

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

JAKSON RICARDO REIGO GOMES

**FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO INTER-HOSPITALAR DA GESTANTE NA
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Porto Alegre

2024

JAKSON RICARDO REIGO GOMES

**FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO INTER-HOSPITALAR DA GESTANTE NA
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Rafaela Scheffer

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a. Sandra Maria Cezar Leal

Porto Alegre

2024

G633f Gomes, Jakson Ricardo Reigo.
Fluxo para encaminhamento inter-hospitalar da gestante na rede de atenção à saúde / por Jakson Ricardo Reigo Gomes. – 2024.
83 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2024.
Orientadora: Dr^a. Rafaela Scheffer.
Co-orientadora: Dr^a. Sandra Maria Cezar Leal.

1. Fluxo de trabalho. 2. Encaminhamento e consulta.
3. Transferência de pacientes. 4. Enfermagem obstétrica.
5. Gestantes. I. Título.

CDU: 614.253.5:618.2

JAKSON RICARDO REIGO GOMES

**FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO INTER-HOSPITALAR DA GESTANTE NA
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Área de Concentração: Enfermagem
Linha de Atuação: Cuidado em Saúde

Aprovado em ___ de _____ de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Prof. Dr.
IES

Prof. Dr.
IES

Prof. Dr.
IES

Porto Alegre

2024

RESUMO

Introdução: O Brasil enfrenta desafios para garantir qualidade na assistência à gestante e ao feto, garantindo parto e puerpério saudável. A estruturação do serviço de saúde para assistência materna e neonatal encontra-se ainda precária nas cidades de pequeno porte, necessitando a implementação de um sistema de transporte materno eficaz e articulado entre os pontos de assistência. Por esse motivo, se faz necessária a criação de um fluxo assistencial, com critérios subsidiado por protocolos, para orientar os encaminhamentos das pacientes obstétricas, garantindo continuidade e qualidade na assistência prestada. **Objetivo:** Desenvolver um fluxo para o encaminhamento inter-hospitalar de pacientes obstétricas, atendidas na Rede de Atenção à Saúde (RAS), da Regional Santa Inês, na Região do Vale do Pindaré, no Maranhão. **Método:** Estudo metodológico, que foi desenvolvido em três etapas: 1) estudo documental, com objetivo de analisar a legislação vigente no Brasil, diretrizes, *guidelines* e protocolos assistenciais, buscando recomendações que pudessem subsidiar a construção do fluxo para o encaminhamento de pacientes obstétricas; 2) estudo descritivo, com os objetivos de mapear e descrever os serviços da RAS da Regional Santa Inês, que realizam o atendimento de pacientes obstétricas e sua capacidade instalada; e identificar recursos humanos, disponíveis e necessários, na RAS, para garantir um encaminhamento obstétrico adequado na Regional de Saúde em estudo; 3) construção do Fluxo de Encaminhamento inter-hospitalar de Pacientes Obstétricas, considerando os resultados das etapas anteriores. **Resultados:** Foi realizado o mapeamento e descrição dos serviços e recursos humanos que atendem gestantes na regional de Santa Inês-MA, destacando-se que há 13 municípios e que nenhum apresenta a estrutura adequada para o atendimento à gestante. Os 13 municípios totalizam 14 hospitais, dos quais dois são estaduais e 12 municipais, sendo sua maioria para atender risco habitual e somente 1 para atender gestante de alto risco. Em relação aos profissionais, nota-se que há 929, sendo a maioria enfermeiros generalistas (596). Foi realizada a análise das normativas vigentes no Brasil em relação ao fluxo de atendimento inter-hospitalar avaliando o atendimento à gestante, estrutura e recursos humanos para o encaminhamento obstétrico inter-hospitalar e classificação de risco. Após as devidas análises, apresenta-se: a Descrição dos fatores e dos critérios para a pontuação na Classificação de Risco da Gestante; o Fluxo para encaminhamento obstétrico inter-hospitalar, na Rede de Atenção à Saúde da Regional de Santa Inês, na região do Vale do Pindaré, no Maranhão; e a Ficha para o Encaminhamento obstétrico inter-hospitalar, nessa RAS. **Conclusão:** Ao adotar esse fluxo de encaminhamento da gestante as instituições de saúde conseguem padronizar o processo de encaminhamento inter-hospitalar, garantindo que as gestantes sejam direcionadas para o serviço mais adequado, de acordo com sua classificação de risco. Isso contribui para uma gestão mais eficiente dos recursos e uma melhor organização do sistema de saúde, promovendo um atendimento contínuo e de qualidade para todas as gestantes.

Descritores: Fluxo de Trabalho; Encaminhamento e Consulta; Transferência de Pacientes; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Introduction: Brazil faces challenges in ensuring quality care for pregnant women and fetuses, and therefore in guaranteeing a healthy delivery and postpartum period. The structuring of healthcare services for maternal and neonatal care remains precarious in small cities, necessitating the implementation of an effective maternal transport system that is well-coordinated across care points. For this reason, it is necessary to create a flow of care, with criteria subsidized by protocols, to guide the referral of obstetric patients, guaranteeing continuity and quality in the care provided. **Objective:** To develop a flow for the inter-hospital referral of obstetric patients treated in the Health Care Network (RAS) of Santa Inês Regional Office, in the Vale do Pindaré region of Maranhão. **Method:** This methodological study was conducted in three stages: (1) a documentary study to analyze current Brazilian legislation, guidelines, and care protocols, seeking recommendations to support the development of the flow for obstetric patient referrals; (2) a descriptive study aimed at mapping and describing the RAS services in Santa Inês region that attend obstetric patients, assessing their installed capacity, and identifying available and necessary human resources to ensure appropriate obstetric referrals in the regional health system; (3) construction of the inter-hospital Referral Flow for Obstetric Patients, taking into account the results of the previous stages. **Results:** Results: It was mapped and described the services and human resources that care for pregnant women in Santa Inês-MA region, highlighting that there are 13 municipalities and that none of them has the appropriate structure for caring for pregnant women. The 13 municipalities have 14 hospitals, two of which are state-run and 12 municipal, most equipped for low-risk care, with only one hospital handling high-risk pregnancies. In terms of professionals, there are 929, the majority of whom are generalist nurses (596). An analysis was made of the active regulations in Brazil in relation to the flow of inter-hospital care, evaluating care for pregnant women, structure and human resources for inter-hospital obstetric referral and risk classification. After these analysis, it is presented: the Description of the factors and criteria for scoring the Pregnant Woman's Risk Classification; the Flow for inter-hospital obstetric referral in Santa Inês Regional Health Care Network, in the Vale do Pindaré region of Maranhão; and the Form for inter-hospital obstetric referral in this RAS. **Conclusion:** By adopting this referral flow, healthcare institutions can standardize the inter-hospital referral process, ensuring that pregnant women are directed to the most appropriate service according to their risk classification. This contributes to more efficient resource management and improved healthcare system organization, promoting continuous and quality care for all pregnant women.

Keywords: Workflow; Referral and Consultation; Patient Transfer; Obstetric Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Óbitos mulheres em idade fértil por Município e Óbito investigado na região de Saúde de Santa Inês no ano de 2019	18
Quadro 2. Óbitos infantis por município de residência na Região de saúde de Santa Inês ano 2019.....	18
Quadro 3. Descrição da população dos municípios da Região de Saúde de Santa Inês, quanto ao número dos leitos obstétricos (cínico e cirúrgico) e o total de leitos obstétricos SUS, Pindaré/MA, 2024	30
Quadro 4. Distribuição dos profissionais da RAS de Santa Inês, quanto ao número de enfermeiros, enfermeiros obstetras, médicos e médicos obstetras.....	31
Quadro 5. Descrição dos documentos incluídos no estudo, quanto ao título, finalidade/objetivo, autor e ano de publicação.....	32
Quadro 6. Descrição das categorias e subcategorias que emergiram na análise dos documentos e publicações em estudo.	33
Quadro 7. Mapeamento das informações que constituíram a Categoria “Atendimento à gestante”, quanto ao documento e as subcategorias	35
Quadro 8. Mapeamento das informações que constituíram a categoria “Estrutura e recursos humanos para o encaminhamento obstétrico inter-hospitalar”, quanto ao documento e as subcategorias.....	36
Quadro 9. Fatores e condições que desencadeiam emergências obstétricas	41
Quadro 10. Descrição da Classificação de Risco Obstétrico quanto a pontuação ...	47
Quadro 11. Descrição dos fatores e dos critérios para a pontuação na Classificação de Risco da Gestante	49
Quadro 12. Ficha para o Encaminhamento obstétrico inter-hospitalar, na Rede de Atenção à Saúde da Regional de Santa Inês, na região do Vale do Pindaré, no Maranhão	57
Quadro 13. Mapeamento das informações que constituíram a categoria “Atendimento à gestante” e “Estrutura e recursos humanos para o encaminhamento obstétrico inter-hospitalar”, quanto ao documento e as subcategorias.	70
Quadro 14. Matriz de Síntese: descrição dos documentos quanto ao título, ano; informações sobre atendimento da gestante em trabalho de parto, gestante com intercorrências, situações clínicas que indicam necessidade de transferência, critérios de encaminhamento, condições adequadas das ambulâncias e do transporte,	

comunicação entre as equipes de saúde e dos recursos humanos e matérias da RAS
.....72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição dos 13 (treze) municípios da Regional de Saúde de Santa Inês, quanto a estrutura para o atendimento de gestantes e parturientes.	29
Tabela 2. Descrição dos 14 hospitais dos municípios da Regional de Saúde de Santa Inês, quanto a Classificação dos tipos de parto. Santa Inês/MA.....	30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxo para encaminhamento obstétrico inter-hospitalar, na Rede de Atenção à Saúde da Regional de Santa Inês, na região do Vale do Pindaré, no Maranhão ..56

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AH	Atenção Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde
CH	Carga Horária
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
ITU	Infecção do Trato Urinário
NR	Sistema de Governança
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAMI	Rede de Atenção Materno-infantil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
2.3 JUSTIFICATIVA	13
3 MARCO CONCEITUAL	16
3.1 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE MATERNO INFANTIL.....	16
3.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL.....	19
3.3 FLUXO DE ATENDIMENTO	21
4 MÉTODO	23
4.1 TIPO DE ESTUDO	23
4.2 CAMPO DE ESTUDO	23
4.3 PROTOCOLO DO ESTUDO	24
4.3.1 Etapa 1 - Estudo documental	24
4.3.2 Etapa 2 – Mapeamento dos Serviços da Rede de Saúde da Regional de Santa Inês	25
4.3.3 Etapa 3 - Desenvolvimento do Fluxo para o Encaminhando Inter-Hospitalar de Pacientes Obstétricas.....	26
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
6 MAPEAMENTO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E DOS RECURSOS HUMANOS QUE ATENDEM GESTANTES NA REGIONAL DE SANTA INÊS - MA	29
6.1 SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ATENDEM GESTANTES REGIONAL DE SANTA INÊS-MA	29
6.2 MAPEAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS QUE ATENDEM GESTANTES REGIONAL DE SANTA INÊS-MA	30
7 ANÁLISE DAS NORMATIVAS, LEGISLAÇÃO VIGENTE NO BRASIL, GUIDELINES, PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS QUE SUBSIDIARAM A CRIAÇÃO DO FLUXO DE ENCAMINHAMENTO INTER-HOSPITALAR DAS PACIENTES GESTANTES DA RAS EM ESTUDO	32
8 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS QUE EMERGIRAM NA ANÁLISE DOS RESULTADOS	37

8.1. CATEGORIA 1 – ATENDIMENTO À GESTANTE.....	37
8.1.1 Gestante em trabalho de parto.....	37
8.1.2 Gestante em emergência obstétrica.....	39
8.1.3 Critérios para o encaminhamento inter-hospitalar da gestante.....	43
8.2 CATEGORIA 2 – ESTRUTURA E RECURSOS HUMANOS PARA O ENCAMINHAMENTO INTER-HOSPITALAR DAS GESTANTES EM EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA.	44
8.2.1 Condições adequadas das ambulâncias e do transporte inter-hospitalar da gestante.....	44
8.2.2 Comunicação entre as equipes de saúde	45
8.2.3 Recursos humanos e materiais para o encaminhamento inter-hospitalar da gestante.....	45
8.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE	46
8.3.1 Estratificação de risco da gestante	46
8.3.2 Estrutura mínima da maternidade quanto a estratificação de risco	53
9 FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO INTER-HOSPITALAR DA GESTANTES ...	55
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA COLETA DOS DADOS DO ESTUDO DOCUMENTAL: MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS DA RAS E RECURSOS HUMANOS DA REGIONAL DE SANTA INÊS	66
APÊNDICE B – TERMO DE RESPONSABILIDADE DE USO DE DADOS	67
APÊNDICE C – TERMO DE CEDÊNCIA DE DADOS.....	68
APÊNDICE D - CARTA DE ANUÊNCIA.....	69
APÊNDICE E - MAPEAMENTO DAS INFORMAÇÕES E MATRIZ DE SÍNTESE ..	70

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a organização da assistência perinatal no Brasil melhorou de forma significativa a saúde de mulheres e crianças brasileiras. No entanto, ainda persistem muitos desafios para a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal (Victora *et al.*, 2011; Leal *et al.*, 2014). A implementação de um sistema de transporte materno eficaz e articulado entre os pontos de assistência à mulher e ao recém-nascido ainda é um problema para os municípios brasileiros (Brasil, 2011). Por esse motivo, faz-se necessário criação de fluxo inter-hospitalar com critérios e protocolos, para orientar os encaminhamentos das pacientes obstétricas, o transporte de uma gestante pode ocorrer por diversos motivos: transferência devido o trabalho de parto ou intercorrências clínicas da gestação com necessidade imediata de atendimento em local adequado para seu risco obstétrico.

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que pode apresentar, em qualquer momento, intercorrências devido a algum agravo prévio ou desencadeado pela gestação, que potencialmente podem oferecer risco para a mãe e/ou para o feto (COREN-MG, 2019).

O trabalho de parto é definido como o processo fisiológico caracterizado por uma sequência de contrações uterinas ritmadas e sucessivas produzindo um efeito mecânico capaz de mover o feto da cavidade uterina para o canal vaginal, até alcançar o meio exterior. De acordo com o Manual de Cuidados Intraparto, publicado pela Organização Mundial da Saúde - OMS (2018), as definições dos estágios do trabalho de parto se caracterizam como: primeiro estágio ou fase latente (colo até 5 cm) e fase ativa (colo >5cm de dilatação). A duração normal da fase latente não é exata e pode variar de acordo com cada mulher. Já a fase a ativa costuma não se prolongar mais que 12 horas em nulíparas e 10 horas em múltiparas (WHO, 2018). A observação e o monitoramento adequado do progresso do parto são importantes, pois permitem reconhecer em tempo hábil os desvios da normalidade que possam requerer alguma intervenção, assim como a transferência da parturiente para níveis mais complexos de assistência ou para a solicitação de assistência adicional (Brasil, 2017).

O transporte de uma mulher que esteja em trabalho de parto requer avaliação criteriosa por profissional habilitado, levando-se em consideração o estágio em que se encontra e o suporte/ assistência disponível para ela e o bebê no local onde estão.

Em relação à fase latente do trabalho de parto, se não houver nenhuma complicação iminente, a gestante pode ser transportada sem maiores riscos, pois, de modo geral, o momento do nascimento ainda não está próximo. Para as mulheres em trabalho de parto na fase ativa, é importante, antes de qualquer coisa, avaliar em qual período ela se encontra, o grau de dilatação, apagamento cervical, dinâmica uterina e bem-estar fetal, devendo, preferencialmente, não ser transportada neste período (no caso de transportes secundários) (Brasil, 2017).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 569/2000, de 1º de junho de 2000, criou normas a fim de evitar a peregrinação de gestantes em maternidades brasileiras e, conseqüentes, danos às mulheres e bebês, através de uma rede de cuidados perinatais organizada e com regulação dos casos em que a transferência é necessária (Brasil, 2000). Ressalte-se que para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) têm como responsabilidades (Brasil, 2000): a) atender a todas as gestantes que as procurem; b) garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem; c) estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente; e d) transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 569/2000, quando a gestante buscar atendimento em um nível de atenção que impossibilite a assistência adequada, e em condições favoráveis de transporte, ela deve ser transferida mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário. Para o transporte de uma mulher em trabalho de parto no primeiro período, é necessária uma avaliação obstétrica prévia e criteriosa da (dilatação, apagamento, posição, integralidade das membranas, dinâmica uterina, entre outros) que corrobore com a decisão de transferência. Essa definição deverá ser do profissional que assiste a mulher: enfermeiro, enfermeiro obstétrico, obstetriz ou médico. Para mulheres no segundo período do trabalho de parto, como mencionado acima, não é indicada a transferência (Brasil, 2017).

Diante do exposto, este estudo busca responder a seguinte questão de pesquisa: “Quais são as recomendações de documentos dos Ministério da Saúde, resoluções nacionais, diretrizes e *guidelines*, para compor fluxo para o encaminhamento inter-hospitalar de pacientes obstétricas, na Rede de Atenção à Saúde (RAS) da regional Santa Inês?”.

