7. No coroamento: proteger o períneo com uma das mãos com ajuda de uma compressa e controlar o desprendimento súbito do polo cefálico com a outra mão;
8. Avaliar a região do pescoço do RN para detectar a presença de circular de cordão umbilical. Em caso de presença de circular:
 1. Na grande maioria dos casos, a circular será FROUXA, desfazer a circular após o expulsão da cabeça;
 2. Em raros casos de circular de cordão TENSA, clampear o cordão umbilical em dois pontos e cortá-lo com material estéril;
9. Acompanhar o desprendimento dos ombros;
10. Colocar o RN lateralizado sobre o abdome da mãe, cobrindo-o com o campo, sem tracionar o cordão umbilical;
11. Aguardar de 1 a 3 minutos para clampear o cordão ou quando cessar a pulsação - clameamento tardio. Exceto quando o RN não inicia a respiração ou não apresenta bom tônus e movimentos ativos; presença de sangramento vaginal excessivo durante o parto ou nó verdadeiro do cordão; parturiente tem alguma doença de transmissão vertical (HIV, sífilis - visto em cartão pré-natal) ou tem Rh sanguíneo negativo e parto gemelar;
12. Clamppear (1º clamp : 15 a 20 cm a partir do abdome do RN, 2º clamp : 3 a 4 cm à frente do 1º clamp) e cortar o cordão umbilical;
13. Avaliar e pontuar a escala do apgar;
14. Realizar a assistência ao RN;
15. Anotar o nome da mãe e do RN, sexo do bebê, hora de nascimento e

- data;
16. Realizar novo contato com regulação médica;
 17. Preparar para o transporte;
 18. Se houver a dequitação, acondicionar a placenta em saco coletor plástico, anotar nome da mãe, data, hora da dequitação e encaminhar junto com a paciente;
 19. Registrar achados, procedimentos, condições do parto e RN na ficha de atendimento (Preencher uma ficha para a mãe e outra para o RN).

Cuidados com a puérpera:

1. Avaliação primária (ênfase aos sinais de choque circulatório);
2. Limpeza da região genital;
3. Colocar absorvente higiênico;
4. Massagear com cuidado o abdome para estimular a involução uterina logo após o nascimento do RN.

Assistência ao RN:

1. Retirar o RN do abdome materno e colocá-lo sobre superfície plana;
2. Posicionar a cabeça em leve extensão, observando a respiração;
3. Aspirar boca e nariz (sonda no 8 ou 10), somente se tiver secreção que impeça a respiração;
4. Secar o RN, e desprezar os campos úmidos;
5. Cobrir a cabeça do bebê com pano limpo ou touca;
6. Envolver em outro campo estéril limpo e seco;
7. Classificar o RN no 1º e 5º minutos após o nascimento de acordo com o Escore de Apgar;

Escore de Apgar

SINAL	0	1	2
Frequência cardíaca (bpm)	ausente	lenta (< 100)	maior que 100
Movimentos respiratórios	ausentes	lentos, irregulares	bons, choro
Tônus muscular	flácido	alguma flexão	movimentação ativa
Iritabilidade reflexa (cateter nasal)	sem resposta	careta	tosse reflexa, espirros, choro
Cor	azul ou pálido	corpo róseo, extremidades azuis	completamente róseo

FONTE: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf (ACESSO: 20/07/2022)

8. Avaliar a temperatura axilar: normal entre 36,5 e 37,5°C;
9. Se a temperatura axilar estiver normal, envolver o RN em campo estéril e manta metálica sobre o campo; se < 36,5°C, envolver o RN em campo estéril, colocar sobre esse campo um cobertor e, sobre o cobertor, a manta metálica; se > 37,5°C, envolver o RN somente em campo estéril.

Reanimação neonatal

- Vide POP de Reanimação neonatal.

PARTO CONSUMADO

Conduta do socorrista:

1. Avaliação primária da parturiente e do RN (ênfase no padrão respiratório, frequência cardíaca e sangramentos);
2. Avaliação secundária caso ambos estejam estáveis;
3. Seguir com os cuidados com a parturiente e com o RN de acordo com os procedimentos do parto iminente e assistência ao RN;
4. Se for possível calcular o Escore de Apgar;
5. Entrar em contato com a regulação médica;
6. Preparar para transporte.

5. Fatores complicadores

PARTO COM APRESENTAÇÃO ANÔMALA (NÃO-CEFÁLICO)

Conduta do socorrista:

1. Avaliação primária e secundária;
2. Informar a paciente e os familiares sobre a condição;
3. Realizar contato com a regulação médica e receber orientações sobre procedimentos e transporte da parturiente;
4. Posicioná-la em decúbito lateral esquerdo ou POSIÇÃO GENUPEITORAL (posição de prece);
5. ATENTAR PARA OS SEGUINTE PRINCÍPIOS, CASO SEJA ORIENTADO A AGUARDAR SERVIÇO AVANÇADO:
 - **Apresentação de ombros ou membro superior:**
 - É improvável haver nascimento por via vaginal;
 - **Apresentação pélvica:**
 - é melhor assistida com a paciente na posição de quatro apoios e o socorrista deve amparar a saída do corpo fetal, sem tracionar;

Sinais da Distócia de Ombro:

- Após 60 segundos da saída da cabeça, não ocorreu a saída dos ombros;
- “Sinal da Tartaruga”: visualização da retração da cabeça fetal contra o períneo materno durante contrações;
- Geralmente não acontece a rotação externa da cabeça fetal e o queixo fica impactado no períneo dando a impressão de face fetal com excesso de gordura;

PROLAPSO DE CORDÃO UMBILICAL

- Situação em que o feto não nasceu, porém o cordão umbilical se exteriorizou pelo canal de parto.

