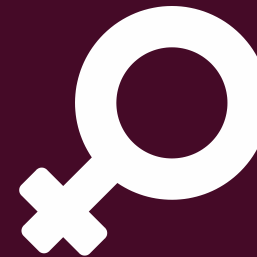


Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

SEGURANÇA NO TRANSPORTE OBSTÉTRICO: O QUE FAZER ANTES DE TRANSFERIR?



Segurança no transporte obstétrico é um tema complexo, multifacetado, que depende de múltiplas variáveis funcionando em harmonia para seu sucesso.

Por esse motivo, serão apresentados diferentes recortes, incluindo os critérios para a transferência da gestante durante os cuidados pré-natais para um nível de maior complexidade tecnológica - seja para o pré-natal de alto risco, seja para a maternidade de referência – e o que fazer antes da transferência para torná-la mais segura.



Objetivos desta apresentação:

- ⚠ Apresentar as condições de saúde que indicam a referência da gestante para acompanhamento de um pré-natal de alto risco;
- ⚠ Apresentar as condições de saúde que indicam a referência da gestante para a maternidade de alto risco;
- ⚠ Discutir o que deve ser feito antes da transferência para que essa se dê da maneira mais segura possível.



Introdução

A inserção da mulher no nível de complexidade da rede mais adequado para suas necessidades específicas de saúde na gestação deve ser iniciado ainda no acompanhamento pré-natal.

O acompanhamento pré-natal realizado de maneira adequada, tanto quantitativamente como qualitativamente, permite que a mulher seja cuidada em suas necessidades de saúde, evitando que seu quadro se agrave e que culmine em uma emergência. Para tanto, realizar o diagnóstico precoce de alterações e prevenir agravamentos evitáveis é função do pré-natalista.



A seguir, serão abordadas as **situações de risco obstétrico** durante o pré-natal que indicam que a gestante deve ser **transferida para um serviço de pré-natal de alto risco e/ou a uma maternidade** equipada com dispositivos para atendimento desses casos.



Quando transferir → durante o PRÉ-NATAL

| Risco Gestacional | Transferência ao Pré-natal de Alto Risco | Transferência para Hospital de Alto Risco |
|---------------------------------|---|---|
| Hipertensão em Gestantes | <ul style="list-style-type: none">• Gestantes com HA crônica• Gestantes com HA sobreposta• Gestante com pré-eclâmpsia em gestação atual ou anterior | <ul style="list-style-type: none">• Gestante com eclâmpsia (após estabilização)• Gestante com pré-eclâmpsia necessitando de controle• Gestante em crise hipertensiva• Resolução da gestação para hipertensas |
| Diabetes em Gestantes | <ul style="list-style-type: none">• DM antes da gestação• DM gestacional | <ul style="list-style-type: none">• Resolução da gestação de diabéticas• Internação para casos de descompensação da diabetes |

HA – hipertensão arterial

DM – diabetes mellitus



Quando transferir → durante o PRÉ-NATAL

| Risco Gestacional | Transferência ao Pré-natal de Alto Risco | Transferência para Hospital de Alto Risco |
|--|--|---|
| Anemias na Gestação | <ul style="list-style-type: none">• Gestantes com anemia falciforme e outras hemoglobinopatias• Gestantes com Hb < 8 mg/dl sem sinais de gravidade• Gestantes com 8mg/dl < Hb < 11mg/dl sem resposta a tratamento | <ul style="list-style-type: none">• Anemia sintomática ou instabilidade hemodinâmica• Doenças falciformes com crises álgicas• Outros critérios de gravidade |
| Hipotireoidismo ou Hipertireoidismo | <ul style="list-style-type: none">• Gestantes com hipo ou hipertireoidismo diagnosticados antes ou durante a gestação | |



