



# PROTOCOLO DE ACESSO À INTERNAÇÃO EM OBSTETRÍCIA

NA REDE ESTADUAL DE SAÚDE DO MARANHÃO



ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA REDE HOSPITALAR MATERNO INFANTIL

**PROTOCOLO DE ACESSO À INTERNAÇÃO EM OBSTETRÍCIA NA REDE  
ESTADUAL DE SAÚDE DO MARANHÃO**

São Luís  
2026

2026. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição-Não Comercial – Compartilha Igual 4.0 Internacional.  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

## **GOVERNADOR DO ESTADO DO MARANHÃO**

Carlos Orleans Brandão Junior

### **Secretário de Estado da Saúde**

Tiago José Mendes Fernandes

### **Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde**

Kátia Cristina de Castro Veiga Trovão

### **Superintendência de Assistência à Saúde**

Luciana Albuquerque de Oliveira

### **Coordenação da Rede Hospitalar Materno Infantil**

Tercia Silva Carvalho

## **ELABORAÇÃO**

**Maria do Perpétuo Socorro Araújo Braide** - Médica Ginecologista/Obstetra, Diretora Geral/ Técnica da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA)/ Coordenadora médica obstetrícia ACQUA.

**Cleimilson Alves da Silva** - Médico Ginecologista/Obstetra – Diretor Clínico da MACMA.

**Anna Cindy Araújo Leite** - Enfermeira – Gerente de Qualidade e Segurança da MACMA.

**Tércia Silva Carvalho** - Enfermeira – Coordenadora da Rede Hospitalar Materno Infantil da SAAS/SES.

**Carlos Antônio Coimbra Sousa** - Coordenador Médico da UTI Materna da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA).

**Analamácia Pereira de Brito** - Enfermeira – Supervisora Técnica Instituto ACQUA.

## **REVISORES**

**Luciana Albuquerque de Oliveira** - Gerente de Assistência à Saúde.

**Luciana Artioli Costa** - Assessora Especial da Gerência de Assistência à Saúde.

**Izabela Cristina de Araújo Silva** - Enfermeira – Especialista Qualidade EMSERH.

**Joenvilly Cardinele Rêgo Oliveira Azevedo** - Enfermeira – Gerente da Qualidade da EMSERH.

**Ana Caroline Mendes Ramos** - Enfermeira – Especialista Qualidade EMSERH.

**Thalita Pereira Veiga** - Superintendente do Complexo de Regulação Estadual – SAAS/SES

## **APOIO**

**Thalita Pereira Veiga** - Gerente do Complexo de Regulação Estadual – SAAS/SES.

**Ana Lúcia Nunes** - Diretora Administrativa da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão.

**Melissa Helena Faray Vieira** - Técnica da Coordenação de Avaliação e Monitoramento da Qualidade.

## **APOIO EDITORIAL**

*Escola De Saúde Pública Do Maranhão – ESP/MA*

### **Diretora Administrativa**

Ana Lúcia Nunes

### **Diretor Científico**

Antônio Carlos Pereira da Silva Júnior

### **Coordenadora de Tecnologias Educacionais**

Elisa Santos Magalhães Rodrigues

### **Normalização**

Josélia Pereira Rodrigues – Bibliotecária - ESP/MA

### **Revisão**

Marilaine Pereira Santiago – Letróloga - ESP/MA

### **Diagramação**

Bianca Cecília Santos Costa – Designer Gráfica - ESP/MA


## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

<b>CIUR</b>	- Crescimento Intrauterino Restrito
<b>HIV</b>	- Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HUMI</b>	- Hospital Universitário Materno Infantil
<b>IG</b>	- Idade Gestacional
<b>IMC</b>	- Índice de Massa Corporal
<b>ITU</b>	- Infecção do Trato Urinário
<b>MACMA</b>	- Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão
<b>MARI</b>	- Maternidade de Alto Risco de Imperatriz
<b>ODS</b>	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>PA</b>	- Pressão Arterial
<b>PIG</b>	- Pequeno para Idade Gestacional
<b>RCIU</b>	- Restrição de Crescimento Intra Uterino
<b>RMM</b>	- Razão de Mortalidade Materna
<b>RN</b>	- Recém-Nascido
<b>RPMO</b>	- Ruptura Prematura de Membranas Ovulares
<b>SHEG</b>	- Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
<b>SUS</b>	- Sistema Único de Saúde
<b>UCINCo</b>	- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
<b>TEP</b>	- Tromboembolismo Pulmonar
<b>TVP</b>	- Trombose Venosa Profunda
<b>USG</b>	- Ultrassonografia
<b>UTI</b>	- Unidade de Terapia Intensiva
<b>SES</b>	- Secretaria de Estado de Saúde
<b>SOGIMA</b>	- Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Maranhão

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	9
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	11
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	11
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	11
<b>3 EPIDEMIOLOGIA</b> .....	12
<b>4 DESCRIÇÃO</b> .....	13
<b>4.1 Critérios gerais a serem seguidos por todas as maternidades</b> .....	13
<b>4.2 Perfis para obstetrícia</b> .....	14
<b>4.3 Perfis para obstetrícia – Baixo Risco</b> .....	15
4.3.1 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional Adélia Matos Fonseca (Itapecuru Mirim - MA) ..	15
4.3.2 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Monção (Monção - MA) .....	16
4.3.3 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Barreirinhas .....	17
4.3.4 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Carutapera .....	18
4.3.5 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Morros .....	19
4.3.6 Perfil para obstetrícia – Maternidade de Paço do Lumiar .....	20
4.3.7 Perfil para obstetrícia – Maternidade Nossa Senhora da Penha .....	21
4.3.8 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional Dr. José Ferreira dos Reis (Paulino Neves) .....	22
4.3.9 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Santa Luzia do Paruá .....	23
4.3.10 Perfil para obstetrícia – Hospital e Maternidade de São Mateus .....	24
4.3.11 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Timbiras .....	25
<b>4.4 Perfil para obstetrícia – Médio Risco</b> .....	26
4.4.1 Perfil para obstetrícia – Maternidade Benedito Leite .....	26
4.4.2 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Alto Alegre .....	27
4.4.3 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco .....	29
4.4.4 Perfil para obstetrícia – Macrorregional Humberto Coutinho .....	30
4.4.5 Perfil para obstetrícia – Macrorregional Dr. Alexandre Mamede Trovão (Coroatá) .....	32
4.4.6 Perfil para obstetrícia – Hospital Macrorregional Tomás Martins .....	33
4.4.7 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Balsas .....	35
<b>4.5 Perfil obstetrícia – Alto Risco</b> .....	36
4.5.1 Perfil para obstetrícia – Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA) .....	36
4.5.2 Perfil para obstetrícia – Maternidade de Alto Risco de Imperatriz (MARI) .....	38
<b>5 INDICADORES</b> .....	41
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	42
<b>APÊNDICES</b> .....	43

<b>APÊNDICE A – FLUXO DE REFERÊNCIA OBSTÉTRICA PARA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO MARANHÃO</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE B – FICHA TÉCNICA DE INDICADORES</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE C – PACIENTES TRANSFERIDAS APÓS ESTABELECIDAS AS PRIMEIRAS CONDUTAS DE ESTABILIZAÇÃO</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE D – TAXA DE MORTALIDADE POR COMPLICAÇÕES NO DESLOCAMENTO</b>	<b>49</b>

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOC Nº</b> SAAS/GERAS/ PROT/00021
	<b>Protocolo de Acesso à Internação em Obstetrícia na Rede Estadual de Saúde do Maranhão</b>	<b>VERSÃO</b> 01
		<b>VALIDADE</b> 15/07/2028
<p><b>ELABORAÇÃO</b></p> <p>Maria do Perpétuo Socorro Araújo Braide</p> <p>Cleimilson Alves da Silva</p> <p>Anna Cindy Araújo Leite</p> <p>Analamácia Brito</p> <p>Tércia Silva Carvalho</p> <p>Carlos Antônio Coimbra Sousa</p>	<p><b>CARGO</b></p> <p>Médica Ginecologista/Obstetra. Diretora Geral/Técnica da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA);</p> <p>Médico Ginecologista /Obstetra/ Diretor Clínico da MACMA</p> <p>Enfermeira – Gerente de Qualidade e Segurança da MACMA</p> <p>Enfermeira – Responsável Técnica das Maternidades Instituto ACQUA</p> <p>Enfermeira – Coordenadora da Rede Materno Infantil da SAAS/SES</p> <p>Coordenador Médico da UTI Materna da MACMA</p>	<p><b>DATA</b> 15/07/2025</p>
<p><b>REVISÃO</b></p> <p>Luciana Albuquerque de Oliveira</p> <p>Luciana Artioli Costa</p> <p>Thalita Pereira Veiga</p> <p>Izabela Cristina de Araújo Silva</p> <p>Joenvilly Cardinele Rêgo Oliveira Azevedo</p> <p>Ana Caroline Mendes Ramos</p> <p>Gestores das Maternidades e Hospitais da Rede Estaduais com Perfil de obstetrícia</p>	<p><b>CARGO</b></p> <p>Gerente de Assistência à Saúde</p> <p>Assessora Especial da Superintendência de Assistência à Saúde</p> <p>Superintendente do Complexo de Regulação Estadual – SAAS/SES</p> <p>Enfermeira – Especialista Qualidade EMSERH</p> <p>Enfermeira – Especialista Qualidade EMSERH-Gerente da Qualidade EMSERH</p> <p>Enfermeira – Especialista Qualidade EMSERH</p> <p>Direção e coordenação</p>	<p><b>DATA</b> 15/07/2025</p>

<b>APROVAÇÃO</b> Katia Cristina de Castro Veiga Trovão	<b>CARGO</b> Secretária Adjunta de Assistência à Saúde
<b>RESPONSÁVEIS</b> Médicos, enfermeiros, equipes de recepção hospitalar e profissionais da regulação estadual, envolvidos diretamente nos fluxos de encaminhamento, acolhimento e internação obstétrica.	<b>DISTRIBUIDO PARA</b> Todas as maternidades e serviços hospitalares de referência obstétrica do estado do Maranhão.

## APRESENTAÇÃO

O Protocolo de Acesso à Internação em Obstetrícia na Rede Estadual de Saúde do Maranhão tem como objetivo estabelecer diretrizes padronizadas para o encaminhamento, acolhimento e admissão de gestantes nas maternidades e serviços hospitalares de referência obstétrica.