2 OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Os objetivos e a justificativa do estudo são apresentados a seguir.

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um fluxo para o encaminhamento inter-hospitalar de pacientes obstétricas, atendidas na Rede de Atenção à Saúde (RAS), da Regional Santa Inês, na Região do Vale do Pindaré, no Maranhão.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar normativas do Ministério da Saúde, Legislação vigente no Brasil, diretrizes, *guidelines* e protocolos assistenciais para subsidiar o desenvolvimento do fluxo de encaminhamento inter-hospitalar de pacientes obstétricas na RAS de Santa Inês, no Maranhão.

Mapear e descrever os serviços da RAS da Regional de Saúde Santa Inês, que realizam o atendimento de pacientes obstétricas e sua capacidade instalada.

Identificar recursos humanos disponíveis na RAS de Santa Inês e os necessários, para garantir um encaminhamento obstétrico adequado na Regional de Saúde.

Elaborar o Fluxo para o Encaminhamento Inter-hospitalar de Pacientes Obstétricas, atendidas na Regional de Saúde em estudo, utilizando método 5W2H, com uso desta ferramenta é possível a criação de fluxograma que contempla uma variedade maior de informações imprescindíveis a execução ou tarefa descrita (CHIAVENATO, 2007)

2.3 JUSTIFICATIVA

A organização da RAS é um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica do sistema de saúde, sendo mais eficaz tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. Reforça-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (Brasil, 2010).

É relevante que haja a construção de um fluxograma identificando os pontos de atenção em saúde no município/distrito/região/estado e suas respectivas competências. Além disso, destacar quais ações esses pontos desenvolvem (promoção, prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos), é de extrema importância para que os profissionais possam garantir a assistência continuada as gestantes, proporcionando um parto seguro (Brasil, 2014).

Justifica-se a necessidade de construir um fluxograma para garantir continuidade na assistência a gestante com necessidade de encaminhamento dentro da rede de assistência à saúde seja municipal, estadual e/ou federal haja vista a necessidade de atenção às gestantes na APS, quando se trata de pré-natal de risco habitual e da rede especializada no pré-natal de alto risco, além da atenção secundária no momento do parto, se parto de risco maternidade de alto risco. Ademais a existência de dificuldades vivenciadas no cenário do encaminhamento das gestantes e avaliando este cenário e sabendo da probabilidade de ocorrência das complicações (Brasil, 2012).

Para que as usuárias tenham possíveis garantias de assistência de qualidade, é necessário que seja implantado um fluxo de atendimento às gestantes para garantir segurança no parto. Além disso, isso visa assegurar que os profissionais saibam como agir e para onde se direcionar as usuárias nas situações que existam a necessidade de referenciar; bem como a necessidade de um cuidado especializado que a sua unidade de assistência à saúde de origem não tenha condições de ofertar. Dessa forma, esse fluxo tem o intuito de otimizar o tempo, realizar o transporte seguro e garantir a continuidade na assistência, podendo assim impactar nos índices de complicações e até mesmo óbitos maternos infantil. Outrossim, esse processo busca oportunizar a organização dos serviços da RAS da gestante e recém-nascido não sobrecarregando determinadas instituições. Além disso, não diminuir a oferta de serviços de outras unidades, pois com o fluxo instalado cada instituição terá sua responsabilidade para com a assistência e garantia de continuidade do cuidado ao público-alvo adscrito (Brasil, 2011).

A taxa de natalidade da região de saúde de Santa Inês é 16,34 nascimentos por cada mil habitantes, segundo o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Materno-infantil (RAMI) (Silva; Souza; Correia, 2021). Além disso, destaca-se que o encaminhamento inter-hospitalar obstétrico é uma estratégia para garantir a segurança da paciente e do feto durante o parto. Esse fluxo deve ser realizado de

forma eficiente e organizada para garantir o melhor resultado para mãe e bebê, sendo este o objetivo de todas as políticas públicas do Ministério da Saúde voltado para saúde materna fetal, justificando assim a importância da temática abordada neste estudo. Considera-se a possibilidade de implantação deste fluxo poderá contribuir para que a segurança do binômio mãe-filho seja garantida, principalmente, no período que envolve o trabalho de parto e o parto.

3 MARCO CONCEITUAL

O objetivo do encaminhamento inter-hospitalar obstétrico é garantir a assistência adequada para a paciente e o feto, principalmente, em casos em que o hospital de origem não possui recursos necessários para realizar o parto (COREN/MG, 2019).

É fundamental a interlocução entre os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, acordos para o funcionamento dos serviços e definição de atribuições e responsabilidades dos profissionais. Só assim será possível uma atenção integral que garanta a continuidade da assistência, otimizando recursos e provendo atenção resolutiva com potencial de redução da mortalidade por causas evitáveis e sequelas que podem comprometer a vida das crianças e suas famílias (Brasil, 2012c).

3.1 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE MATERNO INFANTIL

O Brasil experimentou um importante declínio em seu indicador, passando de 72,4 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2009 para 57,9 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2019. No entanto, observa-se uma grande discrepância entre as regiões brasileiras. No último ano citado, enquanto o Pará, na região Norte, e o Piauí, na região Nordeste, registraram a Razão da Mortalidade Materna (RMM) de 96,1 e 98,1 por 100 mil nascidos vivos, respectivamente, Santa Catarina, na região Sul, e o Distrito Federal, na região Centro-oeste, registraram RMM de 30,6 e 21,2 por 100 mil nascidos vivos, respectivamente (Brasil, 2019).

Em momentos de crise sanitária e, conseqüente, sobrecarga dos serviços de saúde, esses indicadores podem sofrer importantes efeitos. Durante a pandemia de COVID-19, estima-se que a RMM tenha alcançado cerca de 71,97 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2020 e 107 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 2021 (UNFPA, 2022). Um estudo que comparou o excesso de mortalidade materna nas regiões brasileiras, entre março de 2020 e maio de 2021, encontrou valores exorbitantes em todas as regiões (63%-89%). No entanto, o valor observado permaneceu sempre mais alto do que o esperado na região Norte, em todos os

trimestres avaliados, seguido da região Nordeste, alto em dois trimestres avaliados (Orellana *et al.*, 2022).

Desde 1990, vários países subsaarianos têm reduzido pela metade a mortalidade materna. Em outras regiões, como a Ásia e o Norte da África, os progressos têm sido ainda maiores. Entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna global (número de mortes maternas por cada 100 mil nascidos vivos) diminuiu apenas 2,3% ao ano. No entanto, a partir de 2000, observou-se uma aceleração nessa redução. Em alguns países, as reduções anuais de mortalidade materna entre 2000 e 2010 foram superiores a 5,5%. Entre 1990 e 2015, a mortalidade materna no mundo caiu cerca de 44%. De 2016 e 2030, como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta é reduzir a taxa global de mortalidade materna para menos de 70 por cada 100 mil nascidos vivos (OPAS, 2018).

Em 8 de março de 2023 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), juntamente com outras agências e parceiros das Nações Unidas, lançou uma campanha para incentivar os países da América Latina e do Caribe a reduzir a mortalidade materna, que aumentou em 15% entre 2016 e 2020 (WHO, 2023).

A OMS estimou que, em 2017, 295 mil mulheres morreram no mundo por causas relacionadas à gestação, sendo 94% dessas mortes oriundas de locais com poucos recursos, e, em sua maioria, evitáveis (OMS, 2022). De acordo com a OMS (2017), mais de 800 mulheres morrem no planeta a cada dia devido a complicações na gestação ou no parto. 99% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. A maioria dos óbitos fetais ocorre nas últimas semanas de gestação.

Dados preliminares do Observatório Obstétrico Brasileiro apontam que o país teve 1.252 mortes maternas em 2022, o que significa um índice de 50,6 óbitos a cada 100 mil partos (Lemos, 2023).

No Brasil, o índice de mortalidade materno-infantil é um problema grave. Segundo o relatório mais recente publicado pelo Ministério da Saúde, em 2019, a taxa de mortalidade materna foi de 54,9 por 100 mil nascidos vivos, enquanto a taxa de mortalidade infantil foi de 11,9 por mil nascidos vivos (Brasil, 2021). De forma semelhante, no Maranhão, as causas obstétricas diretas também são as que mais causam mortes maternas, representando cerca de 67,9% das mortes de 2006 a 2017 (Rodrigues; Cavalcante; Viana, 2019). Uma vez que a morte materna por razões

obstétricas diretas são as mais evitáveis, este achado é importante, pois reflete a qualidade da assistência prestada à mulher e, principalmente, a qualidade da cobertura de pré-natal, sendo o Nordeste a região com a pior prevalência de adequação do pré-natal, considerando início e número mínimo de consultas (Leal *et al.*, 2020).

A maior quantidade de mortes maternas se concentra em São Luís e Imperatriz pode ser justificada pela quantidade populacional dessas cidades, sendo a capital São Luís, a cidade mais populosa, e Imperatriz, o segundo município mais populoso do estado maranhense (Simili *et al.*, 2022). É importante ressaltar que assim como Caxias e Santa Inês, essas cidades funcionam como polos regionais em saúde, atendendo a população dos municípios vizinhos, inclusive no que se refere saúde Materna (quadro 1 e 2).

Quadro 1. Óbitos mulheres em idade fértil por Município e óbito investigado na região de saúde de Santa Inês no ano de 2019

Municípios	Óbito investigado, com ficha síntese informada	Óbito investigado, sem ficha síntese informada	Óbito não investigado	Total
Sao Joao do Caru	2	1	1	4
Igarapé do Meio	6	-	-	6
Governador Newton Bello	3	-	-	3
Bela Vista Do Maranhão	4	-	-	4
Alto Alegre Do Pindaré	3	-	-	3
Pindaré-Mirim	7	1	6	14
Pio XII	6	-	-	6
Santa Inês	32	-	-	32
Tufilândia	2	-	-	2
Monção	7	1	-	8
Bom Jardim	14	-	-	14
Santa Luzia	25	-	3	28
TOTAL	111	3	10	124

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2021). Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica: situação de saúde - indicadores de mortalidade por localização. Brasília: Ministério da Saúde, 2021

Quadro 2. Óbitos infantis por município de residência na Região de saúde de Santa Inês ano 2019

Município	Total de óbitos
-----------	-----------------

São Joao do Carú	8
Igarapé do Meio	6
Governador Newton Belo	1
Bela Vista do Maranhão	1
Alto Alegre do Pindaré	5
Pindaré Mirim	4
Pio XII	2
Santa Inês	17
Satubinha	1
Monção	8
Bom Jardim	6
Santa Luzia	21
TOTAL	80

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2021). Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica: situação de saúde - indicadores de mortalidade por localização. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que a assistência pré-natal seja iniciada, de preferência, até a 12^a semana de gestação; garanta a prestação de, no mínimo, seis consultas de pré-natal; ofereça imunização antitetânica e para hepatite B; e promova a vinculação da gestante ao local do parto, bem como a conscientização sobre o aleitamento materno, protagonizando assim um parto e puerpério saudável (Brasil, 2021).

A implementação de programas e políticas no país, como a Rede Cegonha, implantada em 2011, associada ao fortalecimento da rede de alta complexidade, garante um aumento no acompanhamento pré-natal com redução expressiva da mortalidade neonatal evitável (Lima *et al.*, 2020). A implementação de políticas e programas de saúde pública voltados para a melhoria da assistência pré-natal no país, demonstra a importância de oferecer uma assistência de qualidade, com vista a promover uma saúde integral, especialmente, para mulheres em risco de vulnerabilidade (Pereira *et al.*, 2022).

3.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL

A Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do SUS a Rede

Cegonha (Brasil, 2011). O Art. 4º determina que a Rede Cegonha deve ser organizada visando possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da RAS em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes (Brasil, 2011, p. 2):

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

O Art.07 da Portaria Nº 1.459/2011 no componente V estabelece os critérios para o sistema logístico quanto ao transporte sanitário e regulação (Brasil, 2011, p. 3):

a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;

b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e

c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames);

§ 1º Os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ- NATAL desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

§ 2º Os Municípios mencionados no parágrafo § 1º deverão garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto.

Em 2022 foi publicada a Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022, que instituiu a RAMI. No Art. 1º ficou instituída, no âmbito do SUS, a RAMI que consiste em assegurar (Brasil, 2022, p. 1):

I - à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e II - ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

O Art. 6º da Portaria GM/MS Nº 715/22, determina que a RAMI deve ser constituída da pelos seguintes componentes (Brasil, 2022, p. 2):

- I - Componente I - Atenção Primária à Saúde (APS);
- II - Componente II - Atenção Ambulatorial Especializada (AAE);
- III - Componente III - Atenção Hospitalar (AH);
- IV - Componente IV - Sistemas de Apoio;
- V - Componente V - Sistemas Logísticos; e
- VI - Componente VI - Sistema de Governança (NR).

A RAMI determina que o estabelecimento de estratégias de articulação e de comunicação efetivas, entre os pontos de atenção responsáveis pela realização do parto e do nascimento, com ênfase na vinculação das gestantes às maternidades de referência para gestação de alto risco (Brasil, 2022).

O Art. 11 aborda sobre o Componente V - Sistemas Logísticos, que “é responsável por produzir soluções em saúde, com base nas tecnologias da informação e comunicação e relacionadas ao conceito de integração vertical” (Brasil, 2022, p. 8). E, no Parágrafo único determina que o sistema logístico deverá dispor de:

- I - sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários;
- II - sistema de centrais de regulação dos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares;
- III - sistema de registro eletrônico em saúde; e
- IV - sistema de transporte sanitário e transporte regulado de urgência para acompanhamento longitudinal nos serviços de atenção a gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças, nas situações de intercorrências clínicas, cirúrgicas, obstétricas e neonatais.

As portarias ministeriais que instituem a Rede Cegonha e RAMI destacam a importância do diálogo, organização de transporte e referência especializado dos casos de maior complexidade, demonstrando a necessidade da implantação de uma rede de assistência com garantia dos cuidados qualificados a gestante e ao recém-nascido.

3.3 FLUXO DE ATENDIMENTO

Ao instituir um fluxo de atendimento à gestante devem ser incluídas as unidades de assistência à saúde, desde o pré-natal até o puerpério, instituindo todas as possíveis estratégias de atendimentos necessárias para garantir a assistência à gestante e recém-nascido.

Para que o transporte hospitalar da gestante ou puérpera seja realizado com

sucesso é necessária uma criteriosa avaliação do seu quadro clínico, uma equipe preparada, com todo o material necessário para o correto manuseio durante o transporte, e um sistema de comunicação pessoal adequado. A equipe deve ser qualificada e com habilidade de modo que não ponha em risco a segurança do paciente, realizando um transporte seguro no âmbito intra e inter-hospitalar (COREN/SP, 2011).

As ocorrências de morte materna, fetal e infantil estão, em grande parte, relacionadas a complicações das morbidades preexistentes ou identificadas durante a gestação. Assim, a equipe de saúde deve estar atenta e pronta para identificar precocemente os sinais e sintomas dessas complicações, e estabelecer a conduta adequada. Isso inclui a valorização das queixas apresentadas pela gestante, mesmo que aparentemente não tenham repercussão clínica, e a vigilância redobrada para as mulheres com maior vulnerabilidade e menor capacidade de percepção da própria situação de saúde (Brasil, 2019).

A RAS deve garantir uma estrutura operacional composta por pontos de atenção, serviços de apoio e logísticos, com capacidade operacional para responder à necessidade de saúde da população-alvo; equipe multiprofissional competente para o manejo dos usuários, em coerência com as evidências das diretrizes clínicas; fluxos e contrafluxos em tempos oportunos; processos de vigilância e cuidado qualificados; NR capaz de monitorar, avaliar e aprimorar continuamente a resposta oferecida à população (Brasil, 2019).

O período final da gestação, com relação à data provável do parto, deve ter monitoramento mais intenso. O estrato de risco, o risco de prematuridade, a distância e tempo de deslocamento até a maternidade de referência, as condições de transporte e as particularidades do plano de parto definem a necessidade de transferência da gestante para a Casa da Gestante ou local similar de hospedagem próximo à maternidade, previamente ao início do trabalho de parto (Brasil, 2019).

É importante a pactuação prévia com as maternidades de referência, para promover o acolhimento e diálogo com as gestantes. Bem como, considerar as condições para uma resposta adequada, como a organização do local de assistência, as limitações (físicas e recursos) relativas à unidade, e a disponibilidade de certos métodos e técnicas (Brasil, 2019).