Quando transferir → durante o PRÉ-NATAL

| Risco Gestacional | Transferência ao Pré-natal de Alto Risco | Transferência para Hospital de Alto Risco |
|--|--|---|
| Anemias na Gestação | <ul style="list-style-type: none">• Gestantes com anemia falciforme e outras hemoglobinopatias• Gestantes com Hb < 8 mg/dl sem sinais de gravidade• Gestantes com 8mg/dl<Hb<11mg/dl sem resposta a tratamento | <ul style="list-style-type: none">• Anemia sintomática ou instabilidade hemodinâmica• Doenças falciformes com crises álgicas• Outros critérios de gravidade |
| Gestantes com Risco de Abortamento ou Parto Prematuro | <ul style="list-style-type: none">• Gestantes com histórico de abortamento recorrente ou com alto risco de prematuridade, suspeita de síndrome de anticorpos antifosfolípídios, suspeita atual ou prévia de insuficiência ístmocervical | <ul style="list-style-type: none">• Gestante com sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável, gravidez ectópica ou ameaça de parto prematuro <34 sem |



Quando transferir → durante o PRÉ-NATAL

| Risco Gestacional | Transferência ao Pré-natal de Alto Risco | Transferência para Hospital de Alto Risco |
|---------------------|--|---|
| Hepatite B E C | <ul style="list-style-type: none">Gestantes com HbsAg reagente ou carga viral > 200.000 ui/ml, as gestantes com Hepatite C confirmada por carga viral | <ul style="list-style-type: none">Resolução da gestação para gestantes com Hep B e C |
| HIV | <ul style="list-style-type: none">Gestantes soropositivas para HIV | <ul style="list-style-type: none">Resolução da gestação para gestantes soropositivas para HIV |
| Toxoplasmose | <ul style="list-style-type: none">Gestantes assintomáticas mas com diagnóstico na gravidez, IgM reagente comprovado com teste de avidéz | <ul style="list-style-type: none">Gestantes imunossuprimidas ou com suspeita de lesão de órgão alvo |
| Condiloma Acuminado | <ul style="list-style-type: none">Gestantes com lesões extensas, que obstruem o canal de parto | |



Quando transferir → durante o PRÉ-NATAL

| Risco Gestacional | Transferência ao Pré-natal de Alto Risco | Transferência para Hospital de Alto Risco |
|------------------------------------|---|---|
| Sífilis | <ul style="list-style-type: none">Quando há falha no tratamento, suspeita de neurosífilis assintomática ou quando há suspeita ecográfica de sífilis congênita | <ul style="list-style-type: none">Gestantes com neurosífilisGestantes alérgicas à penicilina, para tratamento e dessensibilização |
| Alterações Ecográficas na Gestação | <ul style="list-style-type: none">Placenta prévia centro total e parcial (acima de 28 semanas)Suspeita de acretismo (atenção a gestantes com cesárea anterior e placenta anterior) e inserção velamentosa de cordão. | <ul style="list-style-type: none">Gestantes com polidrâmnio sintomático, placenta prévia com sangramento, descolamento prematuro da placenta, oligodrâmnio e CIUR |
| Isoimunização Rh | <ul style="list-style-type: none">Gestantes com Coombs indireto positivo ou isoimunizadas na gestação anterior | <ul style="list-style-type: none">Feto com sinais de anemia em exame ecográfico |



Quando transferir → durante o PRÉ-NATAL

| Risco Gestacional | Transferência ao Pré-natal de Alto Risco | Transferência para Hospital de Alto Risco |
|--|--|---|
| Condições Clínicas de Risco Na Gestação Atual | <ul style="list-style-type: none">• Gestação gemelar, pelo alto risco de CIUR• Condições maternas: cardiopatias graves, pneumopatias, nefropatias, doenças hematológicas, neurológicas, autoimunes• Anormalidades uterinas congênitas e adquiridas: miomatoses grandes, conizações• Deformidades esqueléticas graves, desnutrição, obesidade mórbida• Cirurgia bariátrica recente (menos de um ano), neoplasia maligna, tromboembolismo prévio | <ul style="list-style-type: none">• Resolução da gestação e acompanhamento nos casos de descompensação clínica. |