Sua elaboração baseia-se nos princípios da integralidade, equidade e regionalização da atenção, fortalecendo a Rede de Atenção Materna e Infantil no Estado, em consonância com a Política Nacional de Regulação do SUS, a Rede Alyne e as recomendações do Ministério da Saúde.

Este protocolo busca garantir:

- a) Acesso oportuno e seguro à internação obstétrica;
- b) Organização dos fluxos de referência e contrarreferência entre os pontos da rede;
- c) Melhoria na comunicação entre os serviços reguladores, unidades hospitalares e atenção primária;
- d) Redução da morbimortalidade materna e neonatal por meio do acolhimento qualificado e do cuidado humanizado.

A padronização dos fluxos e critérios de regulação contribui para a transparência do processo de internação e para a racionalização do uso de leitos obstétricos na rede estadual. O documento também orienta os profissionais quanto às condutas frente a situações específicas, como gestantes de alto risco ou usuárias em situação de vulnerabilidade social.

A Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão reafirma, por meio deste protocolo, seu compromisso com a qualificação do cuidado obstétrico, a gestão eficiente da rede e a defesa da vida de mulheres e recém-nascidos (RN) em todo o território estadual.

## 1 INTRODUÇÃO

O acesso seguro e regulado à internação obstétrica é um componente essencial da atenção materna e neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua organização deve garantir cuidado contínuo, resolutivo e humanizado, conforme preconizado pela Rede de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Portaria GM/MS n.º 5.350, de 12 de setembro de 2024.

A padronização dos fluxos assistenciais e regulatórios para a internação obstétrica visa assegurar equidade, agilidade no acesso e articulação entre os níveis de atenção, conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2021) e do Manual de Regulação do Acesso Assistencial no SUS (Brasil, 2013).

No estado do Maranhão, o fortalecimento da Rede de Atenção Materna e Infantil é uma prioridade estratégica, conforme estabelecido no Plano Estadual de Redução da Mortalidade Materna e Infantil (Maranhão, 2023). A elaboração deste protocolo tem como objetivo unificar critérios e responsabilidades entre os pontos da rede de saúde, promovendo transparência nos fluxos de regulação, otimização do uso de leitos obstétricos e redução da morbimortalidade materna e neonatal no território estadual.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Estabelecer diretrizes padronizadas para o acesso, encaminhamento e internação de gestantes nas unidades de referência obstétrica da Rede Estadual de Saúde do Maranhão, promovendo a organização dos fluxos assistenciais e regulatórios, a equidade no acesso e a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

### 2.2 Objetivos específicos

- a) Definir critérios clínicos e administrativos para o encaminhamento e internação de gestantes nas maternidades e hospitais de referência estadual.
- b) Padronizar os fluxos de comunicação e regulação entre as unidades solicitantes, a Central Estadual de Regulação e os serviços hospitalares de destino.
- c) Estabelecer responsabilidades institucionais entre os profissionais envolvidos no acolhimento, triagem e internação obstétrica.
- d) Garantir acesso humanizado, seguro e em tempo oportuno, especialmente para gestantes em situação de risco ou vulnerabilidade.
- e) Promover a integração da rede de atenção à saúde da mulher, articulando os diferentes níveis de atenção conforme a Rede Alyne (Rede de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente).
- f) Contribuir para a qualificação da gestão dos leitos obstétricos, otimizando a utilização dos recursos e fortalecendo a governança clínica e regulatória.
- g) Reduzir eventos adversos, atrasos no atendimento e desfechos desfavoráveis, por meio da organização eficaz do acesso à internação.

### 3 EPIDEMIOLOGIA

A mortalidade materna permanece como um dos principais indicadores de desigualdade social e falhas nos sistemas de saúde. No Brasil, apesar dos avanços no acesso aos serviços obstétricos, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) ainda está acima das metas estabelecidas pelos compromissos internacionais.

Segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna do Ministério da Saúde, o país registrou, em 2022, uma RMM estimada de 87,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos, número consideravelmente acima da meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que prevê a redução da RMM para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos até 2030 (Brasil, 2023).

No Maranhão, a situação é ainda mais preocupante. Em 2022, o estado apresentou uma RMM de 114,6 por 100 mil nascidos vivos, colocando-se entre os piores indicadores da região Nordeste. As principais causas diretas de óbitos maternos foram hemorragia obstétrica, hipertensão gestacional, infecções puerperais e complicações relacionadas ao parto e puerpério (Maranhão, 2023).

Grande parte dessas mortes ocorre em contextos evitáveis, relacionados a:

- a) Atraso na identificação e condução de risco na gestação;
- b) Acesso tardio ou insuficiente à internação obstétrica;
- c) Fragmentação dos fluxos de referência e contrarreferência;
- d) Falhas na regulação e superlotação das unidades especializadas.

A adoção de protocolos assistenciais e regulatórios padronizados, como o presente documento, visa contribuir para a reorganização do acesso, qualificação do cuidado e resposta efetiva aos fatores determinantes da mortalidade materna no estado.

## 4 DESCRIÇÃO

### 4.1 Critérios gerais a serem seguidos por todas as maternidades

1. Atendimento obrigatório, independentemente da disponibilidade de leitos.
2. Cumprimento do protocolo assistencial conforme o perfil da maternidade.
3. Proibida a transferência nos seguintes casos:
  - a) Gestante com descolamento prévio de placenta;
  - b) Gestante com gestação ectópica rota;
  - c) Gestante sem pré-natal, quando se trata de caso de resolução da gestação;
  - d) Gestante em vulnerabilidade social, quando se trata de caso de resolução da gestação.
4. Condutas específicas:
  - a) Gestantes sem pré-natal: realizar exames preconizados no protocolo durante a admissão. Encaminhar à enfermaria de alto risco (Maternidade de Alto Risco de Imperatriz - MARI ou Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão - MACMA, conforme localização), se for o caso;
  - b) Gestantes em vulnerabilidade social (ex.: mulheres em situação de rua, com necessidades em saúde mental ou uso de substâncias): não transferir em caso de resolução da gestação. Encaminhar à enfermaria de alto risco (MARI ou MACMA) se necessário.
5. Transferências só devem ocorrer após estabilização clínica da paciente.
6. Condutas para casos de infecção:
  - a) Infecção de ferida operatória ou deiscência: retorno à maternidade de origem;
  - b) Infecção intra-abdominal: transferência para MARI ou MACMA, conforme localização.
7. Aborto Seguro (art. 128 do Código Penal Brasileiro): < 12 anos transferir para Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI), a partir de 13 anos transferir para Maternidade de Alta Complexidade (MACMA) ou Maternidade de Alto Risco de Imperatriz (MARI).
8. Todas as gestantes com feto cardiopata devem ser transferidas para a MACMA com aproximadamente 37 semanas de gravidez. Após a resolução da gravidez, será solicitado leito para o RN no Hospital Carlos Macieira.

## 4.2 Perfis para obstetrícia

Quadro 1 - Perfis para Obstetrícia.

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
Hospital Regional Adélia Matos Fonseca (Itapecuru Mirim - MA)	Maternidade Benedito Leite	Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão - MACMA
Hospital Regional de Barreirinhas - MA	Hospital Regional de Alto Alegre	Maternidade de Alto Risco de Imperatriz - MARI
Hospital Regional de Carutapera - MA	Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco	
Hospital Regional de Morros - MA	Hospital Macrorregional Humberto Coutinho	
Maternidade de Paço do Lumiar - MA	Hospital Macrorregional Dr. Alexandre Mamede Trovão (Coroatá - MA)	
Maternidade Nossa Senhora da Penha	Hospital Macrorregional Tomás Martins (Santa Inês - MA)	
Hospital Regional Dr. José Ferreira dos Reis (Paulino Neves - MA)	Hospital Regional de Balsas	
Hospital Regional de Santa Luzia do Paruá - MA		
Hospital e Maternidade de São Mateus		
Hospital Regional de Timbiras		
Hospital Regional de Monção (Monção - MA)		

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

### 4.3 Perfis para obstetrícia – Baixo Risco

#### 4.3.1 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional Adélia Matos Fonseca (Itapecuru Mirim -MA)

##### *Casos que devem ser atendidos*

- 1) Trabalho de parto de baixo risco (Idade Gestacional – IG  $\geq$  37 semanas).
- 2) Abortamentos espontâneos - realizar curetagem somente se conteúdo endometrial  $>$  2cm ( $>$ 20 milímetros). Conteúdo endometrial abaixo de 2 cm (20 milímetros), estando a paciente hemodinamicamente estável sem sinais de infecção – alta para casa e reavaliar em até 72 horas.
- 3) Óbito fetal sem comorbidades maternas, desde que sem cesárea anterior:
  - Com cesárea anterior, encaminhar para a Maternidade Benedito Leite.
- 4) Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) a termo ( $\geq$  37 semanas).
- 5) Infecção do Trato Urinário (ITU)  $\geq$  37 semanas:
  - Se em trabalho de parto: **não transferir**;
  - Em caso de internação clínica (ex. pielonefrite): encaminhar para MACMA.
- 6) Gestantes com até duas cesáreas anteriores.
- 7) Infecção de ferida operatória, desde que a cesariana tenha sido realizada nesta unidade.
- 8) Deiscência de ferida operatória com necessidade de ressutura, se a cesariana foi feita nesta unidade.
- 9) Hipertensão leve ou transitória (Pressão Arterial - PA  $\leq$  140x90 mmHg).
- 10) Gestantes com sífilis reagente.
- 11) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético e sem sinais de macrosomia fetal.
- 12) Tireoidopatias controladas.
- 13) Gestantes HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) positivas, desde que em acompanhamento e sem intercorrências clínicas.
- 14) Gestantes com vulnerabilidade social (ex.: mulheres em situação de rua, com necessidades de saúde mental ou uso de substâncias):
  - Em trabalho de parto: **não transferir**;
  - Se houver necessidade de internação clínica: encaminhar para MACMA.