4 MÉTODO

A seguir apresenta-se a descrição do método deste estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo metodológico (Mantovani *et al.*, 2018), para desenvolver o Fluxo de Encaminhamento Inter-hospitalar de Pacientes Obstétricas, da Regional de Saúde de Santa Inês-MA, desenvolvido em três etapas: 1) estudo documental com objetivo de analisar a legislação vigente no Brasil, diretrizes, *guidelines* e protocolos assistenciais, buscando recomendações que possam subsidiar a construção de fluxo da RAS, para o encaminhamento de pacientes obstétricas; 2) estudo descritivo com os objetivos: mapear e descrever os serviços da RAS da Regional Santa Inês, que realizam o atendimento de pacientes obstétricas e sua capacidade instalada; Identificar recursos humanos disponíveis na RAS em e os necessários, para garantir um encaminhamento obstétrico adequado na Regional de Saúde em estudo; 3) construção do Fluxo de Encaminhamento inter-hospitalar de Pacientes Obstétricas, considerando os resultados das etapas anteriores.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O cenário do estudo é a RAS da Regional de Saúde de Santa Inês, na região do vale do Pindaré que está localizado na região noroeste do estado do Maranhão, Nordeste, Brasil. Esta área abrange, principalmente, os municípios de Santa Inês, Pindaré-Mirim, Monção, Igarapé do Meio, Tufilândia, Bela Vista do Maranhão, Bom Jardim, Governador Newton Bello, Pio XII, Satubinha, Santa Luzia do Tide, São João do Carú, Alto Alegre do Pindaré, todos os outros municípios são de pequeno porte mantendo a estrutura mínima do atendimento com unidades básicas de saúde e hospitais gerais com pouca estrutura de atendimento obstétrico especializado.

Enquanto, Santa Inês é um município de médio porte, onde se encontra uma estrutura de saúde mais organizada com policlínica, que faz ambulatório de pré-natal

de alto risco com exames mais especializados, além de dois hospitais com centros obstétricos. O Hospital Municipal de Santa Inês (porta aberta) e o Hospital Estadual Macrorregional Tomaz Martins (sistema de regulação) são os hospitais de referência na área, sendo que este último apresenta uma estrutura mais abrangente com Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTIN), geralmente, esses hospitais são as portas de entrada dessas gestantes encaminhada de outros municípios.

4.3 PROTOCOLO DO ESTUDO

A seguir apresenta-se a descrição de cada uma das etapas deste estudo.

4.3.1 Etapa 1 - Estudo documental

Foi realizado estudo documental para subsidiar o desenvolvimento do fluxo de encaminhamento inter-hospitalar de pacientes obstétricas na RAS em estudo.

Os seguintes descritores foram utilizados para orientar a pesquisa e coleta de dados: “Encaminhamento de Pacientes”; “Transporte de Pacientes”; “Saúde Materna”; “Cuidados Obstétricos”; “Rede de Atenção à Saúde (RAS)” e “Fluxo Inter-Hospitalar”. A pesquisa foi conduzida em várias bases de dados científicos e institucionais para garantir uma revisão abrangente da literatura e das práticas existentes como PubMed, para artigos científicos sobre práticas de encaminhamento obstétrico e inter-hospitalar, SciELO, para estudos regionais e nacionais relevantes ao contexto brasileiro, LILACS e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), para acesso a documentos técnicos e relatórios de saúde pública e documentos da própria Regional de Saúde que contam em seus acervos como a RAMI 2021.

A estratégia de busca combinou termos específicos e booleanos para maximizar a relevância e a abrangência dos resultados como: "encaminhamento de pacientes obstétricas" E "inter-hospitalar"; "fluxo de pacientes" E "rede de atenção à saúde" E "Santa Inês"; "transporte de pacientes obstétricas" E "eficiência" e "cuidados obstétricos" E "políticas de saúde" E "Brasil". Foram incluídos normativas do Ministério da Saúde, Legislação vigente no Brasil, diretrizes, *guidelines* e protocolos assistenciais sobre o atendimento obstétrico e documentos, artigos de pesquisa, portarias, revisões sistemáticas, relatórios técnicos, com idioma em português, inglês e espanhol dos últimos 10 anos. Foram excluídos os que não estavam relacionados encaminhamento inter-hospitalar de pacientes obstétricas.

A coleta de dados para o desenvolvimento do fluxo de encaminhamento inter-hospitalar de pacientes obstétricas em Santa Inês, Maranhão, foi uma etapa fundamental que envolveu múltiplas fontes e métodos. Análise documental, observações diretas e pesquisa em bases de dados permitiu uma compreensão abrangente das necessidades, desafios e oportunidades para a melhoria do sistema de encaminhamento

Análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo (Bardin, 2009).

4.3.2 Etapa 2 – Mapeamento dos Serviços da Rede de Saúde da Regional de Santa Inês

Nesta etapa foi realizado estudo documental, junto a Regional de Santa Inês, para mapear e descrever os serviços da RAS da Regional de Saúde Santa Inês, que realizam o atendimento de pacientes obstétricas e sua capacidade instalada.

Foram considerada as variáveis no contexto de avaliação e análise do funcionamento da RAS na região de saúde de Santa Inês. São informações relevantes para compreender a capacidade e disponibilidade dos serviços de saúde, especialmente, em relação ao atendimento obstétrico e de cuidados intensivos neonatais e adultos, como número de unidades de saúde, número de leitos obstétricos clínicos e cirúrgicos, números de leitos de UTI neonatal e adulta tipo II, entre outras informações relevantes para o entendimento do funcionamento da RAS na região.

Além dessas variáveis, existem outras informações relevantes para entender o funcionamento da RAS, como a presença de profissionais de saúde especializados, disponibilidade de equipamentos médicos e tecnológicos entre os serviços de saúde, entre outras.

A coleta dos dados foi realizada no Servido de Documentação da Regional. Para mapear os serviços foi realizada pesquisa na Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) e na Programação Pactuada Integrada (PPI).

Também foi realizada pesquisa no Tabnet e no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES), para identificar os recursos humanos disponíveis na RAS, relacionados com o quantitativo dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento e encaminhamento obstétrico.

Foi utilizado um roteiro para o registro dos dados coletados (Apêndice A), incluindo informações da RAMI e a PPI Regional de Santa Inês, relacionados com o encaminhamento inter-hospitalar de Pacientes Obstétricas; recursos humanos

disponíveis na RAS relacionados com encaminhamento inter-hospitalar de Pacientes Obstétricas. Foram excluídos: os documentos da RAMI anteriores a 2023; e as informações da RAS anteriores a 2024, essa exclusão visa garantir a qualidade e a relevância das informações disponíveis, contribuindo para uma melhor tomada de decisões e para a segurança dos dados.

Análise dos dados foi por meio da estatística descritiva.

4.3.3 Etapa 3 - Desenvolvimento do Fluxo para o Encaminhando Inter-Hospitalar de Pacientes Obstétricas

O desenvolvimento do Fluxo para Encaminhamento inter-hospitalar de Pacientes Obstétricas, na RAS da Regional de Saúde de Santa Inês/MA, foi desenvolvido considerando os resultados das etapas anteriores deste estudo. Importante destacar que no processo para a elaboração deste fluxo, foram consideradas as características específicas da região.

Para a construção do Fluxo de Encaminhamento inter-hospitalar de pacientes obstétricas de cidades de pequeno porte, para cidades de médio porte foram seguidos os seguintes passos (BRASIL, 2002):

- a) **Passo1 - Identificação das cidades envolvidas:** inicialmente, foi necessário identificar as cidades de pequeno porte que não possuem recursos suficientes para atender casos obstétricos de maior complexidade e a cidade de médio porte, no caso a de Santa Inês, se possuem estrutura adequada para receber essas pacientes obstétricas e neonatos.
- b) **Passo 2 – Definição dos critérios de encaminhamento:** importante estabelecer critérios claros para encaminhar as pacientes obstétricas de cidades de pequeno porte da Regional de Santa Inês no Vale do Pindaré para cidade polo, no caso Santa Inês. Esses critérios podem incluir a gravidade do caso, a necessidade de recursos específicos que não estão disponíveis na cidade de origem, a gestação de alto risco ou a falta de vagas ou estrutura necessária para o atendimento da gestante ou feto na cidade polo, podendo a cidade polo orientar o encaminhamento e transporte seguro para centros com maior capacidade de atendimento e resolução.
- c) **Passo 3 – Definição dos critérios para o transporte da gestante por ambulância:** é necessário garantir um meio de transporte adequado para a transferência das pacientes obstétricas, seja por ambulância ou outro meio de transporte específico. Esses veículos devem estar equipados com os recursos

necessários para garantir a segurança e o conforto das pacientes durante o seu deslocamento até a unidade de referência.

- d) **Passo 4 – Comunicação entre as equipes de saúde:** é importante uma comunicação eficiente entre as equipes de saúde dos hospitais de origem e de destino. Essa comunicação deve incluir o envio de informações e histórico clínico das pacientes, possibilitando a continuidade do cuidado e a melhor assistência possível.
- e) **Passo 5 – Avaliação e acompanhamento do processo:** Ficou estabelecido o prazo semestral, pois é importante realizar avaliações do fluxo assistencial de encaminhamento inter-hospitalar para identificar possíveis pontos de melhoria e garantir a efetividade do sistema. O acompanhamento das pacientes depois do encaminhamento também é fundamental para avaliar os resultados e a qualidade do cuidado recebido na unidade de origem.

Neste estudo foi realizado o primeiro passo “Identificação das cidades envolvidas no atendimento às pacientes obstétricas”, na região em estudo. E também a definição dos critérios de encaminhamento (passo 2); A definição de critérios para transporte de gestante por ambulância (passo 3); e comunicação entre as equipes de saúde (passo 4); a avaliação e acompanhamento do processo como o (passo 5).

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A realização da pesquisa atendeu as diretrizes e normas das Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018 (BRASIL 2012b; 2016 e 2018).

A coleta dos dados foi mediante acesso a documentos junto a Regional de Santa Inês e foram seguidas as normas e registros institucionais para fins exclusivos da referida pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi substituído pelo Termo de Responsabilidade de uso de dados (Apêndice B). Também foi apresentado o Termo de Cedência de Dados (Apêndice C) e a Carta de Anuência (Apêndice D)

Os riscos deste estudo são mínimos, os quais estão relacionados com possibilidade de identificação das usuárias, dos profissionais responsáveis pelos registros e de informações confidenciais dos serviços. As medidas protetivas consistem no comprometimento do pesquisador em manter a confiabilidade das referidas informações e a garantindo do anonimato das usuárias e dos profissionais de saúde envolvidos nos registros.

Os benefícios da pesquisa consistem na possibilidade dos resultados deste estudo contribuir para a qualificação dos atendimentos obstétricos realizados pelos municípios que compõe a Regional de Saúde de Santa Inês/MA.

6 MAPEAMENTO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E DOS RECURSOS HUMANOS QUE ATENDEM GESTANTES NA REGIONAL DE SANTA INÊS - MA

O mapeamento e descrição dos serviços e dos recursos humanos que atendem gestantes na Regional de Santa Inês é apresentado a seguir.

6.1 SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ATENDEM GESTANTES NA REGIONAL DE SANTA INÊS-MA

A Regional de Saúde Santa Inês/MA é constituída por 13 municípios: todos realizam atendimento a pacientes obstétricas. Todos têm leitos obstétricos, com estrutura para realizar os exames laboratoriais e de imagem, que são preconizados no pré-natal e parto (Quadro 3). Também, realizam a estratificação da gestante no pré-natal de risco habitual.

Entretanto, existe desigualdade de estrutura, para o atendimento à gestante, principalmente, quanto ao número de municípios com: leitos UTI Adulto tipo II; UTI Neonatal Tipo II; existência de critérios utilizados para o encaminhamento de gestantes para serviços de alto risco. Além disso, 100% dos municípios não têm estrutura adequada (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição dos 13 (treze) municípios da Regional de Saúde de Santa Inês, quanto a estrutura para o atendimento de gestantes e parturientes.

Variáveis	N	%
O município dispõe de hospital?	13	100
Existem leitos Obstétrico Clínicos?	13	100
O município dispõe de exames laboratoriais e de imagem que são preconizados no pré-natal e parto?	13	100
O município realiza estratificação da gestante no pré-natal de risco habitual?	13	100
Existem leitos Obstétrico Cirúrgicos?	09	69,2
Existem leitos UTI Adulto tipo II?	01	7,7
Existem UTI Neonatal Tipo II?	01	7,7
Existem algum critério utilizado para encaminhamento de pacientes para serviços de alto risco?	01	7,7
No município existe algum ambulatório de pré-natal alto risco?	01	7,7
Existem estruturada de referência e contra-referência para atendimento obstétrico?	0	0

Fonte: elaborada pelo autor

Os 13 municípios, totalizam 14 hospitais, dos quais dois são estaduais e 12 municipais. A maioria está estruturada para atender gestantes com Risco Habitual e somente um hospital (estadual) atende gestantes de alto risco. A descrição dos hospitais quanto a Classificação de Risco é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Descrição dos 14 hospitais dos municípios da Regional de Saúde de Santa Inês, quanto a Classificação dos tipos de parto. Santa Inês/MA

Classificação de Risco	N	%
Habitual	12	85,7
Médio	1	7,15
Alto	1	7,15
TOTAL	14	100%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES (2024)

Quadro 3. Descrição da população dos municípios da Região de Saúde de Santa Inês, quanto ao número dos leitos obstétricos (clínico e cirúrgico) e o total de leitos obstétricos SUS, Pindaré/MA, 2024

População do município (IBGE, 2019)	leitos Obstétrico Clínicos	leitos Obstétrico Cirúrgicos	Total leitos Obstétricos
89.044	24	23	256
72.667	08	08	90
41.630	04	04	36
33.434	15	0	46
32.941	06	0	41
31.919	04	02	36
21.485	03	06	35
15.808	05	0	35
14.177	04	02	37
13.914	06	0	28
11.209	01	01	20
10.180	02	01	19
5.840	02	01	19
360.408	84	48	698

Fonte: IBGE (2019); Silva; Souza; Correia (2021).

6.2 MAPEAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS QUE ATENDEM GESTANTES REGIONAL DE SANTA INÊS-MA

Este capítulo aborda o mapeamento dos recursos humanos que atuam no atendimento de gestantes/parturientes nos 14 hospitais dos 13 municípios da Regional de Saúde Santa Inês/MA.

Na Regional de Saúde de Santa Inês, é fundamental identificar os recursos humanos disponíveis para garantir um encaminhamento obstétrico inter-hospitalar

adequado, incluir a contratação de mais médicos obstetras, enfermeiros obstetras, pois como foi constatado na pesquisa, há uma carência desses dois profissionais em todos os 13 municípios (Quadro 4). Isso significa ter uma equipe qualificada em número suficiente para atender às demandas das gestantes da região. É importante contar com médicos obstetras, enfermeiros obstétricos, enfermeiros, estes profissionais de saúde devem estar capacitados para realizar o parto e pós-parto de forma segura e humanizada. É essencial que esses profissionais estejam atualizados com as diretrizes, manuais e protocolos de atendimento obstétrico, garantindo assim a qualidade do cuidado prestado às gestantes e saber lidar com possíveis complicações durante o parto.

Quadro 4. Distribuição dos profissionais da RAS de Santa Inês, quanto ao número de enfermeiros, enfermeiros obstetras, médicos e médicos obstetras.

Profissionais	N
Enfermeiros	596
Enfermeiros Obstetras	04
Médicos	301
Médicos obstetras	28

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2024)

7 ANÁLISE DAS NORMATIVAS, LEGISLAÇÃO VIGENTE NO BRASIL, GUIDELINES, PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS QUE SUBSIDIARAM A CRIAÇÃO DO FLUXO DE ENCAMINHAMENTO INTER-HOSPITALAR DAS PACIENTES GESTANTES DA RAS EM ESTUDO

Neste capítulo são apresentados os resultados da análise das normativas do Ministério da Saúde, Legislação vigente no Brasil, diretrizes, *guidelines* e protocolos assistenciais para subsidiar o desenvolvimento do fluxo de encaminhamento inter-hospitalar de pacientes obstétricas na RAS de Santa Inês.

Foram incluídos quinze documentos: sendo quatro portarias, duas diretrizes, três manuais, dois guias, uma norma técnica e três protocolos. A descrição dos documentos é apresentada no Quadro 5.

Quadro 5. Descrição dos documentos incluídos no estudo, quanto ao título, finalidade/objetivo, autor e ano de publicação.