Conduta do socorrista:

- Seja ágil: a criança pode estar em perigo, causado pela compressão do cordão entre a cabeça e o canal de parto. Enquanto o cordão estiver comprimido, a criança não receberá quantidades adequadas de sangue e oxigênio. No caso de prolapso do cordão, transporte a mãe em decúbito dorsal, com os quadris elevados sobre dois ou três travesseiros ou cobertores dobrados, e administre oxigênio. Isso fará com que a criança escorregue um pouco para dentro do útero e receba mais oxigênio. Se a mãe puder manter a posição genupeitoral (ajudada pelo socorrista), o resultado será ainda melhor. Essa posição é difícil de ser mantida durante o transporte.

PRÉ ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA

PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, mantida persistentemente após a 20ª semana de gestação, sem histórico prévio de hipertensão arterial sistêmica.

Sintomas da pré-eclâmpsia:

- Cefaleia intensa;
- Distúrbios visuais;
- Dor na região epigástrica e/ou dor torácica;
- Náuseas e vômitos;
- Sangramento vaginal.

Eclâmpsia: sintomas da pré-eclâmpsia + crises convulsivas ou coma.

Conduta do socorrista:

1. Realizar avaliação primário, priorizando a ventilação e circulação;
2. Oferecer O₂ sob máscara com reservatório, se saturação abaixo de 95%;
3. Avaliar se já tem histórico de aumento de pressão e/ou pré-eclâmpsia/eclâmpsia, pesquisar se houve perda de consciência ou crise epiléptica;
4. Avaliação secundária (sinais vitais);
5. Entrar em contato com a Central de Regulação, passando as informações e preparar a paciente para transporte;
6. Posicioná-la em decúbito lateral esquerdo;
7. Se crise epiléptica, manter a lateralização à esquerda e ofertar os cuidados de acordo com o capítulo de crise epiléptica do Manual de APH.

HEMORRAGIA GESTACIONAL

- Sangramento < 22 semanas de gestação: suspeitar de abortamento

Sintomas:

- Perda sanguínea vaginal;
- Dor pélvica;
- Sinais de choque.

Conduta do socorrista:

1. Avaliação primária e entrevista da paciente (História de trauma? Quantidade e coloração de sangue perdido? Tem contrações? Fez uso de algum medicamento abortivo ou procedimento com esse objetivo?);
2. Realizar avaliação secundária;
3. Todo material ensanguentado deverá ser acondicionado e transportado para a unidade hospitalar;
4. Entrar em contato com a regulação médica, e viabilizar transporte da paciente;
5. Colocar a paciente em decúbito lateral esquerdo, mantendo aquecimento;
 - **Estar atento aos sinais de trabalho de parto!**

HEMORRAGIA PUERPERAL

A causa mais comum é a atonia/ hipotonia uterina no pós parto.

Conduta do socorrista:

1. Realizar o exame primário (sinais de choque circulatório);
2. Ofertar oxigênio de acordo com a saturação apresentada da paciente;
3. Aquecer a puérpera;
4. Colocar lençol limpo para estimar a perda de sangue;
5. Verificar os sinais vitais e anotar todos os dados apresentados;
6. Entrar em contato com a Regulação Médica, seguir orientações para transporte;
7. Avaliação continuada da paciente durante todo o transporte.

6. Observações

- A primeira hora após o parto é o período em que há maior risco de hemorragia na parturiente, sendo a HEMORRAGIA PÓS-PARTO a maior causa de mortalidade materna no mundo desenvolvido.
- As principais complicações são: hemorragia excessiva, apresentação anômala (pélvica ou membros, de ombro), prolapso de cordão e distócia de ombros (quando apenas a cabeça fetal saiu e os ombros ficam presos).
- **Não atrasar a regulação e transporte para realizar Avaliação Secundária nos casos anteriores!**

- A infusão de fluidos deve ser feita de maneira cautelosa. A não ser que a situação exija a permanência no local, não se justifica retardar o transporte ao hospital a fim de se obter o acesso venoso periférico. Não se recomenda a infusão agressiva de líquidos, já que tal conduta tem sido associada a consequências deletérias para a paciente, tais como: hemodiluição, diminuição dos fatores de coagulação, coagulopatias e rompimento de coágulos ativos. Considere a manutenção da pressão arterial sistólica de 90 mmHg em pacientes hipotensas.
- O Ringer Lactato é a solução de primeira escolha devido à sua composição ser mais semelhante ao plasma e servir como solução tampão, desejável na acidose metabólica. Em sua falta, o socorrista deve optar pela Solução Fisiológica 0,9%.
- Atentar para a segurança do neonato para o caso de posições diferentes da ginecológica.

7. Glossário

Puxos: vontade incontrolável de fazer força.

Puérpera: mulher que deu à luz há pouco tempo (até 42 dias pós parto).

Coroamento: a abertura vaginal ficará abaulada e o pólo cefálico da criança poderá ser visto. Último sinal antes que a cabeça e o resto da criança nasçam.

8 . Base legal e referencial

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2017.
- CBMDF. Manual de Atendimento Pré-Hospitalar. 2022.
- Tratado de Obstetrícia Febrasgo / Editores César Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá ; Coordenação Corintio Mariani Neto. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
- Sobieray NLEC, Souza BM. Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do complexo HC/UFPR. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo, São Paulo. 2019 Mai/Ago; 64(2): 93-9.
- Conheça as posições para exames, Enfermagem Florence, 2019. Disponível em: <https://enfermagemflorence.com.br/conheca-as-posicoes-para-exames/> Acesso em 19 de maio de 2021.
- Emergências Obstétricas e Trauma na Gestante, Manual de Atendimento Pré-Hospitalar-SIATE/CBPR, 19: 253-65.