##### *Casos que devem ser transferidos*

- 1) Aborto seguro:
  - Menor ou igual a 12 anos: Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);

- A partir de 13 anos: Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).
- 2) Gestantes com RPMO (< 37 semanas): encaminhar para a Maternidade Benedito Leite.
  - 3) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato: encaminhar para MACMA.
  - 4) Casos de média e alta complexidade deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

#### 4.3.2 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Monção (Monção - MA)

##### ***Casos que devem ser atendidos***

- 1) Trabalho de parto de baixo risco (Idade Gestacional – IG  $\geq$  37 semanas).
- 2) Abortamentos espontâneos - realizar curetagem somente se conteúdo endometrial > 2 cm (>20 milímetros). Conteúdo endometrial abaixo de 2 cm (20 milímetros), estando a paciente hemodinamicamente estável sem sinais de infecção – alta para casa e reavaliar em até 72 horas).
- 3) Óbito fetal sem comorbidades maternas, desde que sem cesárea anterior:
  - Com cesárea anterior, encaminhar para a Maternidade Benedito Leite.
- 4) Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) a termo ( $\geq$  37 semanas).
- 5) Infecção do Trato Urinário (ITU)  $\geq$  37 semanas:
  - Se em trabalho de parto: **não transferir**;
  - Em caso de internação clínica (ex.: pielonefrite): encaminhar para MACMA.
- 6) Gestantes com até duas cesáreas anteriores.
- 7) Infecção de ferida operatória, desde que a cesariana tenha sido realizada nesta unidade.
- 8) Deiscência de ferida operatória com necessidade de ressutura, se a cesariana foi feita nesta unidade.
- 9) Hipertensão leve ou transitória (Pressão Arterial - PA  $\leq$  140x90 mmHg).
- 10) Gestantes com sífilis reagente.
- 11) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético e sem sinais de macrosomia fetal.
- 12) Tireoidopatias controladas.
- 13) Gestantes HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) positivas, desde que em acompanhamento e sem intercorrências clínicas.
- 14) Gestantes com vulnerabilidade social (ex.: mulheres em situação de rua, com necessidades de saúde mental ou uso de substâncias):
  - Em trabalho de parto: **não transferir**;
  - Se houver necessidade de internação clínica: encaminhar para MACMA.

### ***Casos que devem ser transferidos***

#### 1) Aborto seguro:

- Menor ou igual a 12 anos: Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
- A partir de 13 anos: Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).

#### 2) Gestantes com RPMO (< 37 semanas): encaminhar para Maternidade Benedito Leite.

#### 3) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato: encaminhar para MACMA.

#### 4) Casos de média e alta complexidade deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

### 4.3.3 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Barreirinhas

#### ***Casos que devem ser atendidos***

#### 1) Trabalho de parto de baixo risco (idade gestacional $\geq$ 37 semanas).

#### 2) Abortamentos espontâneos - realizar curetagem somente se conteúdo endometrial > 2cm (>20 milímetros). Conteúdo endometrial abaixo de 2 cm (20 milímetros), estando a paciente hemodinamicamente estável sem sinais de infecção – alta para casa e reavaliar em até 72 horas.

#### 3) Óbito fetal sem comorbidades maternas, desde que sem cesárea anterior:

- Com cesárea anterior, encaminhar para a Maternidade Benedito Leite.

#### 4) Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) a termo ( $\geq$ 37 semanas).

#### 5) Infecção do Trato Urinário (ITU) $\geq$ 37 semanas:

- Se em trabalho de parto: **não transferir**;
- Em caso de internação clínica (ex.: pielonefrite): encaminhar para MACMA.

#### 6) Gestantes com até quatro cesáreas anteriores.

#### 7) Infecção de ferida operatória, desde que a cesariana tenha sido realizada nesta unidade.

#### 8) Deiscência de ferida operatória com necessidade de ressutura, se a cesariana foi feita nesta unidade.

#### 9) Hipertensão leve ou transitória (PA $\leq$ 140x90 mmHg).

#### 10) Gestantes com sífilis reagente.

#### 11) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético e sem sinais de macrosomia fetal.

#### 12) Tireoidopatias controladas.

#### 13) Gestantes HIV positivas, desde que em acompanhamento e sem intercorrências clínicas.

#### 14) Gestantes com vulnerabilidade social (ex.: mulheres em situação de rua, com necessidades de saúde mental ou uso de substâncias):

- Em trabalho de parto: **não transferir**;
- Se houver necessidade de internação clínica: encaminhar para MACMA.

### ***Casos que devem ser transferidos***

#### 1) Aborto seguro:

- Menor ou igual a 12 anos: Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
- A partir de 13 anos: Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).

#### 2) Gestantes com RPMO (< 37 semanas): encaminhar para Maternidade Benedito Leite.

#### 3) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato: encaminhar para MACMA.

#### 4) Casos de média e alta complexidade deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

### 4.3.4 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Carutapera

#### ***Casos que devem ser atendidos***

#### 1) Trabalho de parto de baixo risco (idade gestacional $\geq$ 37 semanas).

#### 2) Abortamentos espontâneos - realizar curetagem somente se conteúdo endometrial > 2 cm (>20 milímetros). Conteúdo endometrial abaixo de 2 cm (20 milímetros), estando a paciente hemodinamicamente estável sem sinais de infecção – alta para casa e reavaliar em até 72 horas.

#### 3) Óbito fetal sem comorbidades maternas, desde que sem cesárea anterior:

- Com cesárea anterior, encaminhar para a Maternidade Benedito Leite.

#### 4) Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) a termo ( $\geq$ 37 semanas).

#### 5) Infecção do Trato Urinário (ITU) $\geq$ 37 semanas:

- Se em trabalho de parto: **não transferir**;
- Em caso de internação clínica (ex. pielonefrite): encaminhar para MACMA.

#### 6) Gestantes com até uma cesárea anterior.

#### 7) Infecção de ferida operatória, desde que a cesariana tenha sido realizada nesta unidade.

#### 8) Deiscência de ferida operatória com necessidade de ressutura, se a cesariana foi feita nesta unidade.

#### 9) Hipertensão leve ou transitória (PA $\leq$ 140x90 mmHg).

#### 10) Gestantes com sífilis reagente.

#### 11) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético e sem sinais de macrosomia fetal.

#### 12) Tireoidopatias controladas.

13) Gestantes HIV positivas, desde que em acompanhamento e sem intercorrências clínicas.

14) Gestantes com vulnerabilidade social (ex.: mulheres em situação de rua, com necessidades de saúde mental ou uso de substâncias):

- Em trabalho de parto: **não transferir**;
- Se houver necessidade de internação clínica: encaminhar para MACMA.

#### ***Casos que devem ser transferidos***

1) Aborto seguro:

- Menor ou igual a 12 anos: Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
- A partir de 13 anos: Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).

2) Gestantes com RPMO (< 37 semanas): encaminhar para a Maternidade Benedito Leite.

3) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato: encaminhar para MACMA.

4) Casos de média e alta complexidade deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

#### 4.3.5 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Morros

##### ***Casos que devem ser atendidos***

1) Trabalho de parto de baixo risco (idade gestacional  $\geq$  37 semanas).

2) Abortamentos espontâneos - realizar curetagem somente se conteúdo endometrial > 2 cm (>20 milímetros). Conteúdo endometrial abaixo de 2 cm (20 milímetros), estando a paciente hemodinamicamente estável sem sinais de infecção – alta para casa e reavaliar em até 72 horas.

3) Óbito fetal sem comorbidades maternas, desde que sem cesárea anterior:

- Com cesárea anterior, encaminhar para a Maternidade Benedito Leite.

4) Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) a termo ( $\geq$  37 semanas).

5) Infecção do Trato Urinário (ITU)  $\geq$  37 semanas:

- Se em trabalho de parto: não transferir;
- Em caso de internação clínica (ex. pielonefrite): encaminhar para MACMA.

6) Gestantes com até uma cesárea anterior.

7) Infecção de ferida operatória, desde que a cesariana tenha sido realizada nesta unidade.

8) Deiscência de ferida operatória com necessidade de ressutura, se a cesariana foi feita nesta unidade.

9) Hipertensão leve ou transitória (PA  $\leq$  140x90 mmHg).

- 10) Gestantes com sífilis reagente.
- 11) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético e sem sinais de macrosomia fetal.
- 12) Tireoidopatias controladas.
- 13) Gestantes HIV positivas, desde que em acompanhamento e sem intercorrências clínicas.
- 14) Gestantes com vulnerabilidade social (ex.: mulheres em situação de rua, com necessidades de saúde mental ou uso de substâncias):
  - Em trabalho de parto: **não transferir**;
  - Se houver necessidade de internação clínica: encaminhar para MACMA.

#### ***Casos que devem ser transferidos***

- 1) Aborto seguro:
  - Menor ou igual a 12 anos: Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - A partir de 13 anos: Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).
- 2) Gestantes com RPMO (< 37 semanas): encaminhar para a Maternidade Benedito Leite.
- 3) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato: encaminhar para MACMA.
- 4) Casos de média e alta complexidade deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

#### 4.3.6 Perfil para obstetrícia – Maternidade de Paço do Lumiar

##### ***Casos que devem ser atendidos na Unidade***

- 1) Trabalho de parto de baixo risco com IG  $\geq$  37 semanas.
- 2) RPMO a termo ( $\geq$  37 semanas).
- 3) Adolescente com idade  $\geq$  15 anos.
- 4) Até 2 cesáreas anteriores. 3ª cesárea atual aceita, desde que o Índice de Massa Corporal (IMC) esteja entre 30,0 e 34,9 kg/m<sup>2</sup>.
- 5) Abortamento espontâneo: realizar curetagem apenas se conteúdo endometrial > 2 cm. Conteúdo < 2 cm, com paciente estável e sem infecção: alta com reavaliação em até 72h.
- 6) Síndrome hipertensiva controlada, sem sinais de gravidade.
- 7) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético e/ou medicamentoso, sem macrosomia fetal.
- 8) Tireoidopatias controladas.
- 9) Oligodrâmnia isolada, sem comorbidades associadas.

10) Infecção do Trato Urinário (ITU  $\geq$  37s) em trabalho de parto: internar na unidade.

11) Gestantes com diagnóstico confirmado de:

- HIV positivo;
- Sífilis reagente;
- Hepatite B;
- Toxoplasmose (sem intercorrências clínicas).

12) Pós-operatório Obstétrico:

- Infecção de ferida operatória, se a cesariana foi realizada na maternidade de origem;
- Deiscência de ferida operatória com necessidade de ressutura, desde que a cesárea tenha sido realizada na unidade.

13) Óbito fetal: atender em casos sem comorbidade materna e sem cesárea anterior.

14) Gestação ectópica rota: resolver na própria unidade.

#### ***Casos que devem ser transferidos***

1) Aborto seguro:

- < 12 anos: Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
- $\geq$  13 anos: Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).

2) Gestação ectópica íntegra com indicação de metotrexato: transferir para MACMA.