N	Título	Finalidade/Objetivo	Autor (ano)
1	Portaria 715/2022	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami).	Brasil (2022)
2	Portaria 353/2017	Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.	Brasil (2017a)
3	Portaria 11/2015	Implantação das Casas de Parto	Brasil (2015)
4	Portaria 569/2000	Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde	Brasil (2000)
5	Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal	Sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas na assistência ao parto e ao nascimento, fornecendo recomendações para o melhor cuidado na assistência ao parto normal.	Brasil (2022b)
6	Diretrizes assistenciais e legais para a prática profissional de obstetrixes nos serviços de saúde USP- 2021	Neste documento apresenta-se o conjunto de atividades assistenciais para a prática profissional de OBSTETRIZES nos serviços de saúde. Importante destacar que tais atividades são baseadas no documento de orientação da prática clínica de OBSTETRIZES formulado pela Confederação Internacional de Obstetrixes - <i>International Confederation of Midwives</i> – ICM (ICM, 2019)	USP (2021)
7	Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrixia	Esse Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrixia é mais uma iniciativa do Ministério da Saúde para apoiar as Redes de Atenção à Saúde visando à ampliação do acesso e qualificação do cuidado, com foco nas maternidades e serviços de obstetrixia do Brasil	Brasil (2017)
8	Manual de gestação de alto risco	Vem a lume a 1ª edição do Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde do Brasil. Essa obra, que, pela qualidade de suas informações, mais se assemelha a um tratado da especialidade, vem	Brasil (2022)

		atualizar a edição anterior, lançada há uma década e intitulada <i>Gestação de Alto Risco: Manual Técnico (5ª Edição)</i> .	
9	Manual de Orientações Quanto a Competência Técnico-científica, Ético-Legal da Equipe de Enfermagem nas Diversas Modalidades de Transporte em Saúde		COREN-MG (2019)
10	Transporte Intra e Inter-Hospitalar de Gestantes e Puérperas	Protocolo de Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro	UFRJ (2015)
11	Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde	Guia	Brasil (2014)
12	Nota Técnica para Organização da Rede de atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária a Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puérpera	Nota Técnica	Hospital Israelita Albert Einstein; Brasil (2019)
13	Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Protocolo	SES-DF (2024)
14	Protocolo de Vinculação da Gestante	Protocolo	(Oliveira; Silva, 2017)

Fonte: elaborada pelo autor

A análise dos documentos gerou duas categorias: 1) atendimento à gestante; 2) estrutura e recursos humanos para o encaminhamento obstétrico inter-hospitalar. As quais foram constituídas por sub-categorias apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6. Descrição das categorias e subcategorias que emergiram na análise dos documentos e publicações em estudo.

Categorias	Sub-categorias
Atendimento à gestante	<ul style="list-style-type: none"> - Gestante em trabalho de parto - Gestante em emergência obstétrica gestante - Critérios para o encaminhamento inter-hospitalar da gestante
Estrutura e recursos humanos para o encaminhamento obstétrico inter-hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Condições adequadas das ambulâncias e do transporte inter-hospitalar da gestante em situação de emergência obstétrica - Comunicação entre as equipes de saúde. - Recursos Humanos e Materiais para o encaminhamento inter-hospitalar

Classificação de Risco	- Estratificação de Risco da Gestante - Estrutura mínima da maternidade quanto a estratificação de risco
------------------------	---

Fonte: elaborada pelo autor

Realizou-se o Mapeamento das informações que constituíram a Categoria “Atendimento à gestante” e “Estrutura e recursos humanos para o encaminhamento obstétrico inter-hospitalar”, de acordo com as informações que constam nos documentos/publicações referentes cada a categoria e suas subcategorias (Quadro 7 e 8).

Quadro 7. Mapeamento das informações que constituíram a Categoria “Atendimento à gestante”, quanto ao documento e as subcategorias

Categoria – Atendimento à gestante em trabalho de parto e critérios de encaminhamento inter-hospitalar			
Documento: Título, autor e ano	Subcategorias		
	Gestante em trabalho de parto	Gestante em emergências obstétricas	Crítérios para o encaminhamento inter-hospitalar da gestante
Portaria 11/2015, implantação das Casas de Parto (Brasil, 2015)	-	-	X
Portaria 353/2017, aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (Brasil, 2017a)	X	X	-
Portaria 569/2000, institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2000)	X	-	-
Portaria GM/MS 715/2022a, Portaria que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) (Brasil, 2022a)	-	-	-
Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, Ministério da Saúde Versão Preliminar (Brasil, 2022b).	X	X	X
Diretrizes assistenciais e legais para a prática profissional de obstetras nos serviços de saúde (USP, 2021).	X	X	-
Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (Brasil, 2017b)	X	X	-
Manual de gestação de alto risco (Brasil, 2022c).	X	X	-
Manual de orientações quanto a competência técnico científica, ético-legal da equipe de enfermagem nas diversas modalidades de transporte em saúde (COREN-MG, 2019)	X	-	-
Transporte intra e inter-hospitalar de gestantes e puérperas (UFRJ, 2015)	-	-	-
Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde (Brasil, 2014).	X	X	-
Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério (Brasil, 2019).	X	X	-
Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF, 2024)	X	X	-
Protocolo de Vinculação da Gestante, Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Oliveira; Silva, 2017)	X	X	X

Quadro 8. Mapeamento das informações que constituíram a categoria “Estrutura e recursos humanos para o encaminhamento obstétrico inter-hospitalar”, quanto ao documento e as subcategorias.

Categoria “Estrutura e recursos humanos para o encaminhamento obstétrico inter-hospitalar”			
Documento: Título, autor e ano	Sub-categorias		
	Condições adequadas das ambulâncias e do transporte inter-hospitalar da gestante em emergência obstétrica	Comunicação entre as equipes de saúde	Recursos Humanos e Materiais para o encaminhamento inter-hospitalar
Portaria 11/2015, implantação das Casas de Parto (Brasil, 2015).	X	X	X
Portaria 353/2017, aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (Brasil, 2017a).	-	-	-
Portaria 569/2000, institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Unico de Saúde (Brasil, 2000).	-	-	-
Portaria GM/MS 715/2022, Portaria que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) (Brasil, 2022a).	-	X	-
Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, Ministério da Saúde Versão Preliminar (Brasil, 2022b).	-	X	-
Diretrizes assistenciais e legais para a prática profissional de obstetras nos serviços de saúde (USP, 2021).	-	X	-
Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (Brasil, 2017b).	X	X	-
Manual de gestação de alto risco (Brasil, 2022c).	-	-	-
Manual de orientações quanto a competência técnico científica, ético-legal da equipe de enfermagem nas diversas modalidades de transporte em saúde (COREN-MG, 2019).	-	X	-
Transporte intra e inter-hospitalar de gestantes e puérperas (UFRJ, 2015).	-	-	X
Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde (Brasil, 2014)	X	-	-
Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério (Brasil, 2019).	-	-	-
Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF, 2024).	-	-	-
Protocolo de Vinculação da Gestante, Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Oliveira; Silva, 2017)	X	-	-

Fonte: elaborada pelo autor

8 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS QUE EMERGIRAM NA ANÁLISE DOS RESULTADOS

A seguir são apresentadas as categorias e subcategorias, considerando às informações de cada documento/publicação.

8.1. CATEGORIA 1 – ATENDIMENTO À GESTANTE

A categoria Atendimento à gestante foi constituída por subcategorias que abordam: a) a gestante em trabalho; b) emergências obstétricas; c) critérios para o encaminhamento inter-hospitalar. As quais são descritas a seguir.

8.1.1 Gestante em trabalho de parto

Esta subcategoria abordou, principalmente, dois temas: os direitos das gestantes no decorrer no período que envolve a gestação, parto e puerpério; recomendações aos profissionais de saúde quanto ao atendimento às gestantes, que buscam os serviços de saúde.

Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto (Brasil, 2000).

A assistência à mulher em trabalho de parto e durante o parto pode ser realizada por médico obstetra, enfermeiro obstetra e técnico de enfermagem. O acompanhamento da evolução do trabalho de parto de risco habitual será realizado por enfermeiro obstétrico (SES-DF, 2024).

Toda gestante com intercorrências e/ou em trabalho de parto devem ter prioridade no atendimento. Devem ser acolhidos, avaliados e assistidos em qualquer ponto de atenção na rede de saúde onde procuram assistência, seja a unidade básica de saúde, o serviço de urgência, a maternidade ou o hospital, de modo a não haver perda de oportunidade de se prover cuidados adequados a cada caso. Deve ser avaliada a necessidade de realização de algum tratamento, internação e/ou transferência responsável para serviço de maior complexidade, quando necessário (Brasil, 2012).

Todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar, como familiares, por exemplo (Brasil, 2017a). Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação e a avaliação do bem-estar fetal em parturientes de baixo risco deve ser realizada com ausculta intermitente, em todos os locais de parto (Brasil, 2017a).

Seguindo protocolos institucionais e/ou do Ministério da Saúde, deve-se realizar o acolhimento da mulher e acompanhante, com escuta ativa e livre de julgamentos, identificar/classificar o risco gineco-obstétrico e estabelecer prioridades de atendimento. Além disso, é papel dos profissionais de saúde atuar de maneira segura e com base nas evidências científicas nos casos de urgências e emergências obstétricas (hemorragia da gestação – placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, entre outros) e diagnosticar o início do trabalho de parto e encaminhar à unidade de cuidados para a assistência ao parto (USP, 2021). Destaca-se que se faz necessário criar ambiente confortável e acolhedor para permanência da parturiente em local destinado à observação e à avaliação do trabalho de parto, quando necessário (Brasil, 2022b)

É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto (Oliveira; Silva, 2017). Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal (Oliveira; Silva, 2017). A gestante deve ser vinculada à maternidade de referência no início do pré-natal, sendo orientada a procurar este serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto, obedecendo ao fluxo municipal traçado e pactuado (Oliveira; Silva, 2017).

O período final da gestação, com relação à data provável do parto, deve ter monitoramento mais intenso (Brasil, 2019). O estrato de risco, o risco de prematuridade, a distância e tempo de deslocamento até a maternidade de referência, as condições de transporte e as particularidades do plano de parto definem a necessidade de transferência da gestante para a Casa da Gestante ou local similar de hospedagem próximo à maternidade, previamente ao início do trabalho de parto (Brasil, 2019).

Além disso a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda o

seguinte fluxo de atendimento: 1) Atender a gestante quando chega em trabalho de parto; 2) investigar o histórico clínico; 3) fazer exame de toque vaginal digital, para avaliar clinicamente quanto ao trabalho de parto; 4) encaminhar para hospital de referência se a gestante tiver necessidade (Brasil, 2022b).

Caso a gestante seja dispensada, por se enquadrar na hipótese de um “falso trabalho de parto prematuro”, deve ser bem orientada a respeito das contrações e de outros sinais/sintomas que poderão configurar o início do verdadeiro trabalho de parto prematuro, devendo então retornar rapidamente ao serviço de saúde. Gestantes em trabalho de parto prematuro devem ser internadas e submetidas a anamnese e exame físico detalhados, buscando identificar diagnósticos diferenciais e eventuais comorbidades (Brasil, 2022c).

É recomendado não realizar exame especular se o diagnóstico de ruptura das membranas for evidente. Se houver dúvida em relação ao diagnóstico de ruptura das membranas, realizar um exame especular, evitando toque vaginal na ausência de contrações, até que a indução do trabalho de parto seja iniciada ou se a conduta expectante for escolhida pela gestante para além de 24 horas. Avaliar a movimentação fetal e a frequência cardíaca fetal na consulta inicial e depois a cada 24 horas após a ruptura precoce das membranas, enquanto a mulher não entrar em trabalho de parto, e aconselhá-la a comunicar, imediatamente, qualquer diminuição nos movimentos fetais (Brasil, 2017b).

Em relação a fase de dilatação do colo, observa-se até atingir a dilatação de 10 cm (nesse período é necessária avaliação de profissional habilitado para definição da necessidade e segurança do transporte), nas primíparas dura em média de 8 a 18 horas. Já nas mulheres que têm parto vaginal prévio, a duração varia de 5 a 12 horas (COREN-MG, 2019).

A reclassificação deverá ser realizada a de quatro horas de trabalho de parto ativo ou na presença de intercorrências (SES-DF, 2024).

8.1.2 Gestante em emergência obstétrica

Esta subcategoria aborda o atendimento à gestante com intercorrências obstétricas, que são caracterizadas por alterações no curso fisiológico da gestação comprometendo a evolução do processo gestacional fisiológico, com risco à saúde da

mulher e do feto (SES-DF, 2024). Situações nas quais o atendimento é responsabilidade do obstetra (SES-DF, 2024).

Nos atendimentos que envolvem as intercorrências obstétricas, o enfermeiro deve realizar classificação de risco na chegada da gestante a reclassificação a cada quatro horas (SES-DF, 2024). Também, deverá comunicar o obstetra e tomar as providências necessárias, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido, durante o atendimento (SES-DF, 2024).

O local do parto que atende as intercorrências obstétricas, deve dispor das condições físicas para este tipo de atendimento imediato e das situações que envolvem complicações do parto. Também deve estar inserido em sistema de transferência eficaz, rápido e seguro para os casos de necessidade de intervenções cirúrgicas ou cuidados intensivos, para a mãe ou para o recém-nascido (Brasil, 2022b).

Emergência obstétrica é caracterizada principalmente por: a) distocias; b) alterações nos sinais vitais e no desenvolvimento do feto; c) alterações nos sinais vitais e intercorrências clínicas da gestante. As quais são descritas a seguir.

As distocias são conceituadas como apresentação anômala da posição do feto, prolapso de cordão, situação transversa ou oblíqua, apresentação cefálica alta (-3/3 De Lee) ou móvel em uma nulípara (USP, 2021; Brasil, 2017a; Brasil, 2017b; Brasil, 2014; Coren/MG, 2019; SES-DF, 2024). Outra característica seria a suspeita de restrição de crescimento intrauterino ou macrossomia (Brasil, 2022a; Brasil, 2002; Brasil, 2017b; Brasil, 2014; Brasil, 2019; Oliveira; Silva, 2017).

Já as alterações nos sinais vitais e no desenvolvimento do feto podem ser caracterizadas por: frequência cardíaca fetal (FCF) <110 ou >160 bpm (Brasil, 2017a; Coren/MG, 2019); desacelerações da FCF à ausculta intermitente (Brasil, 2017a; Coren/MG, 2019); parada cardíaca fetal, redução de movimentos fetais, febre (Brasil, 2022b; Brasil, 2017b; Brasil, 2014); suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio (Brasil, 2022a; Brasil, 2019; Brasil, 2019; Brasil 2017a; Brasil, 2014; Coren/MG 2019; Oliveira; Silva, 2017). Além disso, também são citados hidropsia fetal (Brasil, 2014); crescimento Intra-uterino Restrito (CIUR) (Brasil, 2022a; Brasil, 2022c; Brasil, 2019; Brasil, 2017a; Oliveira; Silva, 2017); malformações fetais e congênitas (Brasil, 2022a; Brasil 2022c; USP, 2021; Brasil, 2019; Brasil, 2014; Oliveira; Silva, 2017); desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico (Brasil, 202b; Oliveira; Silva, 2017); óbito fetal (Brasil, 2014; Oliveira; Silva, 2017) e anemia

fetal ou aloimunização (Brasil, 2022c; Brasil, 2019; Brasil, 2014).

Por fim, cita-se a caracterização das alterações nos sinais vitais e intercorrências clínicas da gestante como: convulsão ou colapso materno (Brasil, 2017b; Coren/MG, 2019; SES-DF, 2024); dor abdominal, lombar, contrações uterinas (Brasil, 2017b); náuseas e vômitos (Brasil, 2017b, Brasil, 2019) e cefaleia, síncope, mal-estar geral (USP, 2021; Brasil, 2017b). Além dessas características também pode ocorrer dispneia (Brasil, 2022a; Brasil, 2019); Infecção materna (Brasil, 2022c; Brasil, 2014); doenças infectocontagiosas diagnosticadas na gestação: infecção do trato urinário (ITU), doenças do trato respiratório, tuberculose, rubéola, gengivites e periodontites, toxoplasmose, sífilis, suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático), entre outras (Brasil, 2022b; Brasil, 2019; Oliveira; Silva, 2017); doenças clínicas diagnosticadas na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializada: cardiopatias, endocrinopatias (Brasil, 2022c; Oliveira; Silva, 2017);

A Emergência obstétrica pode ser desencadeada por: a) fatores de risco obstétricos e ginecológicos; b) complicações obstétricas em gestações anteriores; c) condições clínicas preexistentes da gestante, d) características individuais e condições sociodemográficas (Quadro 9.).

Quadro 9. Fatores e condições que desencadeiam emergências obstétricas

Fatores de risco obstétricos e ginecológicos	
Rotura prematura das membranas	Brasil, 2019; Brasil, 2014.
Presença de mecônio no líquido amniótico	Brasil, 2014; Brasil, 2017a; Brasil, 2017b; Coren/MG, 2019
Placenta Prévia	Brasil, 2019; Oliveira; Silva, 2017
Ameaça de aborto	Oliveira; Silva, 2017
Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento	Brasil, 2022c
Doença Hemolítica: leucemia, anemia materna e fetal	Brasil, 2019; Brasil, 2014; Oliveira; Silva, 2017
Doença hipertensiva específica da gestação - DHEG	Brasil, 2014; Oliveira; Silva, 2017
Diabetes Gestacional	Brasil, 2022c; Brasil, 2019; Brasil, 2014; Oliveira; Silva, 2017
Anomalia do Trato Geniturinário	Oliveira; Silva, 2017
Câncer Materno	Oliveira; Silva, 2017
Esterilidade Tratada	Oliveira; Silva, 2017
Citologia Cervical Anormal (NIC I, II, III)	Oliveira; Silva, 2017
gestação Gemelar	Brasil, 2019; Brasil, 2014; Oliveira; Silva, 2017
insuficiência Istmo-cervical	Brasil, 2022a; Brasil, 2022c; Oliveira; Silva, 2017
trabalho de parto prematuro ou gravidez prolongada	Brasil, 2022c; Brasil, 2019; Brasil, 2017b; Brasil, 2014; Oliveira; Silva, 2017

Eclampsia e pré-eclâmpsia	Brasil, 2022c; USP, 2021; Brasil, 2019; Coren/MG, 2019; Oliveira; Silva, 2017
doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local)	Oliveira; Silva, 2017
doenças autoimunes	Oliveira; Silva, 2017
Hemopatias	Oliveira; Silva, 2017
secreções, líquido ou sangue vaginal; hemorragia anteparto	Brasil, 2022a; Brasil, 2017a; Brasil, 2017b; USP, 2021, Brasil, 2019; Coren/MG, 2019; SES-DF, 2024
colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente)	Brasil, 2022c
Parada/ redução de movimentos fetais	Brasil, 2017b; Brasil, 2014; Brasil, 2022b
Alterações na dinâmica uterina (hipoatividade, ausência de dinâmica uterina, hipertonia e/ou taquissístolia); Alterações na anatomia uterina (anel de Bandl ou sinal de Frommel)	SES-DF, 2024
<u>Complicações obstétricas em gestações anteriores</u>	
Anomalia fetal, hidropsia fetal	USP, 2021; Brasil, 2014
Trabalho de parto prematuro ou parto prematuro	Brasil, 2022a; USP, 2021; Brasil, 2019; Oliveira; Silva, 2017
Mais de 2 abortos Espontâneos	Oliveira; Silva, 2017
Natimorto	Brasil, 2014, Oliveira; Silva, 2017
Óbito Fetal	Brasil, 2014, Oliveira; Silva, 2017
Placenta Prévia-PP e Deslocamento Prematuro de Placenta-DPP	Brasil, 2022c; USP, 2021; Brasil, 2019; Brasil, 2014; Oliveira; Silva, 2017
Acretismo placentário	Brasil, 2022a; Brasil, 2022c; SES-DF, 2024
Intervalo inter-partal menor que dois anos ou maior que cinco anos	Brasil, 2019; Oliveira; Silva, 2017
Eclampsia e pré-eclâmpsia	Brasil, 2022c; USP, 2021; Brasil, 2019; Coren/MG, 2019; Oliveira; Silva, 2017
Incompetência Istmo-cervical	Brasil, 2022a; Brasil, 2022c; Oliveira; Silva, 2017
Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesárias anteriores)	Brasil, 2019; Oliveira; Silva, 2017
Diabetes e diabetes gestacional	Brasil, 2022c; Brasil, 2014; Oliveira; Silva, 2017
Nuliparidade e grande multiparidade	Brasil, 2022b; Brasil, 2019; Oliveira; Silva, 2017
Sangramento intraparto abundante em gestação anterior	Brasil, 2014
<u>Condições clínicas preexistentes da gestante</u>	
Aneurismas	Oliveira; Silva, 2017
Aterosclerose	Oliveira; Silva, 2017
Alterações osteo-articulares de interesse obstétrico	Oliveira; Silva, 2017
Cardiopatias	Oliveira; Silva, 2017
Doenças auto-imunes, lúpus eritematosos sistêmico-LES e outras colagenoses	Oliveira; Silva, 2017
Doenças inflamatórias intestinais crônicas	Oliveira; Silva, 2017

Endocrinopatias: (especialmente Diabetes Mellitus e tireoidopatias)	Oliveira; Silva, 2017
Epilepsia	Oliveira; Silva, 2017
Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outros)	Oliveira; Silva, 2017
Nefropatias, hemopatias, pneumopatias e hipertensão arterial	Brasil, 2019; Brasil, 2014; Oliveira; Silva, 2017
Trauma	Oliveira; Silva, 2017
Tromboembolismo	Brasil, 2022c; Brasil, 2019; Oliveira; Silva, 2017
Doenças infecciosas bucais	Oliveira; Silva, 2017
Doença materna cardíaca, renal, tireoidiana ou neurológica	Brasil, 2014
Doenças Infecciosas: hepatites, toxoplasmose, sífilis, HIV e outras DSTs	Brasil, 2022; Oliveira; Silva, 2017
Neoplasias	Oliveira; Silva, 2017
Queixas urinárias	Brasil, 2022
<u>Características individuais e condições sociodemográficas</u>	
Idade <16 anos ou >35 anos	Brasil, 2022c; Brasil, 2014; Oliveira; Silva, 2017
altura da gestante menor que 1,45m	Brasil, 2022c; Oliveira; Silva, 2017
Ausência de cuidado pré-natal	Brasil, 2014
ganho de peso inadequado, baixo peso (IMC> 18,5Kg/m ²) e sobrepeso (IMC>25, 29,9kg/m ²), obesidade (IMC>30, + de 39kg/m ²)	Brasil, 2022c; Brasil, 2019; Oliveira; Silva, 2017
Situação conjugal insegura	Brasil, 2022c
Não aceitação da gestação	Brasil, 2022c
Uso de drogas ilícitas	Brasil, 2014
Tabagismo ou etilismo com indicativo de dependência	Brasil, 2022c
Uso de medicações como: magnésio e bloqueadores adrenérgicos	Brasil, 2014
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)	Brasil, 2022c

Fonte: elaborada pelo autor

8.1.3 Critérios para o encaminhamento inter-hospitalar da gestante

Esta subcategoria aborda os critérios para o encaminhamento Inter-hospitalar da gestante, considerando a importância da observação e monitoramento do progresso do parto e das condições fetais, visando reconhecer precocemente as gestantes com intercorrências e as situações de risco, considerando “os desvios da normalidade que possam requerer alguma intervenção ou a transferência da parturiente para níveis mais complexos de assistência (Brasil, 2022b). Dentre os critérios destacam-se:

- a) o hospital e destino deverá estar inserido em um sistema de transferência eficaz, rápido e seguro para os casos de necessidade de intervenções cirúrgicas ou cuidados intensivos, para a mãe ou para o recém-nascido. (Brasil, 2022b);

- b) na documentação para o encaminhamento inter-hospitalar deve constar:
 - a. formulário preenchido pelo profissional responsável com as informações da avaliação clínica e dos procedimentos realizados no atendimento atual (Oliveira; Silva, 2017);
 - b. cartão da gestante, com as informações atualizadas (Oliveira; Silva, 2017).

8.2 CATEGORIA 2 – ESTRUTURA E RECURSOS HUMANOS PARA O ENCAMINHAMENTO INTER-HOSPITALAR DAS GESTANTES EM EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA.

A categoria foi constituída por subcategorias que abordam sobre: a) condições adequadas das ambulâncias e do transporte inter-hospitalar da gestante em emergência obstétrica; b) comunicação entre as equipes de saúde; c) recursos humanos e de materiais para o encaminhamento inter-hospitalar. As quais são apresentadas a seguir.

8.2.1 Condições adequadas das ambulâncias e do transporte inter-hospitalar da gestante

Para garantir as condições adequadas das ambulâncias e do transporte inter-hospitalar da gestante, os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências (Oliveira; Silva, 2017).

O encaminhamento da gestante ao hospital deve ser sempre realizado em veículo apropriado, com pessoal de saúde qualificado, segundo as normas de transporte vigente (Brasil, 2014).

Nas situações de urgência, promoção do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais (Brasil, 2011).

Os deslocamentos das gestantes podem ocorrer em qualquer período da gestação e serem realizados entre serviços de saúde de diferentes níveis de

complexidade ou do próprio domicílio da mulher (COREN-MG, 2019). Pode ocorrer por diversos motivos (COREN-MG, 2019):

- a) transferência devido trabalho de parto ou intercorrências clínicas da gestação com necessidade imediata de atendimento em local adequado para seu risco obstétrico;
- b) consultas e exames complementares;
- c) transferências entre unidades de saúde por motivos variados, visando a garantia da saúde da gestante e do feto.

8.2.2 Comunicação entre as equipes de saúde

Nos encaminhamentos inter-hospitalar de gestantes, a comunicação entre as equipes de saúde é importante para continuidade do atendimento, visando agilidade nos procedimentos de emergência e promoção da saúde da mulher e do feto.

Dentre as recomendações para promover a comunicação entre as equipes destacam-se: a) envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão (Brasil, 2022a); b) demonstrar comunicação interpessoal eficaz com mulheres, famílias, equipes de saúde e coletividade (USP, 2021); c) capacidade de comunicação e interação com equipe multidisciplinar, usuários, SAMU-192, Bombeiros, e outros (Brasil, 2017b); d) Informar efetivamente a equipe da unidade de destino sobre o quadro clínico do paciente, intercorrências ocorridas durante o transporte, dispositivos utilizados pelo usuário (COREN-MG, 2019); e e) o preenchimento adequadamente do cartão da gestante, com as informações atualizadas uma vez que é o meio de comunicação entre a gestante, os profissionais da unidade de origem e os profissionais da maternidade de referência (Oliveira; Silva, 2017).

8.2.3 Recursos humanos e materiais para o encaminhamento inter-hospitalar da gestante

Esta subcategoria aborda sobre recursos humanos e os materiais necessário para prestar esse atendimento às gestantes durante o encaminhamento inter-hospitalar. Dentre as recomendações destaca-se que a equipe multiprofissional, preferencialmente deve ser composta majoritariamente por enfermeiros e médicos

com especialização/residência na área da obstetrícia, neonatologia e pediatria (SESDF, 2024).

Sendo que a equipe de enfermagem deve ser constituída pelos profissionais: a) um enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, CH semanal de 40h de trabalho, 8h por dia; b) um enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24h por dia, 7 dias por semana; c) um técnico de enfermagem 24h por dia, 7 dias por semana; 01 auxiliar de serviços gerais com cobertura 24h por dia, 7 dias da semana (Brasil, 2015).

O encaminhamento inter-hospitalar de gestantes graves ou de risco devem ser realizadas em ambulância de suporte avançado, por equipe composta por tripulação mínima de (UFRJ, 2015): a) um médico; b) um profissional enfermeiro; e c) motorista.

8.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

Esta categoria foi constituída por duas subcategorias: 1) estratificação de risco da gestante e 2) estrutura mínima da maternidade quanto a estratificação de risco da gestante. As quais são apresentadas a seguir.

8.3.1 Estratificação de risco da gestante

A estratificação de risco da gestante é um processo importante que busca para garantir a saúde da gestante e do feto, durante a gestação. Além disso, é um dos fatores determinantes para a redução da mortalidade materna. Nesse sentido, a estratificação de risco gestacional visa garantir que cada gestante receba o cuidado necessário às suas demandas, por equipes com nível de especialização e de qualificação apropriados (Brasil, 2022c)

Por meio da estratificação de risco da gestante, é possível identificar e prever quais mulheres têm maior probabilidade de apresentar eventos adversos à saúde. Tais previsões podem otimizar os recursos em busca de equidade no cuidado de maneira que se ofereça a tecnologia necessária para quem precisa dela. Com isso, evitam-se intervenções desnecessárias e o uso excessivo de tecnologia, e pode-se concentrar os recursos naqueles que mais precisam deles, melhorando os resultados em saúde e reduzindo-se os custos (Brasil, 2022c)

Dentre os fatores de risco que podem ser utilizados para a estratificação,

destacam-se: a identificação precocemente dos fatores de risco relacionados às características individuais da gestante, morbidades crônicas e agudas presentes, história reprodutiva e contexto familiar e comunitário, e direcionando as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias para a proteção da mulher e da criança (Brasil, 2019).

Outro objetivo da estratificação de risco é o conhecer da complexidade clínica e sociofuncional da gestação, possibilitando a atenção de acordo com o estrato de risco, ofertando a gestante de alto risco mais vigilância e intensidade de cuidados se comparada à gestante de risco habitual (Brasil, 2019).

A seguir, no Quadro 10 apresenta-se a descrição da Classificação de Risco obstétrico, segundo Oliveira e Silva (2017).

Quadro 10. Descrição da Classificação de Risco Obstétrico quanto a pontuação

RISCO	PONTUAÇÃO
RISCO HABITUAL	Até 04 pontos
MÉDIO RISCO	De 04 a 09 pontos
ALTO RISCO	De 10 a 40 pontos
MUITO ALTO RISCO	Mais de 40 pontos

Fonte: Oliveira e Silva (2017, p. 08)

A gestação de risco habitual é caracterizada pela gestação que não apresenta fatores de risco individuais, sociodemográficos e relacionados à história obstétrica anterior, doença ou agravo que possa interferir negativamente na evolução da gestação (Brasil, 2012)

Segundo o do Ministério da saúde a gestação de médio risco ou risco intermediário caracterizada por (Brasil, 2012): a) gestante com idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos; b) em condições de trabalho desfavoráveis com esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos a gestação, níveis altos de estresse; c) indícios de situação de violência doméstica ou de gênero, situação conjugal insegura, insuficiência de apoio familiar; capacidade de autocuidado insuficiente; d) não aceitação da gestação; baixa escolaridade; e) uso ocasional de drogas e ilícitas; f) em situação de rua; g) residente em comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes.

A gestação de alto risco está relacionado por ocorrência de condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação e comprometer a saúde da mãe e do feto durante a gestação, parto ou pós-parto. Os fatores que causam

gestação de alto risco estão relacionados com: exposição a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gestação atual; intercorrências clínicas (Brasil, 2012).

Dentre os fatores relacionados com a doença obstétrica na gestação atual destacam-se (Brasil, 2012): a) desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; b) trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; c) tanho ponderal inadequado; d) pré-eclâmpsia e eclâmpsia; e) diabetes gestacional; f) amniorrexe prematura; g) hemorragias da gestação; h) insuficiência istmo-cervical; i) aloimunização; k) óbito fetal. Já as intercorrências clínicas são caracterizadas por: a) doenças infectocontagiosas por exemplo: infecção do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc. b) doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação como cardiopatias, endocrinopatias, entre outras.

A seguir, apresenta-se a descrição dos critérios utilizados na pontuação para realizar a Classificação de Risco da Gestante (Quadro 11), segundo Oliveira e Silva (2017).

Quadro 11. Descrição dos fatores e dos critérios para a pontuação na Classificação de Risco da Gestante

Fatores	Critérios e pontuação	Pontuação
Idade da Gestante	Menor de 14 anos (01)	
	de 14 a 34 anos (0)	
	Maior de 35 anos: (01)	
Altura da Gestante	Menor que 1,45m: (01)	
	Altura normal: (0)	
Situação Familiar	Instável: Sim (01) Não (0)	
	Aceitação da Gravidez: Não (01) Sim (0)	
Escolaridade: Sabe ler e escrever?	Sim (0)	
	Não (01)	
Tabagismo: É fumante?	Sim (02)	
	Não (0)	
É dependente de drogas lícitas ou ilícitas?	Sim (02)	
	Não (0)	
Existem anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos?	Sim (02)	
	Não (0)	
A gestante está exposta a riscos ocupacionais?	Sim (01)	
	Não (0)	
A gestante está exposta a condições ambientais desfavoráveis?	Sim (01)	
	Não (0)	
Avaliação Nutricional	Peso Adequado (0)	
	Baixo Peso (IMC<18,5Kg/m ²), Ganho de peso inadequado e ou anemia (01)	
	Sobrepeso (IMC>25, 29,9Kg/m ²) (01)	
	Obesidade (IMC> 30, + de 9Kg/m ²) (05)	

Continua

Fatores	Critérios e pontuação	Continuação Pontuação
Antecedentes Obstétricos	Até 2 abortos (05)	
	Mais de 2 Abortos Espontâneos (10)	
	Natimorto (05)	
	Parto prematuro (05)	
	Mais de 01 parto prematuro (10)	
	Óbitos Fetais (05)	
	História de recém-nascido com crescimento restrito ou Malformação Fetal (05)	
	Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos (02)	
	Eclampsia (10)	
	Pré Eclampsia (05)	
	Placenta Prévia e DPP (05)	
	Incompetência Istmo-cervical (10)	
	Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesárias anteriores) (05)	
	Diabetes gestacional (05)	
	Nuliparidade e grande multiparidade (05)	
Fatores de Risco Atuais - Obstétricos e Ginecológicos	Ameaça de aborto (05)	
	Anomalia do Trato Geniturinário (05)	
	Placenta Prévia (10)	
	Câncer Materno (10)	
	Isoimunização/Doença Hemolítica (10)	
	Esterilidade Tratada (05) Neoplasia Ginecológica (10)	
	Neoplasia Ginecológica (10)	
	Malformações Congênitas (10)	
	CIUR – Crescimento Intra-uterino Restrito (10)	
	Citologia Cervical Anormal (NIC I, II, III) (10)	

Continua

Fatores	Critérios e pontuação	Continuação Pontuação
Fatores de Risco Atuais - Obstétricos e Ginecológicos	DHEG, Diabetes Gestacional (10)	
	Gestação Gemelar (10)	
	Insuficiência Istmo-cervical (10)	
	Trabalho parto prematuro ou gravidez prolongada (05)	
	Desvio do crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico (10)	
	Pré-eclâmpsia e eclâmpsia (10)	
	Diabetes gestacional (05)	
	Óbito fetal (10)	
	Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local) (10)	
	Doenças autoimunes (10)	
	Hemopatias (10)	
Condições Clínicas Preexistentes	Aneurismas (20)	
	Aterosclerose (05)	
	Alterações osteoarticulares de interesse obstétrico (05)	
	Cardiopatias (15)	
	Doenças autoimunes, LES e outras colagenoses (15)	
	Doenças inflamatórias intestinais crônicas (05)	
	Endocrinopatias (especialmente Diabetes Mellitus e tireoidopatias) (10)	
	Epilepsia (10)	
	Ginecopatias: malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outros (10)	
	Nefropatias, Hemopatias, Pneumopatias e Hipertensão arterial (10); Trauma (10)	
	Tromboembolismo (10)	
	Doenças infecciosas bucais (05)	
	Doenças Infecciosas (hepatites, toxoplasmose, sífilis, HIV e outras DSTs) (10)	
	Neoplasias (10)	

Continua

Fatores	Critérios e pontuação	Continuação Pontuação
Intercorrências Clínicas	Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, tuberculose, rubéola, gengivites e periodontites, toxoplasmose etc.) (10)	
	Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias) (10)	

Fonte: Oliveira; Silva (2017, p. 08)

8.3.2 Estrutura mínima da maternidade quanto a estratificação de risco

Quanto a estratificação de risco, as instituições de saúde que atendem gestantes são classificadas como: maternidade de risco habitual, maternidade de alto risco, maternidade/hospitais para fluxos especiais (Oliveira; Silva, 2017).