3) Pielonefrite: transferir para MACMA.

4) Casos de média e alta complexidade deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

#### 4.3.7 Perfil para obstetrícia – Maternidade Nossa Senhora da Penha

##### ***Casos atendidos na unidade***

1) Trabalho de parto de baixo risco, com IG  $\geq$  37 semanas.

2) Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) a termo ( $\geq$  37 semanas).

3) Retaguarda para puerpério: dispor de 3 a 4 leitos.

4) Abortamento espontâneo, realizar curetagem apenas se conteúdo endometrial > 2 cm. Conteúdo < 2 cm, com paciente hemodinamicamente estável e sem sinais de infecção: alta com reavaliação em até 72h.

5) Síndrome hipertensiva leve e transitória (PA  $\leq$  140x90 mmHg).

6) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético e sem macrosomia fetal.

7) Infecção do Trato Urinário (ITU  $\geq$  37 semanas) em trabalho de parto: internar na unidade.

- 8) Oligodrâmnia isolada, sem outras comorbidades.
- 9) Sífilis reagente (com acompanhamento ambulatorial ou em trabalho de parto).
- 10) Infecção de ferida operatória, se a cesariana foi realizada na unidade.
- 11) Deiscência de ferida operatória com necessidade de ressutura, desde que a cesárea tenha sido feita na unidade.
- 12) Pacientes com até duas cesáreas anteriores.
- 13) Gestantes com vulnerabilidade social:
  - Em caso de resolução da gravidez: não transferir;
  - Se houver necessidade de internação em enfermaria de alto risco (ex.: saúde mental, uso de substâncias, situação de rua): transferir para Hospital Materno Infantil.
- 14) Óbito fetal:
  - Assistir casos sem comorbidade materna e sem cesárea anterior.

#### ***Casos que devem ser transferidos***

- 1) Aborto seguro:
  - < 12 anos: Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - ≥ 13 anos: Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).
- 2) Pielonefrite (mesmo ≥ 37 semanas): transferir para Hospital Materno Infantil.
- 3) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato: transferir para Hospital Materno Infantil.
- 4) Casos de média e alta complexidade deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

#### 4.3.8 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional Dr. José Ferreira dos Reis (Paulino Neves)

##### ***Casos atendidos na unidade***

- 1) Trabalho de parto de baixo risco (IG ≥ 37 semanas).
- 2) RPMO a termo (≥ 37 semanas).
- 3) Gestante com até uma cesárea anterior.
- 4) Abortamento espontâneo, realizar curetagem apenas se conteúdo endometrial > 2 cm. Conteúdo < 2 cm, com paciente hemodinamicamente estável e sem sinais de infecção: alta com reavaliação em até 72h.
- 5) Óbito fetal sem comorbidade materna e sem cesárea anterior.
- 6) Hipertensão leve e transitória (PA até 140x90 mmHg).
- 7) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético e sem macrosomia fetal.

- 8) Tireoidopatias controladas.
- 9) Sífilis reagente, com manejo clínico compatível com o perfil da unidade.
- 10) Infecção do Trato Urinário (ITU  $\geq$  37s):
  - Em caso de resolução da gravidez, não transferir;
  - Internar conforme protocolo da unidade.
- 11) Infecção de ferida operatória, se a cesárea foi realizada na própria unidade.
- 12) Deiscência de ferida operatória com necessidade de ressutura, se a cesárea foi feita na própria unidade.
- 13) Gestantes com vulnerabilidade social:
  - Em resolução da gravidez: **não transferir**;
  - Caso haja necessidade de internação em enfermaria de alto risco, transferir para MACMA.
- 14) Gestantes HIV positivas com condição clínica compensada.

#### ***Casos que devem ser transferidos***

- 1) Aborto seguro:
  - < 12 anos: Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - $\geq$  13 anos: Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).
- 2) Pielonefrite (mesmo  $\geq$  37 semanas): transferir para MACMA.
- 3) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato: transferir para MACMA.
- 4) Casos de média e alta complexidade deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

#### 4.3.9 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Santa Luzia do Paruá

##### ***Casos atendidos na unidade***

- 1) Trabalho de parto de baixo risco (idade gestacional  $\geq$  37 semanas).
- 2) RPMO a termo ( $\geq$  37 semanas).
- 3) Gestantes com uma cesariana anterior.
- 4) Abortamento espontâneo, realizar curetagem apenas se conteúdo endometrial > 2 cm. Conteúdo < 2 cm, com paciente hemodinamicamente estável e sem sinais de infecção: alta com reavaliação em até 72h.
- 5) Óbito fetal sem comorbidade materna e sem cesárea anterior.
- 6) Hipertensão leve e transitória (PA até 140x90 mmHg).
- 7) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético e sem macrosomia fetal.

- 8) Tireoidopatias controladas.
- 9) Sífilis reagente, com manejo compatível com a complexidade da unidade;
- 10) Infecção do Trato Urinário (ITU  $\geq$  37s) em caso de resolução da gravidez: internar na unidade.
- 11) Infecção de ferida operatória, se a cesariana foi realizada na própria unidade;
- 12) Deiscência de ferida operatória com necessidade de ressutura, se a cesariana foi feita na própria unidade.
- 13) Gestantes com vulnerabilidade social:
  - Em resolução da gravidez: **não transferir**;
  - Para necessidade de internação em enfermaria de alto risco, encaminhar para MACMA.
- 14) Gestante com HIV positivo, com condição clínica estável.

#### ***Casos que devem ser transferidos***

- 1) Aborto seguro:
  - < 12 anos: Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - $\geq$  12 anos: Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).
- 2) Pielonefrite (mesmo  $\geq$  37 semanas): transferir para MACMA.
- 3) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato: transferir para MACMA.
- 4) Casos de média e alta complexidade deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

#### 4.3.10 Perfil para obstetrícia – Hospital e Maternidade de São Mateus

##### ***Casos atendidos na unidade***

- 1) Trabalho de parto de baixo risco (idade gestacional  $\geq$  37 semanas).
- 2) RPMO a termo ( $\geq$  37 semanas).
- 3) Pacientes com até duas cesáreas anteriores.
- 4) Abortamento espontâneo, realizar curetagem apenas se conteúdo endometrial > 2 cm. Conteúdo < 2 cm, com paciente hemodinamicamente estável e sem sinais de infecção: alta com reavaliação em até 72h.
- 5) Óbito fetal sem comorbidade materna e sem cesárea anterior.
- 6) Hipertensão leve e transitória (PA até 140x90 mmHg).
- 7) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético e sem macrosomia fetal.
- 8) Tireoidopatias controladas.

- 9) Sífilis reagente, com manejo compatível com a complexidade da unidade.
- 10) Infecção do Trato Urinário (ITU  $\geq$  37s), em caso de resolução da gravidez: internar na unidade.
- 11) Infecção de ferida operatória, se a cesariana foi realizada na própria unidade.
- 12) Deiscência de ferida operatória com necessidade de ressutura, se a cesariana foi realizada na própria unidade.
- 13) Gestantes com vulnerabilidade social:
  - Em resolução da gravidez: **não transferir**;
  - Necessidade de internação em enfermaria de alto risco: encaminhar para MACMA.
- 14) Gestante com HIV positivo, com estabilidade clínica.

#### ***Casos que devem ser transferidos***

- 1) Aborto seguro:
  - < 12 anos: Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - $\geq$  13 anos: Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).
- 2) Pielonefrite (mesmo > 37s): transferir para MACMA.
- 3) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato: transferir para MACMA.
- 4) Casos de média e alta complexidade deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

#### 4.3.11 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Timbiras

##### ***Casos atendidos na unidade***

- 1) Trabalho de parto de baixo risco ( $\geq$  37 semanas).
- 2) Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) a termo ( $\geq$  37 semanas).
- 3) Pacientes com uma cesárea anterior.
- 4) Abortamento espontâneo, realizar curetagem apenas se conteúdo endometrial > 2 cm. Conteúdo < 2 cm, com paciente hemodinamicamente estável e sem sinais de infecção: alta com reavaliação em até 72h.
- 5) Óbito fetal sem comorbidade materna e sem cesárea anterior.
- 6) Infecção do Trato Urinário (ITU) > 37 semanas, com resolução da gravidez: manter na unidade;
- 7) Hipertensão leve e transitória (PA  $\leq$  140x90 mmHg).
- 8) Diabetes gestacional compensada, sem macrosomia fetal.
- 9) Tireoidopatias controladas.

- 10) Sífilis reagente, com manejo compatível com a complexidade da unidade.
- 11) Infecção de ferida operatória, quando a cesariana foi realizada na própria unidade.
- 12) Deiscência de ferida operatória com necessidade de ressutura, desde que a cesárea tenha sido feita na maternidade de origem.
- 13) Gestantes em vulnerabilidade social.
- 14) Mulheres em situação de rua, com demandas em saúde mental ou uso de substâncias:
  - Em resolução da gestação: **não transferir**;
  - Se necessitar de internação em enfermaria de alto risco: transferir para MACMA.
- 15) Gestantes HIV positivas, com estabilidade clínica e sem indicação de alta complexidade.

#### ***Casos que devem ser transferidos***

- 1) Aborto seguro:
  - < 12 anos: transferir para o Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - ≥ 13 anos: transferir para a Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).
- 2) Pielonefrite (mesmo com IG > 37s): transferir para MACMA;
- 3) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato: transferir para MACMA.
- 4) Casos de média e alta complexidade deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

### **4.4 Perfil para obstetrícia – Médio Risco**

#### 4.4.1 Perfil para obstetrícia – Maternidade Benedito Leite

##### ***Casos atendidos na unidade***

- 1) Trabalho de parto prematuro > 34 semanas de gestação.
- 2) Ruptura prematura de membranas amnióticas com IG ≥ 34 semanas.
- 3) Gestação gemelar dicoriônica, a partir de 37 semanas.
- 4) Gestação gemelar monocoriônica diamniótica, com indicação de interrupção a > 34 semanas, desde que haja vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.
- 5) Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU) seletivo em gestação monocoriônica diamniótica, com indicação de interrupção > 34 semanas, com UTI neonatal disponível.
- 6) Feto Pequeno para Idade Gestacional (PIG).
- 7) Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) ≥ 35 semanas, com vaga de UTI neonatal.
- 8) Gestantes com fetos macrossômicos.
- 9) Polidrâmnia sem comorbidades clínicas graves.

- 10) Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) sem complicações.
- 11) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético ou medicamentoso.
- 12) Obesidade grau I e II.
- 13) Asma controlada.
- 14) Toxoplasmose sem complicações.
- 15) Gestantes com hepatite B.
- 16) Sífilis reagente com manejo compatível com a unidade.
- 17) HIV positivo com carga viral desconhecida ou >1000 cópias/mL: internar para cesariana eletiva a partir de 38 semanas.
- 18) Até três cesáreas anteriores.
- 19) Adolescentes  $\geq$  14 anos.
- 20) Gestantes com vulnerabilidade social (situação de rua, uso de substâncias ou transtorno psiquiátrico):
  - Em resolução da gravidez: manter na unidade;
  - Para internação em enfermaria de alto risco: transferir para MACMA.
- 21) Placenta prévia.
- 22) Descolamento prematuro de placenta: resolver na unidade.
- 23) Gravidez ectópica rota: resolver na unidade.

#### ***Encaminhar para Unidade de Alta Complexidade (MACMA)***

- 1) SHEG com complicações (pré-eclâmpsia com gravidade, eclâmpsia, síndrome HELLP).
- 2) Diabetes gestacional descompensada.
- 3) A partir da 4ª cesárea e/ou com suspeita de acretismo placentário.
- 4) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato.
- 5) Situações que exijam internação em UTI materna.
- 6) Gestação gemelar de alto risco sem suporte neonatal disponível.
- 7) Gestação gemelar monocoriônica e monoamniótica.
- 8) Casos de alta complexidade - deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

#### 4.4.2 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Alto Alegre

##### ***Casos atendidos na unidade***

- 1) Aborto seguro:

- < 12 anos: transferir para o Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - ≥ 13 anos: transferir para a Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).
- 2) Trabalho de parto prematuro > 34 semanas.
  - 3) Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) com idade gestacional ≥ 34 semanas.
  - 4) Gestação gemelar dicoriônica a partir de 37 semanas.
  - 5) Gestação gemelar monocoriônica diamniótica (confirmada por ultrassonografia - USG), > 34 semanas, com indicação de interrupção e vaga disponível na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo).
  - 6) RCIU seletivo em gestação monocoriônica diamniótica, com interrupção > 34 semanas (com vaga em UCINCo).
  - 7) Gestantes com feto PIG.
  - 8) CIUR a partir de 35 semanas, com indicação de interrupção e disponibilidade de leito neonatal.
  - 9) Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG):
    - Sem complicação e com resolução da gestação: manter na unidade;
    - Com complicação (pré-eclâmpsia com gravidade, eclâmpsia, síndrome HELLP): transferir para MACMA.
  - 10) Diabetes gestacional compensado (controle dietético ou medicamentoso).
  - 11) Obesidade grau I e II.
  - 12) Asma controlada.
  - 13) Toxoplasmose sem complicações.
  - 14) Sífilis reagente com manejo possível na unidade.
  - 15) Hepatite B crônica.
  - 16) HIV positivo, com carga viral desconhecida ou >1000 cópias/mL: internar para cesariana eletiva a partir de 38 semanas.
  - 17) Polidrâmnia sem complicações graves.
  - 18) Fetos macrossômicos.
  - 19) Adolescentes ≥ 14 anos.
  - 20) Histórico Obstétrico:
    - Até duas cesáreas anteriores.
  - 21) Gravidez ectópica rota: resolução na unidade.
  - 22) Gestantes em vulnerabilidade social (situação de rua, uso de substâncias ou transtornos mentais):

- Em resolução da gravidez: **não transferir**;
- Se indicação de internação prolongada: transferir para MACMA.

#### ***Casos para Encaminhamento à Alta Complexidade (MACMA)***

- 1) SHEG com complicações (pré-eclâmpsia com gravidade, eclâmpsia, síndrome HELLP).
- 2) Diabetes gestacional descompensada.
- 3) A partir da 3ª cesárea ou com suspeita de acretismo placentário.
- 4) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato.
- 5) Descolamento prematuro de placenta grave.
- 6) Situações com necessidade de UTI materna.
- 7) Gestação gemelar de risco sem vaga neonatal disponível.
- 8) Gestação gemelar monocoriônica e monoamniótica.
- 9) Casos de alta complexidade - deverão ser transferidos de acordo com o perfil.

#### 4.4.3 Perfil para obstetria – Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco

##### ***Casos atendidos na unidade***

- 1) Aborto seguro:
  - < 12 anos: transferir para Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - ≥ 13 anos: transferir para Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).
- 2) Trabalho de parto prematuro com idade gestacional ≥ 34 semanas.
- 3) Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) > 34 semanas.
- 4) Gestantes com feto Pequeno para a Idade Gestacional (PIG).
- 5) CIUR a partir de 35 semanas com indicação de interrupção, desde que haja leito de UTI neonatal disponível.
- 6) Gestação gemelar dicoriônica a partir de 37 semanas.
- 7) Gestação gemelar monocoriônica diamniótica com indicação de interrupção > 34 semanas (com confirmação ultrassonográfica e disponibilidade de leito neonatal).
- 8) RCIU seletivo em gestação monocoriônica diamniótica, com interrupção > 34 semanas (com vaga em UCINCo).
- 9) Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG):
  - Sem complicação: internar na unidade;
  - Com complicação: regular para MACMA.
- 10) Diabetes gestacional compensado (controle dietético ou medicamentoso).

- 11) Hepatite B crônica.
- 12) Sífilis reagente.
- 13) HIV positivo:
  - Se carga viral desconhecida ou > 1000 cópias/mL: cesariana eletiva a partir de 38 semanas;
- 14) Polidrâmnia sem complicações graves.
- 15) Fetos macrossômicos.
- 16) Obesidade grau I e II.
- 17) Asma controlada.
- 18) Toxoplasmose sem complicações.
- 19) Adolescentes com idade  $\geq$  14 anos.
- 20) Histórico Obstétrico:
  - Até 03 cesáreas anteriores: internar na unidade.
- 21) Situações de Vulnerabilidade e Emergência.
- 22) Gestantes em situação de vulnerabilidade social (rua, uso de substâncias, transtornos mentais):
  - Se em resolução da gestação: **não transferir**;
  - Se internação em enfermaria de alto risco: transferir para MACMA.
- 23) Gravidez ectópica rota: resolver na unidade.

#### ***Casos para Regulação/Encaminhamento à Alta Complexidade (MACMA)***

- 1) SHEG com complicações (pré-eclâmpsia com gravidade, eclâmpsia, síndrome HELLP).
- 2) Diabetes gestacional descompensada.
- 3) A partir da 4ª cesárea ou com suspeita de acretismo placentário.
- 4) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato.
- 5) Placenta prévia com risco de sangramento.
- 6) Descolamento prematuro de placenta grave.
- 7) Gestação gemelar de risco sem disponibilidade de leito neonatal.
- 8) Gestação gemelar monocoriônica e monoamniótica.
- 9) Qualquer gestante com necessidade de UTI materna.

#### 4.4.4 Perfil para obstetrícia – Macrorregional Humberto Coutinho

##### ***Casos atendidos na unidade***

- 1) Aborto seguro:

- < 12 anos: transferir para o Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - ≥ 13 anos: transferir para a Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).
- 2) Trabalho de parto prematuro > 34 semanas.
  - 3) Ruptura prematura de membranas amnióticas com idade gestacional ≥ 34 semanas.
  - 4) Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG):
    - Sem complicação: internar na unidade;
    - Com complicação: regular para MACMA.
  - 5) Gestantes com feto Pequeno para a Idade Gestacional (PIG).
  - 6) CIUR a partir de 35 semanas, para interrupção da gestação, com leito de UTI neonatal disponível.
  - 7) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético ou medicamentoso.
  - 8) Fetos macrossômicos.
  - 9) Polidrâmnia sem complicações graves.
  - 10) Hepatite B.
  - 11) Sífilis reagente.
  - 12) HIV positivo:
    - Se carga viral desconhecida ou > 1000 cópias/mL, internação para cesariana eletiva a partir de 38 semanas;
  - 13) Até três cesáreas anteriores.
  - 14) Placenta prévia.
  - 15) Descolamento prematuro de placenta.
  - 16) Gestação gemelar dicoriônica a partir de 37 semanas.
  - 17) Gestação gemelar monocoriônica diamniótica confirmada por ultrassonografia, com indicação de interrupção >34 semanas, desde que haja disponibilidade de dois leitos de UTI neonatal.
  - 18) Gestação gemelar monocoriônica diamniótica com RCIU seletivo, com indicação de interrupção > 34 semanas.
  - 19) Obesidade grau I e II.
  - 20) Gravidez ectópica rota: resolver na unidade.
  - 21) Pacientes asmáticas controladas.
  - 22) Adolescentes ≥ 14 anos.
  - 23) Gestantes com toxoplasmose.
  - 24) Gestantes em vulnerabilidade social (mulheres em situação de rua, uso de substâncias ou transtornos mentais):

- Em resolução da gravidez: **não transferir**;
- Em caso de internação para enfermaria de alto risco: transferir para MACMA.

#### ***Casos para Regulação ou Transferência à Alta Complexidade (MACMA)***

- 1) SHEG com complicação (pré-eclâmpsia com gravidade, eclâmpsia, síndrome HELLP).
- 2) Diabetes gestacional descompensada.
- 3) A partir da 4ª cesárea ou com suspeita de acretismo placentário.
- 4) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato.
- 5) Gestação gemelar monocoriônica e monoamniótica.
- 6) Necessidade de UTI materna.

#### 4.4.5 Perfil para obstetrícia – Macrorregional Dr. Alexandre Mamede Trovão (Coroatá)

##### ***Casos atendidos na unidade***

- 1) Aborto seguro:
  - < 12 anos: transferir para o Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - ≥ 13 anos: transferir para a Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).
- 2) Trabalho de parto prematuro ≥ 34 semanas.
- 3) Ruptura Prematura de Membranas Amnióticas > 34 semanas.
- 4) Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG):
  - Sem complicação: internar na unidade;
  - Com complicação: regular para MACMA.
- 5) Gestantes com feto Pequeno para Idade Gestacional (PIG).
- 6) CIUR ≥ 35 semanas com indicação de interrupção, desde que haja leito de UTI neonatal disponível.
- 7) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético ou medicamentoso.
- 8) Fetos macrossômicos.
- 9) Polidrâmnia.
- 10) Hepatite B.
- 11) Sífilis reagente.
- 12) HIV positivo:
  - Carga viral desconhecida ou > 1000 cópias/mL: cesariana eletiva a partir de 38 semanas.
- 13) Até três cesáreas anteriores.