A seguir apresenta-se a estrutura mínima de cada maternidade, considerando e estratificação de risco. Para Maternidade de Risco Habitual prevê-se que deve ter a capacidade para realização de cesárea após 30 minutos da indicação médica, ter disponível nas 24h médicos anestesiata, radiologia, ultrassonografia; serviço de laboratório e um banco de sangue, bem como realizar assistência às condições pós-parto, neonatal ao nascimento com equipe de saúde capaz para realizar procedimentos de reanimação e estabilização de recém-nascidos. Além disso, a maternidade deve ter a capacidade de operacionalizar e dimensionar a partir da necessidade de saúde: número de gestantes de risco habitual e intermediário acompanhadas pelas equipes de APS dos municípios da região de saúde; ter processos qualificados para o atendimento ao recém-nascido de risco habitual e para o suporte inicial ao recém-nascido crítico até a transferência para a unidade neonatal (Brasil, 2019). Destaca-se também a necessidade de ter alojamento conjunto para as mães e os recém-nascidos clinicamente estáveis (Oliveira; Silva, 2017).

Já para Maternidade de Alto Risco, julga-se que deve ter todas as competências da Maternidade de Risco Habitual, além de manter assistência às gestantes de alto risco admitidas e transferidas de outras maternidades; serviço de estabilização de parturientes/puérperas e recém-nascidos malformados severamente doentes e assistência até transferência para unidades de maior complexidade. Além disso, a maternidade deve promover assistência às gestantes e aos recém-nascidos de risco resultado de complicações clínicas anteriores à gestação atual e complicações obstétricas da gestação atual; ter capacidade operacional dimensionada a partir da necessidade de saúde da regional considerando o número de gestantes de alto risco acompanhadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde e AAE da região de saúde e manter processos qualificados para o atendimento ao parto e nascimento das gestantes de alto risco (Brasil, 2019).

Destaca-se que na Maternidade de Alto Risco, não cabendo ao médico plantonista questionar o encaminhamento do médico que acompanhou o pré-natal para a maternidade de alto risco. A gestante precisa ter seus direitos assegurados no

momento do parto (Oliveira; Silva, 2017).

Há ainda as Maternidade/Hospitais para fluxos especiais (Oliveira; Silva, 2017). Essas maternidades, também conhecidas como de muito alto risco deve ter todas as competências da Maternidade de Alto Risco além de assistência perinatal abrangente para todas as parturientes e os recém-nascidos, de todos os níveis de risco. Outrossim, as gestantes com doenças clínicas e obstétricas não controladas e severamente doentes que demandam cuidado especializado: cardiopatias graves, nefropatias graves, doenças sistêmicas – lúpus eritematoso, câncer e outras especificadas em protocolo; RN prematuros extremos e alguns tipos de malformação congênita.

9 FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO INTER-HOSPITALAR DA GESTANTES

O Fluxo para Encaminhamento Inter-Hospitalar da Gestante foi elaborado considerando a realização do mapeamento e descrição dos serviços e dos recursos humanos que atendem gestantes na regional de Santa Inês no Maranhão. E, construção do conteúdo do fluxo foi subsidiada por revisão integrativa sobre o tema, com evidências atualizadas acerca das melhores práticas no cuidado à gestante.

Os objetivos do Fluxo para Encaminhamento Inter-Hospitalar da Gestante são: a) promover a garantia de assistência adequada e segura às gestantes; b) buscar atender as necessidades das gestantes relacionadas ao atendimento na rede de atenção à saúde dessa regional; e c) subsidiar a tomada decisões com base nas recomendações, para realizar o encaminhamento da gestante para outros hospitais, sem risco para a mãe e o feto.

O primeiro passo do fluxo é iniciar o atendimento da gestante utilizando a estratificação de risco, visando avaliar a gravidade e a necessidade de providenciar encaminhamento inter-hospitalar. Nos casos com necessidade do encaminhamento para outro hospital, será o médico deverá fazer o contato com o Serviço de Regulação, que irá coordenar o processo do encaminhamento inter-hospitalar, considerando a estratificação de risco da gestante.

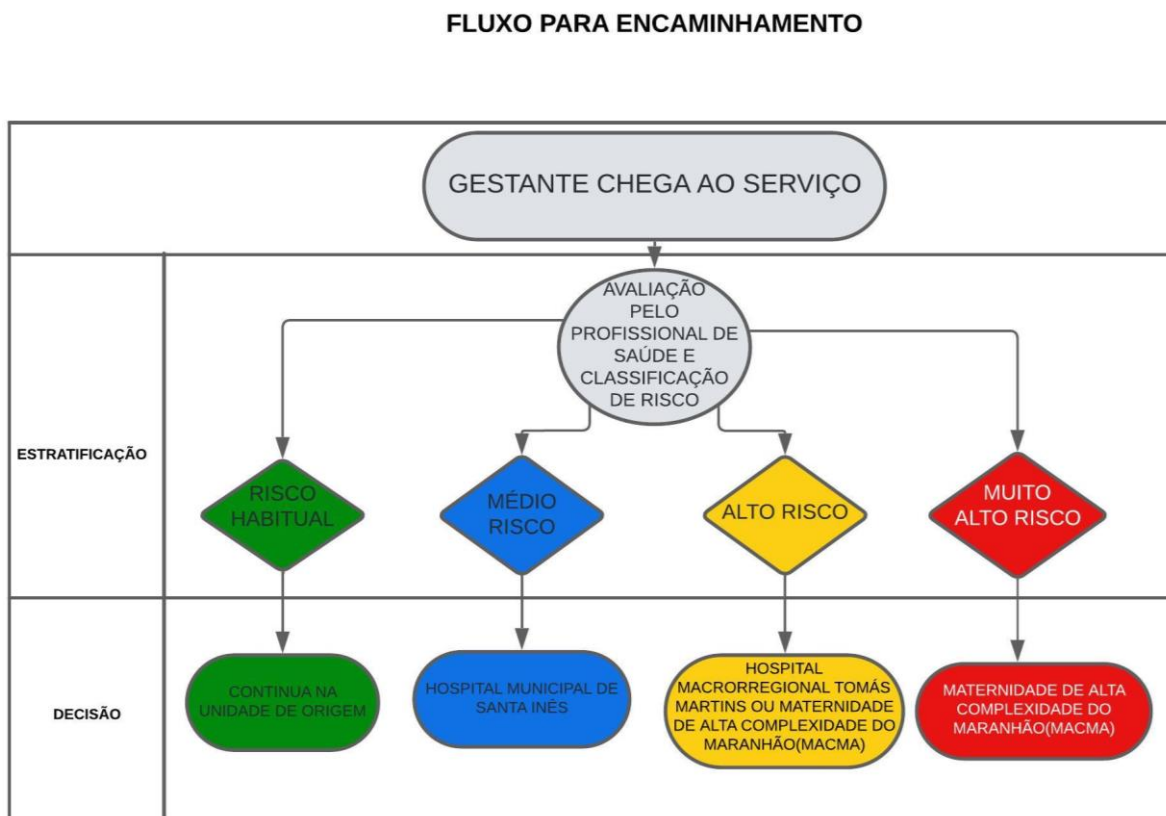
Após a confirmação do aceite pelo hospital de destino, será organizado o transporte da gestante, que poderá ser realizado por ambulância, helicóptero ou avião, dependendo da gravidade do caso e da distância entre os hospitais. Durante o transporte, a gestante deve ser acompanhada profissionais de saúde devidamente capacitados e ser monitorada continuamente durante todo o percurso até ser atendida no hospital de destino. Também é importante que a equipe de saúde se comunique com o hospital de destino para informar qualquer alteração no estado da gestante durante o transporte.

Chegando ao hospital de destino, a gestante será recebida pela equipe de saúde desse hospital e o atendimento será continuado. Sendo que o hospital de destino poderá encaminhar a gestante para serviços especializados dentro ou fora da região de saúde, de acordo com a gravidade do caso.

A utilização do Fluxo para Encaminhamento Inter-hospitalar da Gestante é importante para assegurar que as gestantes em situação de risco recebam assistência segura e qualificada.

O Fluxo para Encaminhamento Inter-Hospitalar da Gestante é apresentado a seguir, na Figura 1.

Figura 1. Fluxo para encaminhamento obstétrico inter-hospitalar, na Rede de Atenção à Saúde da Regional de Santa Inês, na região do Vale do Pindaré, no Maranhão



Fonte: elaborada pelo autor

A seguir, apresenta-se a Ficha de Encaminhamento da Gestante (Quadro 12), que deverá ser preenchida pelo profissional responsável pelo atendimento no serviço de saúde de origem e incluída junto com a documentação que será entregue ao profissional de saúde responsável que receberá a gestante no hospital de destino.

Quadro 12. Ficha para o Encaminhamento obstétrico inter-hospitalar, na Rede de Atenção à Saúde da Regional de Santa Inês, na região do Vale do Pindaré, no Maranhão

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO DO MUNICÍPIO DE ORIGEM:			
MUNICÍPIO: _____			
UNIDADE: _____			
ENDEREÇO: _____			
TELEFONE: _____			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE			
NOME: _____			
DATA DE NASCIMENTO: _____			
NOME DA MÃE DA GESTANTE: _____			
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____			
TELEFONE: _____			
OUTROS CONTATOS: _____			
Nº DO CARTÃO DO SUS: _____			
CPF Nº: _____			
DATA DA 1ª CONSULTA DE PRÉ-NATAL: _____ DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO: _____			
IDADE GESTACIONAL: _____			
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA ATENDIMENTO DA GESTANTE			
Fatores	PONTUAÇÃO		
Idade da Gestante			
Altura da Gestante			
Situação Familiar			
Escolaridade: Sabe ler e escrever?			
Tabagismo: É fumante?			
É dependente de drogas lícitas ou ilícitas?			
Existem anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos?			
A gestante está exposta a riscos ocupacionais?			
A gestante está exposta a condições ambientais desfavoráveis?			
Avaliação Nutricional			
Antecedentes Obstétricos			
Fatores de Risco Atuais - Obstétricos e Ginecológicos			
Condições Clínicas Preexistentes			
Intercorrências Clínicas			
TOTAL			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISCO HABITUAL Até 04 pontos	MÉDIO RISCO De 04 a 09 pontos	ALTO RISCO De 10 a 40 pontos	MUITO ALTO RISCO Mais de 40 pontos
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (Quadro Clínico que motivou encaminhamento, BCF, PA, etc.)			

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO (ASSINATURA E CARIMBO):			

Fonte: elaborada pelo autor

É importante destacar, a necessidade do planejamento da hierarquização da assistência a gestante no pré-natal, com a padronização de fluxo de encaminhamento, de referência e contrarreferência.

Para garantir que toda gestante acompanhada na rede de APS, com alguma situação de risco obstétrico tenha acesso ágil aos serviços necessários, os mesmos devem ser alocados em equipamentos de nível secundários ou terciários, seja por meio de encaminhamento para seguimento conjunto, seja para a busca de segunda opinião nos serviços de referência (Brasil, 2022c)

Nesse sentido, a rede de assistência ambulatorial precisa ter aproximação com a rede de urgência e emergência e um fluxo construído, de maneira que possa acolher rapidamente os casos identificados durante o acompanhamento pré-natal (Brasil, 2022c).

Além disso uma ação que demonstra a qualidade do fluxo para encaminhamento da gestante na RAS é a vinculação da gestante à maternidade de referência, promovendo um melhor aproveitamento da estratificação de risco. Com isso a gestante também deve ter a oportunidade de visitar a maternidade, para conhecer sua localização ter acesso, a equipe de profissionais, os locais de atendimento e o funcionamento geral (Brasil, 2019).

Destaca-se que, a criação do fluxo em estudo, para encaminhamento inter-hospitalar da gestante, poderá contribuir para garantir atendimento de qualidade e seguro para a gestante, além de fortalecer a organização do processo que envolve o atendimento da gestante na rede de saúde.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a utilização do Fluxo desenvolvido neste estudo possa contribuir para promover a comunicação eficiente entre as unidades de saúde e a coordenação de equipes especializadas. Isso garante que a gestante receba os cuidados necessários e que a sua transferência seja segura e sem complicações.

Durante o encaminhamento da gestante, é necessário acompanhamento contínuo da gestante, incluindo o registro e compartilhamento de informações sobre o seu estado atual de saúde e seu histórico. Além disso, é importante que a equipe de saúde envolvida no processo esteja preparada para lidar com possíveis emergências e complicações que possam surgir durante o transporte.

Uma vez que a gestante chegue ao hospital destino, é importante que a equipe de saúde envolvida esteja preparada para dar continuidade ao atendimento, com base nas informações e exames já realizados. Uma comunicação clara entre a equipe do hospital de origem e a de destino é essencial para garantir a continuidade do cuidado e evitar a duplicidade de exames e procedimentos.

Ao adotar esse fluxo de encaminhamento da gestante, as instituições de saúde conseguem padronizar o processo de encaminhamento inter-hospitalar, garantindo que as gestantes sejam direcionadas para o serviço mais adequado de acordo com sua classificação de risco. Isso contribui para uma gestão mais eficiente dos recursos e uma melhor organização do sistema de saúde, garantindo um atendimento contínuo e de qualidade para todas as gestantes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em 16 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 89, n. 40E, p. 52, 28 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em 16 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 30 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 5ed, 2010, 302 p. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acessado em 12 mar. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 16 out. 2023

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012a. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em 30 out. 2023.

_____. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012b**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 12, seção 01, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/comitedeetica/resolucao-19696/>. Acesso em 10 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ed., 2012c. Disponível

em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf. Acesso em 27 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012, 218p.

Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em 2 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em 19 abr. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 353, de 14 de fevereiro de 2017**. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2017/assistencia-ao-parto-normal-diretriz-nacional.pdf>. Acesso em 15 mai. 2024

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b, 64p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. 51 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em 30 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019, 56 p. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em 27 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério**.

São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em 02 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. **Boletim Epidemiológico**, v. 52, n. 29, versão 1, 32 p. 2021. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf. Acesso em 30 out. 2023

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 abr. 2022a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em 25 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão preliminar** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. 119 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em 08 jan. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** – CNESNet [*homepage na Internet*]. Indicadores – Leito: Tipo leito complementar – UTI Neonatal tipo II. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=81&VTipo_Leito=3&VListar=1&VEstado=21&VMun=&VComp=>. Acesso em 20 abr. 2024.

BARDIN, Laurence Bardin. **Análise de Conteúdo**. Edições 70: Lisboa, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS – COREN/MG. Câmara Técnica COREN-MG. Grupo de Trabalho de Transportes no Âmbito De Saúde. **Manual de Orientações Quanto a Competência Técnico-científica, Ético-Legal da Equipe de Enfermagem nas Diversas Modalidades de Transporte em Saúde** – Volume 1, 2019. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/transporte.pdf>. Acesso em 27 out. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO – COREN/SP. Parecer COREN-SP GAB nº 049, de 27 de junho de 2011. **Responsabilidade do enfermeiro durante a transferência inter-hospitalar de pacientes**. São Paulo, 2011. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2011_49.pdf. Acesso em 27 out. 2023.

CHIAVENATO, I. Administração: teoria, processo e prática. Rio de Janeiro: Campus; Elsevier, p. 182.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do DF. Protocolo de Atenção à Saúde: **Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS, 49 p., 2024.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso. **UNFPA Brasil**, 18 out. 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu>. Acesso em 6 nov. 2023.