- 14) Placenta prévia.
- 15) Descolamento prematuro de placenta.
- 16) Gestação gemelar dicoriônica  $\geq$  37 semanas.
- 17) Gestação gemelar monocoriônica diamniótica (com USG confirmatória),  $>$  34 semanas com indicação de interrupção, desde que haja dois leitos de UTI neonatal disponíveis.
- 18) RCIU seletivo em gestação gemelar monocoriônica diamniótica com indicação de interrupção  $>$  34 semanas.
- 19) Obesidade Grau I e II.
- 20) Gravidez ectópica rota: resolver na unidade.
- 21) Adolescentes  $\geq$  14 anos.
- 22) Gestantes com toxoplasmose.
- 23) Pacientes asmáticas controladas.
- 24) Gestantes em situação de vulnerabilidade social (rua, uso de substâncias ou transtornos mentais):
  - Se em resolução da gestação: não transferir;
  - Para internação clínica: regular para MACMA.

#### ***Casos para Regulação ou Transferência à Alta Complexidade (MACMA)***

- 1) SHEG com complicação (pré-eclâmpsia com gravidade, eclâmpsia, síndrome HELLP).
- 2) Diabetes gestacional descompensada.
- 3) A partir da 4ª cesárea e/ou com suspeita de acretismo placentário.
- 4) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato.
- 5) Gestação gemelar monocoriônica e monoamniótica.
- 6) Necessidade de UTI materna.

#### 4.4.6 Perfil para obstetrícia – Hospital Macrorregional Tomás Martins

##### ***Casos Atendidos na Unidade***

- 1) Aborto seguro:
  - $<$  12 anos: transferir para o Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - $\geq$  13 anos: transferir para a Maternidade de Alta Complexidade (MACMA).
- 2) Trabalho de parto prematuro  $\geq$  34 semanas.
- 3) Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO)  $>$  34 semanas de gestação.
- 4) Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG):

- Sem complicação: resolver na unidade;
  - Com complicação: transferir para MACMA.
- 5) Gestante com feto Pequeno para Idade Gestacional (PIG).
  - 6) CIUR  $\geq$  35 semanas com indicação de interrupção, desde que haja leito disponível na UCINCo.
  - 7) Diabetes gestacional compensada, com controle dietético ou medicamentoso.
  - 8) Fetos macrossômicos.
  - 9) Polidrâmnia.
  - 10) Hepatite B reagente.
  - 11) Sífilis reagente.
  - 12) HIV positivo:
    - Se carga viral desconhecida ou  $>$  1000 cópias/mL: cesariana eletiva a partir de 38 semanas.
  - 13) Até duas cesáreas anteriores.
  - 14) Descolamento prematuro de placenta.
  - 15) Gestação gemelar dicoriônica  $\geq$  37 semanas.
  - 16) Gestação gemelar monocoriônica diamniótica (com USG confirmatória),  $>$  34 semanas com indicação de interrupção, desde que haja leito disponível na UCINCo.
  - 17) RCIU seletivo em gestação gemelar monocoriônica diamniótica, com indicação de interrupção  $\geq$  34 semanas.
  - 18) Obesidade Grau I e Grau II.
  - 19) Gravidez ectópica rota: resolver na unidade.
  - 20) Adolescentes  $\geq$  14 anos.
  - 21) Toxoplasmose.
  - 22) Asma controlada.
  - 23) Gestantes em situação de vulnerabilidade social (em situação de rua, com necessidades em saúde mental ou uso de substâncias):
    - Em resolução da gravidez: não transferir;
    - Para internação clínica: encaminhar para MACMA.

### ***Casos para Regulação ou Transferência à Alta Complexidade (MACMA)***

- 1) SHEG com complicação (pré-eclâmpsia com gravidade, eclâmpsia, síndrome HELLP).
- 2) Diabetes gestacional descompensada.

- 3) A partir da 3ª cesárea ou com suspeita de acretismo placentário.
- 4) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato.
- 5) Gestação gemelar monocoriônica e monoamniótica.
- 6) Indicação de UTI materna.

#### 4.4.7 Perfil para obstetrícia – Hospital Regional de Balsas

##### ***Casos atendidos na unidade***

- 1) Aborto seguro:
  - < 12 anos: transferir para o Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - ≥ 13 anos: transferir para a Maternidade de Alto Risco (MARI).
- 2) Trabalho de parto prematuro > 34 semanas de gestação.
- 3) Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) ≥ 34 semanas.
- 4) Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG):
  - Sem complicação: resolver na unidade;
  - Com complicação: transferir para MARI.
- 5) Feto pequeno para Idade Gestacional (PIG).
- 6) Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) ≥ 35 semanas, com indicação de interrupção e disponibilidade de leite na UCINCo.
- 7) Diabetes gestacional compensado, com dieta ou medicamentos.
- 8) Macrossomia fetal.
- 9) Polidrâmnia.
- 10) Hepatite B reagente.
- 11) Sífilis reagente.
- 12) HIV positivo:
  - Carga viral desconhecida ou > 1000 cópias/mL: cesariana eletiva a partir de 38 semanas.
- 13) Até duas cesáreas anteriores.
- 14) Descolamento prematuro de placenta.
- 15) Gestação gemelar dicoriônica ≥ 37 semanas.
- 16) Gestação gemelar monocoriônica diamniótica ≥ 34 semanas com indicação de interrupção e leitos disponíveis na UCINCo.
- 17) RCIU seletivo em gemelar monocoriônica com indicação de interrupção a partir de 34 semanas.

- 18) Obesidade Grau I e II.
- 19) Gravidez ectópica rota: resolver na unidade.
- 20) Adolescentes  $\geq 14$  anos.
- 21) Toxoplasmose.
- 22) Asma controlada.
- 23) Vulnerabilidade social (situação de rua, saúde mental e/ou uso de substâncias):
  - Se em resolução da gestação: **não transferir**;
  - Para internação clínica: encaminhar para MARI.

#### ***Casos para Regulação ou Encaminhamento à Alta Complexidade***

- 1) SHEG com complicação (pré-eclâmpsia com gravidade, eclâmpsia, síndrome HELLP).
- 2) Diabetes gestacional descompensada.
- 3) A partir da 3ª cesárea ou com suspeita de acretismo placentário.
- 4) Gravidez ectópica íntegra com indicação de metotrexato.
- 5) Gestação gemelar monocoriônica e monoamniótica.
- 6) Indicação de UTI Materna.

## **4.5 Perfil obstetrícia – Alto Risco**

### 4.5.1 Perfil para obstetrícia – Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA)

#### ***Encaminhamentos por Idade Gestacional e Abortamento***

- 1) Aborto seguro:
  - < 12 anos: encaminhar ao Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI);
  - $\geq 13$  anos: internar na MACMA.
- 2) Abortamento com comorbidades graves ou instabilidade hemodinâmica.
- 3) Doença trofoblástica gestacional.

#### ***Gestação de Alto Risco – Condições Clínicas Maternas***

- 1) Pielonefrite na gestação.
- 2) Diabetes gestacional descompensado e todas as gestantes diabéticas tipos 1 e 2.
- 3) SHEG com complicações (pré-eclâmpsia com gravidade, eclâmpsia e síndrome HELLP).
- 4) Trombofilias, Trombose Venosa Profunda (TVP) e Tromboembolismo Pulmonar (TEP).
- 5) Cardiopatias, nefropatias, pneumopatias graves e doenças autoimunes graves.

- 6) Obesidade grau III.
- 7) Doenças oncológicas ou presença de tumores volumosos.
- 8) Hiperêmese gravídica com instabilidade hemodinâmica.
- 9) Adolescente < 14 anos.

### ***Intercorrências Obstétricas***

- 1) Gestação ectópica (rota ou íntegra com indicação de metotrexato).
- 2) Trabalho de parto prematuro com IG < 34 semanas.
  - Entre 23 e 34 semanas: realizar tocólise e corticoterapia.
- 3) Ruptura prematura de membranas associada à prematuridade (IG < 34 semanas).
- 4) Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR).
- 5) Descolamento prematuro de placenta.
- 6) Placenta prévia.
- 7) Corioamnionite.
- 8) Oligodrâmnio ou polidrâmnio associados a malformações fetais.
- 9) Acretismo placentário.
- 10) Incompetência istmocervical:
  - Cerclagem profilática entre 12 e 16 semanas;
  - Cerclagem de emergência até 24 semanas;
  - Após 24 semanas: não realizar cerclagem, encaminhar para pré-natal de alto risco.

### ***Gestação Múltipla e Malformações***

- 1) Gestação gemelar monocoriônica monoamniótica.
- 2) Gemelar dicoriônica com risco de prematuridade (abaixo de 34 semanas).
- 3) Gestantes de fetos malformados a termo ou em trabalho de parto: internar na MACMA:
  - Nos demais casos, encaminhar ao pré-natal especializado.
- 4) Feto cardiopata: após resolução, solicitar regulação do RN para o Hospital Dr. Carlos Macieira.
- 5) Toxoplasmose congênita: internar na MACMA.

### ***Critérios Cirúrgicos***

- 1) Pacientes com até três cesarianas anteriores: internar na Maternidade Benedito Leite.
- 2) A partir da 4ª cesariana e/ou com suspeita de acretismo placentário: internar na MACMA.

### ***Situações de Gravidade e UTI Materna***

- 1) Gestantes em estado grave com indicação de UTI materna.

### ***Perfil Psicossocial e Situações de Vulnerabilidade***

- 1) Mulheres em situação de rua com comorbidades psiquiátricas e/ou uso de substâncias:

- Em caso de resolução da gestação: não transferir;
- Em caso de internação: MACMA.

#### 4.5.2 Perfil para obstetrícia – Maternidade de Alto Risco de Imperatriz (MARI)

### ***Casos Referenciados por Condição Clínica Materna***

- 1) Pielonefrite em gestantes.
- 2) SHEG com complicações (pré-eclâmpsia com gravidade, eclâmpsia e síndrome HELLP).
- 3) Trombofilia, Trombose Venosa Profunda (TVP) e Tromboembolismo Pulmonar (TEP).
- 4) Doença autoimune grave.
- 5) Cardiopatias, nefropatias, pneumopatias graves.
- 6) Obesidade Grau III.
- 7) Hiperêmese gravídica com instabilidade hemodinâmica.
- 8) Doença oncológica ou tumor volumoso.
- 9) Adolescente com idade < 14 anos.

### ***Complicações Obstétricas Agudas ou de Alto Risco***

- 1) Aborto seguro (referência direta para MARI).
- 2) Abortamento com comorbidades graves ou instabilidade hemodinâmica.
- 3) Aborto retido: confirmar com a paciente se deseja resolução imediata ou conduta expectante antes da transferência.
- 4) Doença trofoblástica gestacional.
- 5) Gravidez ectópica:
  - Rota: encaminhar de imediato;
  - Íntegra com indicação de metotrexato: atender na MARI.
- 6) Incompetência istmocervical:
  - Cerclagem profilática entre 12 e 16 semanas;
  - Cerclagem de emergência até 24 semanas;

- Após 24 semanas: encaminhar para ambulatório de alto risco.

- 7) Acretismo placentário.
- 8) Placenta prévia.
- 9) Descolamento prematuro de placenta.
- 10) Corioamnionite.

### ***Alterações fetais e gestação de alto risco***

- 1) Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR).
- 2) Toxoplasmose congênita.
- 3) Malformações fetais:
  - Se a termo ou em trabalho de parto: internar na MARI;
  - Se 1º ou 2º trimestre: encaminhar ao pré-natal especializado.
- 4) Feto cardiopata:
  - A partir de 37 semanas: encaminhar gestante à MACMA para resolução;
  - MACMA regula o RN para o Hospital Carlos Macieira.
- 5) Oligodrâmnio ou polidrâmnio com malformações.
- 6) Gestação gemelar dicoriônica com risco de prematuridade.
- 7) Gestação gemelar monocoriônica e monoamniótica.

### ***Prematuridade e Ruptura de Membranas***

- 1) Trabalho de parto prematuro com IG < 34 semanas:
  - Entre 23 e 34 semanas: realizar tocólise e corticoterapia.
- 2) Ruptura prematura de membranas associada à prematuridade (IG < 34 semanas).

### ***Condições Metabólicas e Endócrinas***

- 1) Diabetes tipo 1 e 2 ou gestacional descompensada.

### ***Situações Cirúrgicas e Cesarianas***

- 1) Pacientes a partir da 4ª cesárea e/ou com **suspeita de acretismo placentário**: devem ser internadas na MARI.

### ***Perfil Psicossocial e Vulnerabilidade***

- 1) Mulheres em situação de rua com demandas de saúde mental e uso de substâncias:

- Em resolução da gravidez: **não transferir**;
- Se há necessidade de internação: MARI.

### ***Situações de Gravidade Materna***

1) Necessidade de UTI: referência para MARI.

## 5 INDICADORES

### 1) Taxa de recusa de internação obstétrica

**Objetivo:** Monitorar a recusa de internações obstétricas, identificando causas e subsidiando ações de planejamento para ampliação e qualificação da oferta de serviços obstétricos (Apêndice B).

**Fórmula:**  $(N.º \text{ de recusas} \div \text{Total de solicitações}) \times 100$

### 2) Pacientes transferidas após estabelecidas as primeiras condutas de estabilização

**Objetivo:** Mapear o perfil e as condições clínicas das pacientes transferidas após a adoção das primeiras condutas de estabilização, conforme diretrizes do Bundle de Estabilização Obstétrica, visando avaliar a qualidade da resposta inicial e a adequação da transferência (Apêndice C).

**Fórmula:**  $(N.º \text{ de pacientes transferidas após estabelecimento das primeiras condutas de estabilização} / N.º \text{ total de pacientes transferidas}) \times 100$ .

### 3) Taxa de mortalidade por complicações no deslocamento

**Objetivo:** Avaliar a ocorrência de óbitos decorrentes de complicações durante o deslocamento de pacientes obstétricas, com o intuito de identificar falhas no processo de transferência e promover melhorias na segurança do transporte (Apêndice D).

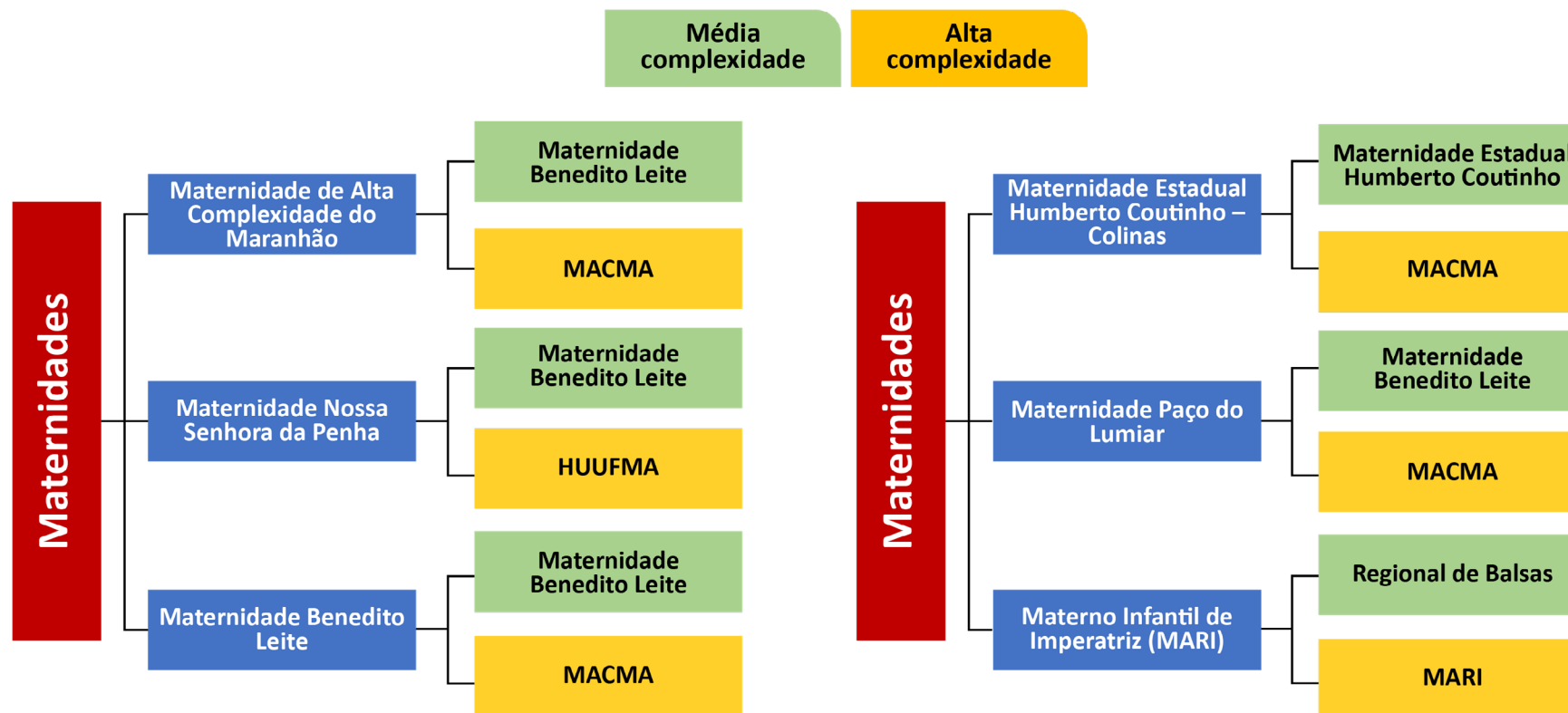
**Fórmula:**  $(N.º \text{ de pacientes que vão a óbito durante o deslocamento} \div \text{Total de pacientes deslocadas}) \times 100$

## REFERÊNCIAS

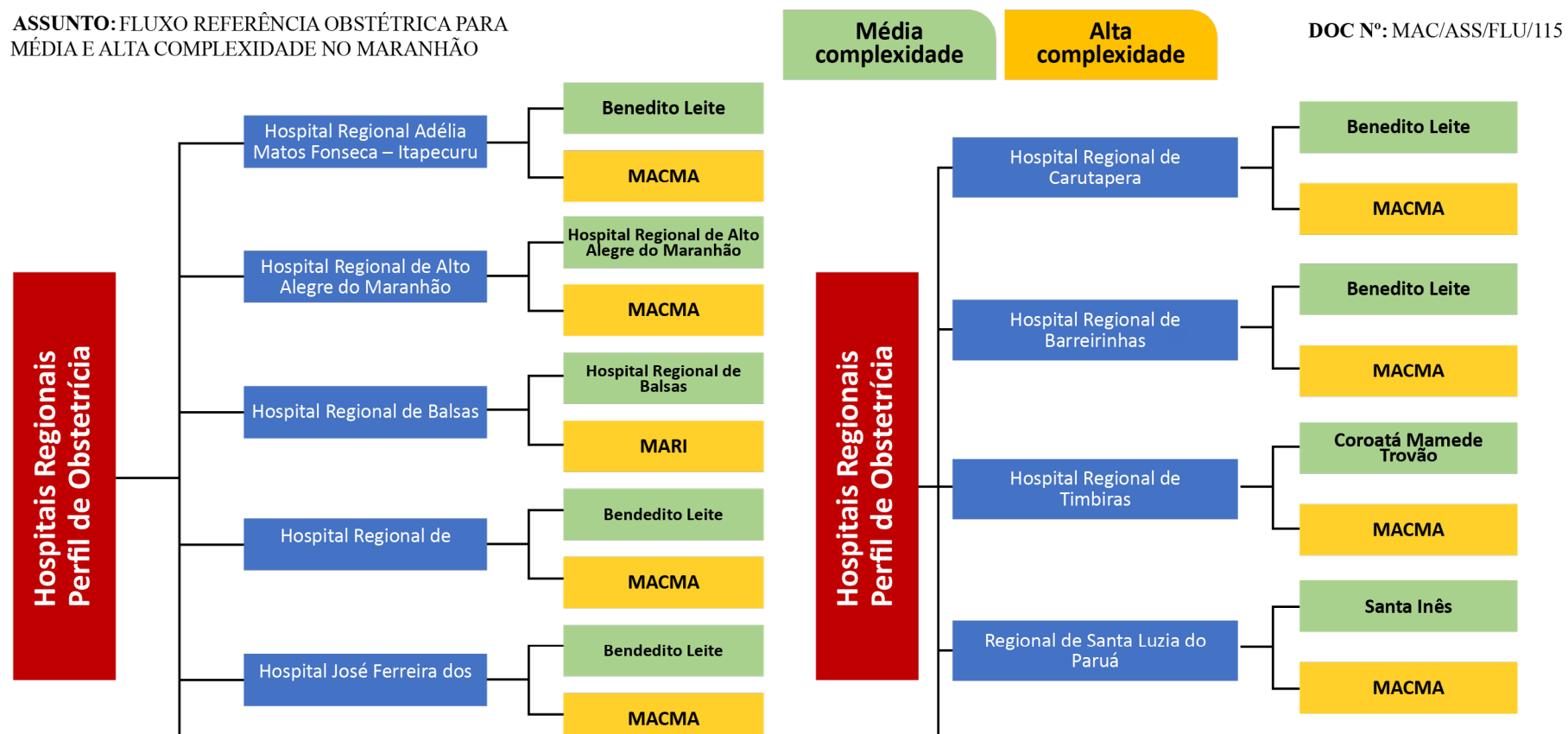
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes_2ed.pdf). Acesso em: 2 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2008.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf). Acesso em: 2 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, DF, 2024. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350\\_13\\_09\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html). Acesso em: 2 jul. 2025.
- MARANHÃO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Redução da Mortalidade Materna e Infantil**. São Luís: SES/MA, 2023.
- MARANHÃO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna – Maranhão 2023**. São Luís: SES/MA, 2023.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Meta 3.1 – Reduzir a razão de mortalidade materna global**. Nova Iorque: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 2 jul. 2025.