LEAL, M. C *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p.S17-S32, 2014.

LEAL, M. C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 54, p. 1-12, 2020.

LEMOS, Nina. Mortalidade materna, um reflexo da desigualdade no Brasil. *Direitos Humanos, Brasil*, 28 maio 2023. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/mortalidade-materna-um-reflexo-da-desigualdade-no-brasil/a-65746530>. Acesso em: 26 out. 2023.

LIMA, Suzanne Santos de *et al.* Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, 2020.

MANTOVANI, Maria de Fátima *et al.* **Pesquisa metodológica: da teoria à prática**. In: LACERDA, Maria Ribeiro; RIBEIRO, Renta Perfeito; COSTENARO, Regina Gema Santini. Metodologia da Pesquisa para a enfermagem e saúde. Porto Alegre: Moriá, 2018. p. 151-176.

MINAS GERAIS (Estado). SES/MG. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais – SOGIMIG. **Atenção à Saúde da Gestante: Novos Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante**. Nota Técnica Conjunta ,16p. 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-3-Estratificacao-de-Risco-GESTANTE.pdf>. Acesso em 15 jun. 2024.

OLIVEIRA Ary Célio de; SILVA, Eliane Pereira da. **Protocolo de Vinculação da Gestante**. Governo do Estado do Espírito Santo. Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção à Saúde Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde. Rede Estadual de Atenção Materno Infantil. Vitória, ES, 2017. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20VINCULA%C3%83%E2%80%A1%C3%83%C6%92O%20DA%20GESTANTE.pdf>>.

ORELLANA J. *et al.* Excess maternal mortality in Brazil Regional inequalities and trajectories during the COVID-19 epidemic. **PLoS One**, v. 17, n. 10, e0275333, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10494698/#B38>>. Acesso em: 26 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Centro Latino-Americano de Perinatalogia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. **Saúde Materna**. Paho.org, 2018. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>>. Acesso em: 20 out. 2023.

PEREIRA, J.C.N. *et al.* Evolução temporal do pré-natal em Pernambuco nos anos 1997, 2006 e 2016. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30:e64056, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuernj/article/view/64056/41814>. Acesso em 16 out. 2023.

RODRIGUES, A. R. M.; CAVALCANTE, A. E. S.; VIANA, A. B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **ReTEP**, Fortaleza-CE, v. 11, n. 1, p. 3-9, 2019. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-an%C3%A1lise-temporal-final.pdf>. Acesso em 15 set. 2023.

SILVA, K. S.; SOUZA, E. C.; CORREIA, A. S. A. (org). **Rede de atenção a saúde materno infantil da região de Santa Inês- MA**. Estado do Maranhão: Regional de Saúde de Santa Inês. Plano de ação Regional. 2021, 37p.

SIMILI, A.B *et al.* Perfil Epidemiológico da Mortalidade Materna no Município de Imperatriz-MA. **Ensaios e Ciência**, v. 26, n. 1, p. 65–71, 2022. Disponível em: <https://ensaioseciencia.pgskroton.com.br/article/view/9323>. Acesso em 6 nov. 2023.

SOUSA, L.A.R. *et al.* (org). **Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará**. Fortaleza: Littere, 2018, 160p. Disponível em: https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/NNC_livro_colaboradores.pdf. Acesso em: 08 jan. 2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - USP. **Diretrizes assistenciais e legais para a prática profissional de obstetizes nos serviços de saúde**. Escola de Artes, Ciências e Humanidades – USP. 2021, 25p. Disponível em: <http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2021/08/DIRETRIZES-ASSISTENCIAIS-E-LEGAIS.pdf>. Acesso em 15 mai. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. **Transporte Intra e Interhospitalar de Gestantes e Puérperas**. Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, [2015]. Disponível em: https://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/transporte_intra_e_inter_hospitalar_de_gestantes_e_puerpera.pdf. Acesso em 15 mai. 2024

VICTORA, C.G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. DOI:10.1016/S0140-

6736(11)60138-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21561656/>. Acesso em 1 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division**. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>. Acesso em: 20 out. 2023

_____. **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 1 nov. 2023.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA COLETA DOS DADOS DO ESTUDO DOCUMENTAL: MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS DA RAS E RECURSOS HUMANOS DA REGIONAL DE SANTA INÊS

MUNICÍPIO: _____

RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS NO MUNICÍPIO DE ACORDO COM A RAS			
Profissionais	Sim	Não	Quantidade de Observações
Enfermeiros			
Enfermeiros Obstetras			
Médicos			
Médicos com especialidade em obstetrícia			

MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS			
Variáveis	Sim	Não	Observações
Existe RAS estruturada de referência e contra-referência para atendimento obstétricos?			
O município dispõe de hospital?			
Existe leitos Obstétrico Clínicos?			
Existe leitos Obstétrico Cirúrgicos?			
Existe leitos UTI Adulto tipo II?			
Existe UTI Neonatal Tipo II?			
Existe alguns critérios utilizados para encaminhamento de pacientes para serviços de alto risco?			
No município existe algum ambulatório de pré-natal alto risco?			
O município realiza estratificação da gestante no pré natal de risco habitual?			
O município dispõe de exames laboratoriais e de imagem que são preconizados no pré natal e parto?			

APÊNDICE B – TERMO DE RESPONSABILIDADE DE USO DE DADOS

Eu, **Jakson Ricardo Reigo Gomes**, discente do Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio do Sinos, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “Desenvolvimento de Fluxo para Encaminhamento Obstétrico Inter-hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), da Regional de Saúde de Santa Inês, na Região do Vale do Pindaré/MA”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos documentos da Regional de Saúde Santa Inês/MA, a fim de obtenção dos objetivos previstos deste estudo. Sendo que o início da coleta dos dados irá ocorrer após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Também, comprometo-me a manter a confidencialidade e o anonimato dos dados coletados no sistema, que estiverem relacionados com a identificação das usuárias, dos profissionais responsáveis pelos registros e dos serviços de saúde. Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade e o anonimato já referido. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Porto Alegre, 26 de outubro de 2023.



Assinatura do pesquisador responsável
Jakson Ricardo Reigo Gomes

APÊNDICE C – TERMO DE CEDÊNCIA DE DADOS

Termo de Cedência de Dados

Autorizo o acesso às informações dos documentos, para coleta dos dados referente a pesquisa, “Desenvolvimento de Fluxo para Encaminhamento Obstétrico Inter-hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), da Regional de Saúde de Santa Inês, na Região do Vale do Pindaré/MA . O estudo está sendo realizado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da UNISINOS, sob responsabilidade do mestrando Jakson Ricardo Reigo Gomes, sendo que as informações somente poderão ser divulgadas preservando o anonimato dos usuários, cujos registros serão pesquisados e analisados conforme prevê o projeto de pesquisa.

A execução da pesquisa (coleta dos dados/informações) deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, conforme diretrizes e normas das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e 580/2018.

Samia Amélia Figueiredo Colares
Gestora de Saúde - URS Santa Inês/MA

Samia Amélia Figueiredo Colares
Gestora de Saúde - URS Santa Inês/MA

APÊNDICE D- CARTA DE ANUÊNCIA



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE DE SANTA INÊS

Ofício Nº318/2023 URS –SANTA INÊS.

Pindaré-Mirim- MA, 26 de outubro, de 2023.

DA: Unidade Regional de Saúde de Santa Inês.

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Samia Amélia Figueredo Colares, Gestora de Saúde URS Santa Inês-MA, estou ciente do Projeto de Pesquisa intitulado “Desenvolvimento de Fluxo para Encaminhamento Obstétrico Inter-hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), da Regional de Saúde de Santa Inês, na Região do Vale do Pindaré/MA, que será desenvolvido por Jakson Ricardo Reigo Gomes, no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS/RS. Autorizo sua execução, de acordo com os objetivos e a metodologia explicitados no projeto, assim como o acesso aos documentos necessários para realizar a descrição e o mapeamento dos serviços da RAS da regional Santa Inês, relacionados com o atendimento de pacientes obstétricas. Sendo que a coleta dos dados deverá ser dentro das normas e registros institucionais para fins exclusivos da referida pesquisa, com confidencialidade e privacidade quanto a identificação das usuárias e dos profissionais responsáveis pelos registros. A execução da pesquisa (coleta dos dados/informações) deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, conforme diretrizes e normas das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e 580/2018.

Os dados serão coletados no horário de funcionamento do serviço sem trazer prejuízo ao desempenho das atividades. Caso seja necessária alguma informação adicional referente à pesquisa, Jakson Ricardo Reigo Gomes será contatado pelo telefone (98) 98873-9537 ou por e-mail: Jakson.ricardo@hotmail.com.

Samia Amélia Figueredo Colares
Gestora de Saúde - URS Santa Inês
Matrícula Nº 6887338-00

Samia Amélia Figueredo Colares
Gestora de Saúde - URS Santa Inês/MA

APÊNDICE E - MAPEAMENTO DAS INFORMAÇÕES E MATRIZ DE SÍNTESE

Quadro 13. Mapeamento das informações que constituíram a categoria “Atendimento à gestante” e “Estrutura e recursos humanos para o encaminhamento obstétrico inter-hospitalar”, quanto ao documento e as subcategorias.

Documento Título, ano	Gestante em trabalho de parto	Gestante emergência obstétrica	Indicação clínica da necessidade de transferência gestação	critérios de encaminhamento inter-hospitalar	Condições adequadas das ambulâncias e do transporte inter- hospitalar da gestante	Comunicação entre as equipes de saúde	Recursos Humanos e Materiais da RAS
Portaria 11/2015, implantação das Casas de Parto (Brasil, 2015)	-	-	-	X	X	X	X
Portaria 353/2017 (Brasil, 2017a)	X	X	X	-	-	-	-
Portaria 569/2000, Informação (Brasil, 2000)	X	-	-	-	-	-	-
Portaria GM/MS 715/2022a, Informação (Brasil, 2022)	-	-	-	-	-	X	-
Diretriz nacional de assistência ao parto normal. (Brasil, 2022b)	X	X	X	X	-	-	-
Diretrizes assistenciais e legais para a prática profissional de obstetras nos serviços de saúde (Brasil, 2019).	X	X	X	-	-	X	-
Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. (Brasil, 2017c)	X	X	X	-	-	-	-
Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (Brasil, 2017)	X	X	X	-	X	X	-
Manual de gestação de alto risco, (Brasil, 2022c)	X	X	X	-	-	-	-
Manual de orientações quanto a competência técnico científica, ético-legal da equipe de enfermagem nas diversas	X	X	X	-	-	-	-

modalidades de transporte em saúde (COREN-MG, 2019).							
Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (2024)	X	X	X	-	-	-	X
transporte intra e inter-hospitalar de gestantes e puérperas (2015)	-	-	-	-	-	X	-
Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde (2014)	X	X	X	-	X	-	-
Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério (2019)	X	X	X	-	-	-	-
Protocolo de Vinculação da Gestante (Oliveira; Silva, 2017)	X	X	-	X	X	-	-

Quadro 14. Matriz de Síntese: descrição dos documentos quanto ao título, ano; informações sobre atendimento da gestante em trabalho de parto, gestante com intercorrências, situações clínicas que indicam necessidade de transferência, critérios de encaminhamento, condições adequadas das ambulâncias e do transporte, comunicação entre as equipes de saúde e dos recursos humanos e matérias da RAS

Documento Título, ano	Características			
	critérios de encaminhamento inter-hospitalar	Condições adequadas das ambulâncias e do transporte	Comunicação entre as equipes de saúde	Dos recursos humanos e materiais da RAS
Portaria n. 11/2015, implantação das Casas de Parto.	-Transferência da mulher para o hospitalar de referência, nos casos de risco ou intercorrências, para unidades de transporte adequadas, nas 24h do dia e nos 7 dias da semana;	transporte nas 24h nos sete dias da semana.	Garantir a continuidade do cuidado no hospitalar de referência, informando: diagnóstico e as necessidades de tratamento.	a) 01 enfermeiro obstétrico ou obstetrix como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, CH semanal de 40h de trabalho, 8h por dia; b) 01 enfermeiro obstétrico ou obstetrix com cobertura 24h por dia, 7 dias por semana; c) 01 técnico de enfermagem 24h por dia, 7 dias por semana; d) 01 auxiliar de serviços gerais com cobertura 24h por dia, 7 dias da semana;
Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022	-	-	-Sistema de transporte sanitário e transporte regulado de urgência para acompanhamento longitudinal nos serviços de atenção a gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças, nas situações de intercorrências clínicas, cirúrgicas, obstétricas e neonatais."(NR)	-

Continua

Documento Título, ano	Características		
	Gestante em trabalho de parto	Gestante em emergência obstétrica	Situações clínicas que indicam necessidade de transferência gestação
PORTARIA Nº 353, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017	Todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar . Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação A avaliação do bem-estar fetal em parturientes de baixo risco deve ser realizada com ausculta intermitente, em todos os locais de parto.	Emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno. Observações fetais: espaço Qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão o Situação transversa ou oblíqua o Apresentação cefálica alta (-3/3 De Lee) ou móvel em uma nulípara o Suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrosomia o Suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio o Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm o Desacelerações da FCF à ausculta intermitente.	Se mecônio significativo estiver presente, transferir a mulher para uma maternidade baseada em hospital de forma segura desde que seja improvável que o parto ocorra antes da transferência se completar. Solicitar avaliação de um profissional mais experiente se houver incerteza quanto à natureza e extensão do trauma. Transferir a mulher (com a criança) para uma maternidade baseada em hospital, se o parto ocorreu fora da mesma e se o reparo necessitar de avaliação cirúrgica ou anestésica especializada.
PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000	-Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; -Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto	-	-

continua

Documento Título, ano	Características					
	Gestante em trabalho de parto	Gestante em emergência obstétrica	Situações clínicas que indicam necessidade de transferência gestação	critérios de encaminhamento inter-hospitalar	Comunicação entre as equipes de saúde	Dos recursos humanos e materiais da RAS
Diretriz nacional de assistência ao Parto normal (2022)	<ul style="list-style-type: none"> - Atender a gestante quando chega em trabalho de parto; - Investigar o histórico clínico; - Fazer exame de toque vaginal digital, para avaliar clinicamente quanto ao trabalho de parto; - Encaminhar para hospital de referência se a gestante tiver necessidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - O local do parto deve dispor de condições para atendimento imediato de intercorrências e complicações do parto, estando inserido em sistema de transferência eficaz, rápido e seguro para os casos de necessidade de intervenções cirúrgicas ou cuidados intensivos, para a mãe ou para o recém-nascido. 	<ul style="list-style-type: none"> - FC materna >120 bpm em 2 ocasiões com 30 min de intervalo; - PA sistólica \geq 150 mmHg ou PA diastólica \geq 100 mmHg em uma única medida; - PA sistólica \geq 140 mmHg ou diastólica \geq 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 min de intervalo; - Proteinúria de fita 2++ ou mais e uma única medida de PA sistólica \geq 140 mmHg ou diastólica \geq 90 mmHg; - Temperatura \geq 38°C ou mais em uma única medida ou 37,5°C em 2 ocasiões em período de 1h; - Sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão; - Eliminação de mecônio em líquido amniótico; - Dor que difere da normalmente associada às contrações; - Progressão lenta do trabalho de parto; - Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia farmacológica; - Emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno; - Apresentação anômala, incluindo cefálicas defletidas e pélvica; - Apresentação cefálica alta ou móvel em nulípara; - Suspeita de restrição de crescimento fetal ou macrosomia; - Suspeita de oligoâmnio ou polidrâmnio; - Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm; - Desacelerações da FCF à ausculta intermitente. 	<p>O local do parto deve dispor de condições para atendimento imediato de intercorrências e complicações do parto, estando inserido em sistema de transferência eficaz, rápido e seguro para os casos de necessidade de intervenções cirúrgicas ou cuidados intensivos, para a mãe ou para o recém-nascido.</p> <p>A observação e monitoração adequada do progresso do parto e das condições fetais são importantes para reconhecer, em tempo hábil, os desvios da normalidade que possam requerer alguma intervenção ou a transferência da parturiente para níveis mais complexos de assistência.</p>	<p>Envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão.</p>	<p>Os gestores de saúde devem proporcionar condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a atuação integrada e conjunta de médicos, enfermeiras obstétricas e obstetrizas na assistência ao parto de risco habitual, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres.</p>