## APÊNDICES

## APÊNDECE A - FLUXO DE REFERÊNCIA OBSTÉTRICA PARA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO MARANHÃO



**ASSUNTO:** FLUXO REFERÊNCIA OBSTÉTRICA PARA  
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO MARANHÃO

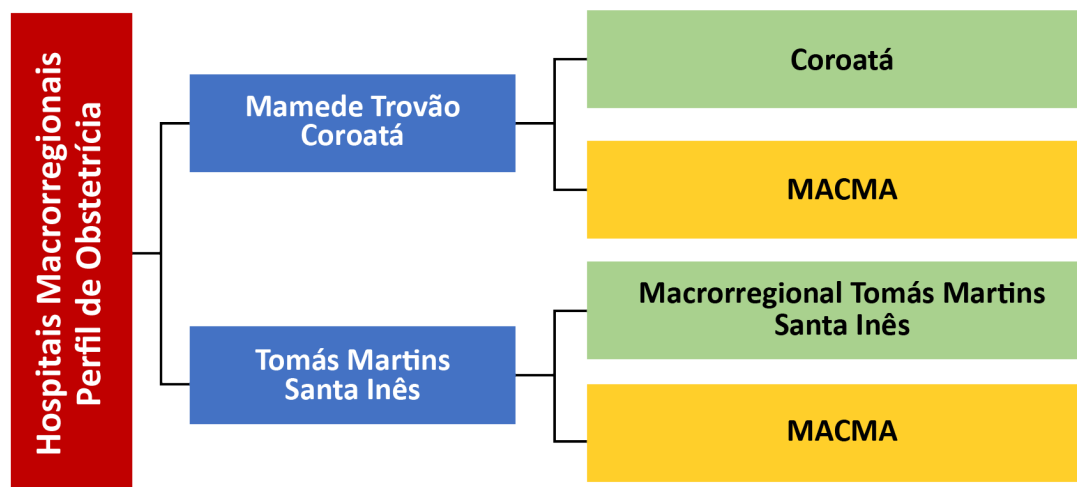


**ASSUNTO:** FLUXO REFERÊNCIA OBSTÉTRICA PARA  
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO MARANHÃO

**Média  
complexidade**

**Alta  
complexidade**

**DOC Nº:** MAC/ASS/FLU/115



## APÊNDICE B – FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR	
<b>NOME DO INDICADOR</b>	Taxa de recusa de internação obstétrica por ausência de leito disponível
<b>SETOR RESPONSÁVEL</b>	Núcleo interno de regulação - NIR
<b>DATA DA CRIAÇÃO</b>	02/07/2025 ( Versão I)
<b>OBJETIVO DO INDICADOR</b>	Monitorar a recusa de internações obstétricas por falta de leitos disponíveis, visando subsidiar ações de planejamento e ampliação da oferta de serviços obstétricos.
<b>POPULAÇÃO-ALVO</b>	Gestantes com solicitação de internação na rede de assistência do Estado do Maranhão
<b>FÓRMULA DO CÁLCULO</b>	$\left( \frac{\text{Número de recusas por ausência de leito}}{\text{Total de solicitações}} \right) \times 100$
<b>NÚMERADOR</b>	Número de recusas de internação obstétrica por ausência de leito disponível
<b>DENOMINADOR</b>	Total de solicitações de internação obstétrica
<b>DEFINIÇÃO DOS TERMOS</b>	<b>Recusa de internação:</b> solicitação negada por falta de leito disponível no momento do pedido. <b>Solicitação de internação:</b> pedido formalizado de vaga obstétrica via sistema de regulação estadual.
<b>INTERPRETAÇÃO</b>	Este indicador expressa a porcentagem de gestantes que não conseguiram ser internadas por ausência de leito disponível. Quanto menor for o percentual, melhor a capacidade de resposta da maternidade às demandas obstétricas.
<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	Porcentagem (%)
<b>FREQUÊNCIA</b>	Mensal
<b>REFERÊNCIAS</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011.</b> Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html</a>  BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. <b>Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.</b> Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf</a>

## APÊNDICE C – PACIENTES TRANSFERIDAS APÓS ESTABELECIDAS AS PRIMEIRAS CONDUTAS DE ESTABILIZAÇÃO

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR	
<b>NOME DO INDICADOR</b>	Pacientes transferidas após estabelecidas as primeiras condutas de estabilização
<b>SETOR RESPONSÁVEL</b>	Serviço de Transporte / Núcleo Interno de Regulação / Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
<b>DATA DA CRIAÇÃO</b>	08/08/2025 (Versão I)
<b>OBJETIVO DO INDICADOR</b>	Monitorar a proporção de pacientes que, após receberem as primeiras condutas de estabilização clínica, são transferidas para outra unidade de saúde, assegurando a continuidade e a segurança no atendimento.
<b>POPULAÇÃO-ALVO</b>	Gestantes, puérperas e recém-nascidos atendidos na unidade que necessitam de transferência inter-hospitalar após estabilização inicial.
<b>FÓRMULA DO CÁLCULO</b>	$\left( \frac{\text{N.º de pacientes transferidas após estabilização}}{\text{N.º total de pacientes transferidas}} \right) \times 100$
<b>NÚMERADOR</b>	Número de pacientes transferidas após serem estabelecidas as primeiras condutas de estabilização.
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de pacientes transferidas.
<b>DEFINIÇÃO DOS TERMOS</b>	Primeiras condutas de estabilização: medidas clínicas iniciais adotadas para controlar o quadro de risco e estabilizar as condições vitais do paciente, conforme protocolos institucionais ou diretrizes nacionais. Transferência: deslocamento do paciente para outro estabelecimento de saúde para continuidade do tratamento, seja por necessidade de recursos, especialidade ou leito.
<b>INTERPRETAÇÃO</b>	Valor próximo de 100%: alta conformidade com a exigência de estabilização pré-transferência. Valores baixos: necessidade de revisar fluxos, capacitação, disponibilidade de recursos (medicamentos, acessos, equipamentos) ou registro dos procedimentos.
<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	Porcentagem (%)
<b>FREQUÊNCIA</b>	Mensal
<b>REFERÊNCIAS</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Portaria n.º 1.067, de 4 de julho de 2005</b> . Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <a href="https://catalogo.ipea.gov.br/politica/530/politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal">https://catalogo.ipea.gov.br/politica/530/politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal</a> .  WORLD HEALTH ORGANIZATION. <b>Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities</b> . Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216">https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216</a>

## APÊNDICE D – TAXA DE MORTALIDADE POR COMPLICAÇÕES NO DESLOCAMENTO

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR	
<b>NOME DO INDICADOR</b>	Taxa de mortalidade por complicações no deslocamento
<b>SETOR RESPONSÁVEL</b>	Núcleo de Regulação / Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente / Serviço de Transporte
<b>DATA DA CRIAÇÃO</b>	08/08/2025 (Versão I)
<b>OBJETIVO DO INDICADOR</b>	Monitorar a proporção de pacientes que evoluem para óbito devido a complicações ocorridas durante o transporte entre unidades de saúde, visando identificar falhas no processo e implementar melhorias para garantir a segurança do paciente.
<b>POPULAÇÃO-ALVO</b>	Pacientes que foram submetidos a transporte inter-hospitalar durante o período avaliado.
<b>FÓRMULA DO CÁLCULO</b>	$\left( \frac{\text{N.º de óbitos por complicações no deslocamento}}{\text{N.º total de transportes realizados}} \right) \times 100$
<b>NÚMERADOR</b>	Número de óbitos registrados atribuídos a complicações ocorridas durante o deslocamento/transporte no período.
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de transportes realizados no mesmo período.
<b>DEFINIÇÃO DOS TERMOS</b>	Complicações no deslocamento: eventos adversos clínicos ocorridos durante o transporte que contribuem para o óbito do paciente. Mortalidade: óbito confirmado durante ou imediatamente após o transporte, associado às complicações do trajeto.
<b>INTERPRETAÇÃO</b>	Valores elevados indicam maior risco e possíveis falhas na segurança e na assistência durante o transporte, necessitando de investigação e intervenção. Valores baixos refletem maior segurança e qualidade no transporte dos pacientes.
<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	Porcentagem (%)
<b>FREQUÊNCIA</b>	Mensal
<b>REFERÊNCIAS</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Portaria n.º 1.067, de 4 de julho de 2005.</b> Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <a href="https://catalogo.ipea.gov.br/politica/530/politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal">https://catalogo.ipea.gov.br/politica/530/politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal</a> .  WORLD HEALTH ORGANIZATION. <b>Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities.</b> Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216">https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216</a>

<b>HISTÓRICO DE REVISÕES</b>				
<b>DATA</b>	<b>REVISOR</b>	<b>EDIÇÕES</b>	<b>ITEM ALTERADO</b>	<b>DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO</b>

<b>VALIDAÇÕES</b>		
DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___
DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___
DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___
DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___
DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___
<b>APROVAÇÃO</b>		
DATA: ___/___/___		



---

**SES**  
Secretaria de Estado  
da Saúde