Continuação

Documento Título, ano	Características			
	Gestante em trabalho de parto	Gestante em emergência obstétrica	Situações clínicas que indicam necessidade de transferência gestação	Comunicação entre as equipes de saúde
DIRETRIZES ASSISTENCIAIS E LEGAIS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL DE OBSTETRIZES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, 2019	<p>1. Realizar o acolhimento da mulher e acompanhante, com escuta ativa e livre de julgamentos.</p> <p>2. Identificar/classificar o risco gineco-obstétrico e estabelecer prioridades de atendimento seguindo protocolos institucionais e/ou do Ministério da Saúde.</p> <p>3. Atuar de maneira segura e com base nas evidências científicas nos casos de urgências e emergências obstétricas (hemorragia da gestação – placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, entre outros);</p> <p>4. Diagnosticar o início do trabalho de parto e encaminhar à unidade de cuidados para a assistência ao parto</p>	<p>Nos casos de Urgências e emergências obstétricas (hemorragia da gestação – placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, entre outros)</p>	<p>Instituir intervenções de acordo com protocolos ou como parte da equipe multiprofissional e/ou realizar encaminhamentos para serviços de referência quando necessário nas situações de:</p> <p>a) alteração de resultados de exames laboratoriais;</p> <p>b) inadequação do ganho ponderal e da nutrição materna;</p> <p>c) diminuição do padrão de atividade fetal;</p> <p>d) inadequação do crescimento fetal;</p> <p>e) elevação da pressão arterial;</p> <p>f) alteração na dosagem de proteína na urina;</p> <p>g) presença de edema significativo, associado ao ganho ponderal;</p> <p>h) queixa de cefaleia intensa;</p> <p>i) queixa de alterações visuais;</p> <p>j) queixa de dor epigástrica associada com pressão sanguínea elevada;</p> <p>k) sangramento vaginal;</p> <p>l) gestação múltipla;</p> <p>m) posição anormal do feto no termo;</p> <p>n) ausência de batimentos cardíacos fetais;</p> <p>o) rotura das membranas ovulares;</p> <p>p) suspeita de oligo ou polidrâmnio, diabetes ou anomalia fetal;</p> <p>q) infecções, como as sexualmente transmissíveis, vaginites, do trato urinário, e das vias respiratórias superiores;</p>	<p>Demonstrar comunicação interpessoal eficaz com mulheres, famílias, equipes de saúde e coletividade</p>

Continua

Documento Título, ano	Características		
	Gestante em trabalho de parto	Gestante em emergência obstétrica	Situações clínicas que indicam necessidade de transferência gestação
Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida (2017c)	<p>-Não realizar exame especular se o diagnóstico de ruptura das membranas for evidente. Se houver dúvida em relação ao diagnóstico de ruptura das membranas realizar um exame especular. Evitar toque vaginal na ausência de contrações.</p> <p>-Até que a indução do trabalho de parto seja iniciada ou se a conduta expectante for escolhida pela gestante para além de 24 horas:</p> <p>-Avaliar a movimentação fetal e a frequência cardíaca fetal na consulta inicial e depois a cada 24 horas após a ruptura precoce das membranas, enquanto a mulher não entrar em trabalho de parto, e aconselhá-la a comunicar imediatamente qualquer diminuição nos movimentos fetais.</p>	<p>-Qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão;</p> <p>-Situação transversa ou oblíqua;</p> <p>-Apresentação cefálica alta (-3/3 De Lee) ou móvel em uma nulípara;</p> <p>-Suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrosomia;</p> <p>-Suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio;</p> <p>-Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm;</p> <p>- Desacelerações da FCF à ausculta intermitente</p>	<p>- Pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;</p> <p>- PA sistólica \geq 160 mmHg OU PA diastólica \geq 110 mmHg em uma única medida;</p> <p>- PA sistólica \geq 140 mmHg OU diastólica \geq 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;</p> <p>- Proteinúria de fita 2++ ou mais E uma única medida de PA sistólica \geq 140 mmHg ou diastólica \geq 90 mmHg;</p> <p>- 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;</p> <p>- Qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão;</p> <p>- Presença de mecônio significativo;</p> <p>-Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;</p> <p>-Progresso lento confirmado do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto;</p> <p>- Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional;</p> <p>- Emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada</p>

continua

Continuação

Documento Título, ano	Características				
	Gestante em trabalho de parto	Gestante em emergência obstétrica	Situações clínicas que indicam necessidade de transferência gestação	Condições adequadas das ambulâncias e do transporte	Comunicação entre as equipes de saúde
Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetria (2017)	Criar ambiente confortável e acolhedor para permanência da parturiente em local destinado à observação e à avaliação do trabalho de parto, quando necessário	Fluxogramas de CR: 1. Desmaio / mal estar geral; 2. Dor abdominal / lombar / contrações uterinas; 3. Dor de cabeça, tontura, vertigem; 4. Falta de ar; 5. Febre / sinais de infecção; 6. Náuseas e vômitos; 7. Perda de líquido vaginal / secreções; 8. Perda de sangue via vaginal; 9. Queixas urinárias; 10. Parada / redução de movimentos fetais; 11. Relato de convulsão; 12. Outras queixas / situações	- Idade gestacional acima de 41 semanas -Encaminhamento de outro serviço devido a USG estar evidenciando risco de morbidade fetal ou alterações do líquido amniótico	As medidas de suporte a vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e a paciente deverá ser transportado / atendido pela Ambulância de Suporte Avançado do SAMU-192	Capacidade de comunicação e interação com equipe multidisciplinar, usuários, SAMU-192, Bombeiros, e outros.
Transpore intra e inter-hospitalar de gestantes e puérperas (2015)	-	-	-	-	Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado

continua

Documento Título, ano	Características		
	Gestante em trabalho de parto	Gestante em emergência obstétrica	Situações clínicas que indicam necessidade de transferência gestação
MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, 2022	<p>Caso a gestante seja dispensada, por se enquadrar na hipótese de um “falso trabalho de parto prematuro”, deve ser bem orientada a respeito das contrações e de outros sinais/sintomas que poderão configurar o início do verdadeiro trabalho de parto prematuro, devendo então retornar rapidamente ao serviço de saúde.</p> <p>Gestantes em trabalho de parto prematuro devem ser internadas e submetidas a anamnese e exame físico detalhados, buscando identificar diagnósticos diferenciais e eventuais comorbidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pré-eclâmpsia grave ou de instalação precoce (<34 semanas). -Tromboembolismo na gestação -Infecção urinária de repetição: ≥ 3 episódios de infecção do trato urinário (ITU) baixa ou ≥ 2 episódios de pielonefrite. -Doenças infecciosas. -Restrição de crescimento fetal confirmada. -Desvios da quantidade de líquido amniótico. -Isoimunização Rh. -Insuficiência istmocervical diagnosticada na gestação atual. -Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual. -Anemia grave (hemoglobina <9 g/dL) ou anemia refratária a tratamento. -Hemorragias na gestação atual. -Placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas). -Acretismo placentário. -Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente). -Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal. -Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado. -Outras condições de saúde de maior complexidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndromes hipertensivas (hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia). • Diabetes mellitus gestacional com necessidade de uso de insulina. • Infecção urinária alta. • Cálculo renal com obstrução. • Restrição de crescimento fetal. • Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrossomia. • Oligoâmnio/polidrâmnio. • Suspeita atual de insuficiência istmo cervical. • Suspeita de acretismo placentário. • Placenta prévia. • Hepatopatias (por exemplo: colestase gestacional ou elevação de transaminases). • Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento. • Suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal. • Isoimunização Rh. • Doenças infecciosas na gestação: sífilis (terciária ou com achados ecográficos sugestivos de sífilis congênita ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina), toxoplasmose aguda, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, tuberculose, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal). • Suspeita ou diagnóstico de câncer. • Transtorno mental.

continua

Documento Título, ano	Características		
	Gestante em trabalho de parto	Gestante em emergência obstétrica	Situações clínicas que indicam necessidade de transferência gestação
Manual de orientações quanto a competência técnica, científica, ético-legal da equipe de enfermagem nas diversas modalidades de transporte em saúde (COREN-MG, 2019).	<p>-Fase de dilatação do colo, até atingir a dilatação de 10 cm (Nesse período é necessário avaliação de profissional habilitado para definição da necessidade e segurança do transporte)</p> <p>-Nas primíparas dura em média de 8 a 18 horas. Já nas mulheres que têm parto vaginal prévio, a duração varia de 5 a 12 horas.</p>	<p>Informar efetivamente a equipe da unidade de destino sobre o quadro clínico do paciente, intercorrências ocorridas durante o transporte, dispositivos utilizados pelo usuário</p>	<p>O transporte de uma gestante pode ocorrer por diversos motivos: transferência devido trabalho de parto ou intercorrências clínicas da gestação com necessidade imediata de atendimento em local adequado para seu risco obstétrico, consultas e exames complementares e transferências entre unidades de saúde por motivos variados. Tais deslocamentos podem ocorrer em qualquer momento da gestação e serem realizados entre serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade ou do próprio domicílio da mulher.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo. -PA sistólica \geq 160 mmHg OU PA diastólica \geq 110 mmHg em uma única medida. -PA sistólica \geq 140 mmHg OU diastólica \geq 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo -Proteinúria de fita 2++ ou mais -Única medida de PA sistólica \geq 140 mmHg ou diastólica \geq 90 mmHg -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 -Qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão -Presença de mecônio significativo -Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações -Progresso lento confirmado do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto -Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional -Hemorragia anteparto -Prolapso de cordão -Hemorragia pós-parto -Convulsão ou colapso materno ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada -Placenta retida -Lacerações perineais de terceiro e quarto grau ou outro trauma perineal complicado -Observações fetais: <ul style="list-style-type: none"> -Qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão -Situação transversa ou oblíqua -Suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrossomia -Suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio -Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm -Desacelerações da FCF à ausculta intermitente.

Documento Título, ano	Características			
	Gestante em trabalho de parto	Gestante em emergência obstétrica	Situações clínicas que indicam necessidade de transferência gestação	Dos recursos humanos e matérias da RAS
Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2024	A assistência à mulher em trabalho de parto e durante o parto pode ser realizada por médico obstetra, enfermeiro obstetra e técnico de enfermagem O acompanhamento da evolução do trabalho de parto de risco habitual será realizado por enfermeiro obstétrica. A reclassificação deverá ser realizada a de quatro horas de trabalho de parto ativo ou na presença de intercorrências.	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 reclassificação será a cada período de quatro horas de trabalho de parto ativo ou na presença de intercorrências	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. Qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão ou referente à fase de dilatação cervical; 5. Progresso lento do primeiro e/ou segundo períodos do trabalho de parto, confirmado através do partograma; 6. Emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, hemorragia pós-parto, convulsão ou colapso materno; 7. Placenta retida por mais de 20 minutos e/ou suspeita de restos placentários na cavidade uterina; 8. Lacerações perineais de terceiro e quarto grau ou outro trauma perineal complicado; 9. E outras distócias diagnosticadas pelo enfermeiro obstetra; 10. Alterações na dinâmica uterina (hipoatividade, ausência de dinâmica uterina, hipertonia e/ou taquissístolia); 13. Alterações na anatomia uterina (anel de Bandl ou sinal de Frommel).	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)

continua

Documento Título, ano	Características			
	Gestante em trabalho de parto	Gestante em emergência obstétrica	Situações clínicas que indicam necessidade de transferência gestação	Condições adequadas das ambulâncias e do transporte
Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, 2014	<p>Todo RN e gestante com intercorrências e/ou em trabalho de parto devem ter prioridade no atendimento. Devem ser acolhidos, avaliados e assistidos em qualquer ponto de atenção na rede de saúde onde procuram assistência, seja a unidade básica de saúde, o serviço de urgência, a maternidade ou o hospital, de modo a não haver perda de oportunidade de se prover cuidados adequados a cada caso. Deve ser avaliada a necessidade de realização de algum tratamento, internação e/ou transferência responsável para serviço de maior complexidade, quando necessário</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Idade <16 anos ou >35 anos •Ausência de cuidado pré-natal •Diabetes •Rotura prematura das membranas •Hipertensão específica da gestação •Pós-maturidade •Hipertensão crônica •Gestação múltipla •Anemia fetal ou aloimunização •Discrepância entre idade gestacional e peso ao nascer •Óbito fetal ou neonatal anterior •Diminuição da atividade fetal •Sangramento no 2o ou 3o trimestre •Uso de drogas ilícitas •Infecção materna •Malformação ou anomalia fetal •Doença materna cardíaca, renal, tireoidiana ou neurológica •Uso de medicações (por exemplo, magnésio e bloqueadores adrenérgicos) •Polidrâmnio ou oligoâmnio •Hidropsia fetal 	<ul style="list-style-type: none"> •Cesariana de emergência •Bradycardia fetal •Uso de fórceps ou extração a vácuo •Padrão anormal de frequência cardíaca fetal •Apresentação não cefálica •Anestesia geral •Trabalho de parto prematuro •Tetania uterina •Parto taquitéico •Líquido amniótico meconial •Corioamnionite •Prolapso de cordão •Rotura prolongada de membranas (>18 horas antes do parto) •Uso materno de opioides nas 4 horas que antecedem o parto •Trabalho de parto prolongado (>24 horas) •Segundo estágio do trabalho de parto prolongado (>2 horas) •Placenta prévia •Descolamento prematuro da placenta •Macrossomia fetal •Sangramento intraparto abundante 	<p>O encaminhamento ao hospital deve ser sempre realizado em veículo apropriado, com pessoal de saúde qualificado, segundo as normas de transporte</p>

continua

Documento Título, ano	Características		
	Gestante em trabalho de parto	Gestante em emergência obstétrica	Situações clínicas que indicam necessidade de transferência gestação
Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério, 2019	O período final da gestação, com relação à data provável do parto, deve ter monitoramento mais intenso. O estrato de risco, o risco de prematuridade, a distância e tempo de deslocamento até a maternidade de referência, as condições de transporte e as particularidades do plano de parto definem a necessidade de transferência da gestante para a Casa da Gestante ou local similar de hospedagem próximo à maternidade, previamente ao início do trabalho de parto.	<ul style="list-style-type: none"> ● Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrosomia) ● Malformação ● Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos) ● Diabetes gestacional ● Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade ● Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal ● Cesárias prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal) ● Intervalo interpartal <2 anos Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: <ul style="list-style-type: none"> ● Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite ● Ganho de peso inadequado ● Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita) ● Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo) ● Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável ● PAS ≥160mmHg ou PAD ≥110mmHg, escotomas visuais, diplopia, cefaleia, epigastralgia, dor no hipocôndrio direito e confusão mental ● Eclâmpsia ● Gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização) ou suspeita de neurosífilis ● Suspeita de pielonefrite, corioamnionite ou qualquer infecção de tratamento hospitalar ● Anidrâmnio ● Polidrâmnio grave ou sintomático ● Ruptura prematura de membranas ● Hipertonia uterina ● Gestação a partir de 41 semanas confirmadas ● Hemoglobina menor que 6g/dL ou sintomática, com dispneia, taquicardia e hipotensão ● Dor abdominal intensa/abdome agudo em gestante ● Suspeita de TVP ● Hiperêmese gravídica: vômitos incoercíveis, sem melhora com tratamento oral/desidratação ● Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de gestação ● Vitalidade fetal alterada (perfil biofísico fetal ≤6; diástole zero em umbilical, cardiocotografia não tranquilizadora, ausência ou redução de movimentos fetais por mais de 12 horas em gestação com mais de 26 semanas e suspeita de morte fetal) ● Diagnóstico ultrassonográfico de doença trofoblástica gestacional ● Outras urgências clínicas ● Isoimunização Rh ● Trabalho de parto pré-termo

Documento Título, ano	Características			
	Gestante em trabalho de parto	Gestante em emergência obstétrica	critérios de encaminhamento inter-hospitalar	Condições adequadas das ambulâncias e do transporte
PROTOCOLO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE, (Oliveira; Silva, 2017)	<p>É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.</p> <p>A gestante deve ser vinculada à maternidade de referência no início do pré-natal, sendo orientada a procurar este serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto, obedecendo ao fluxo municipal traçado e pactuado. É importante lembrar que alguns municípios definiram que a porta de entrada para qualquer intercorrência durante a gestação é a Unidade Pronto Atendimento.</p>	<p>Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, tuberculose, rubéola, gengivites e periodontites, toxoplasmose etc.) Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias)</p>	<p>O formulário de encaminhamento da gestante a maternidade de referência a gestação de alto risco (Referência) deverá ser adequadamente preenchido após a 36 semana de gravidez e ou conforme a avaliação clínica da paciente no cartão da gestante e preenchido o mapa de vinculação, atentando para o preenchimento correto, uma vez que é o meio de comunicação entre a gestante, equipe ESF, os profissionais da unidade especializada e os profissionais da maternidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pré-Eclâmpsia Leve E Grave/Eclâmpsia -Hipertensão Crônica De Qualquer Etiologia -Diabetes Mellitus Gestacional (DEG) -Natimorto -Parto prematuro -Óbitos Fetais -História de recém-nascido com crescimento restrito ou Malformação Fetal -Placenta Prévia e DPP -Incompetência Istmo-cervical -Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesárias anteriores -Nuliparidade e grande multiparidade -Ameaça de aborto -Anomalia do Trato Geniturinário -Placenta Prévia -Câncer Materno -Isoimunização/Doença Hemolítica -Esterilidade Tratada -Neoplasia Ginecológica -Malformações Congênitas -CIUR – Crescimento Intra-uterino Restrito -Polidrâmnio e Oligodrâmnio 	<p>Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.</p>

			<ul style="list-style-type: none">-Citologia Cervical Anormal (NIC I, II, III)-Gestação Gemelar-Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico	
--	--	--	---	--