Quando transferir → durante o PRÉ-NATAL

| Risco Gestacional | Transferência ao Pré-natal de Alto Risco | Transferência para Hospital de Alto Risco |
|---|---|--|
| Condições de Risco em Gestações Prévias | <ul style="list-style-type: none">Condições fetais: óbito fetal no terceiro trimestre, más formações congênitas maioresCondições maternas: acretismo placentário anterior, PE grave, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória, parto prematuro <34 semanas | <ul style="list-style-type: none">Resolução das gestações com condições de risco em gestações prévias |
| Trombocitopenia na Gestação | <ul style="list-style-type: none">Qualquer trombocitopenia na gestação | <ul style="list-style-type: none">Qualquer manifestação hemorrágica - trombocitopenia inferior a 30.000 mm³ - quando associada à hipertensão; anemia hemolítica, elevação de transaminases, elevação de escórias renais e proteinúria |



Casas de apoio → dispositivo para agregar segurança ao cuidado

Agregar segurança no transporte obstétrico significa transferência em tempo oportuno e em transporte adequado.

- Sendo o Brasil um país de dimensões continentais e com enormes iniquidades sociais e econômicas, é necessário criar dispositivos que auxiliem agregar segurança ao transporte obstétrico.
- Casas de apoio (como casas da gestante, bebê e puérpera – CGBP) são iniciativas benéficas para que as mulheres com maior dificuldade de acesso aos cuidados de alto risco (pré-natal, parto ou pós-parto) possam ser cuidadas com mais segurança, evitando que as situações de risco sejam convertidas em emergências e melhorando os desfechos clínicos/gestacionais/neonatais.
- As dificuldades de acesso podem incluir as questões geográficas, mas também econômicas e sociais.



O que fazer ANTES da transferência?

- **A preparação é o passo mais importante no processo de transferência.**
- **O atraso do manejo de pacientes críticas aumenta a morbimortalidade materna, fetal e neonatal.**
- **A tomada de decisão é fundamental na redução da mortalidade.**



A implementação de níveis de cuidados foi identificada como uma **ação objetiva** para prevenir a mortalidade materna, o que significa transferir adequadamente não apenas entre os níveis primários, secundários e terciários, como também pode acontecer a transferência da maior complexidade para a menor.

Tipos de Transferência:

Primárias – são as transferências do atendimento pré-hospitalar ao hospital de destino;

Secundárias – acontece entre hospitais, incluindo centros terciários;

Terciárias – de hospitais secundários ou terciários para centros nacionais de transferência;

Quaternárias – são transferências para centros internacionais de referência.



São elementos-chave para a transferência segura:

- **Decisão de transferir:** deve-se considerar no cálculo do tempo para a transferência fatores como a condição clínica da mulher, a distância a ser percorrida, condições do trânsito, qual meio de transporte disponível, etc.
- **Estabilização e preparação pré-transferência:** inclui, além da estabilização clínica da mulher, cuidados com o adequado funcionamento e disponibilidade de equipamentos e meio de transporte.
- **Documentação adequada:** é importante comunicação adequada (“passar o caso completo”) ao transferir, encaminhando os dados completos da história clínica e exames disponíveis;
- **Entrega da mulher na unidade receptora:** o cuidado só termina quando a equipe receptora assume integralmente os cuidados



Construção do Protocolo de Transferência

Na construção de um protocolo de transferência, é necessário responder à 5 perguntas principais:

- 1. QUEM será transferida?** Quem é essa mulher, qual é o diagnóstico e quadro clínico? É imperativo que as transferências aconteçam pelas razões clínicas apropriadas. Incluir nesta pergunta “para onde e quem vai receber”.
- 2. COM QUEM?** Quem é a equipe que vai assegurar a segurança no transporte? A escolha da equipe de transferência determinará o escopo da transferência.
- 3. QUANDO?** O processo de referência, do encaminhamento à transferência, muitas vezes, pode demorar mais do que o esperado. Considerar qual horário do dia ou qual dia da semana é mais seguro (normalmente, durante o dia e durante a semana)
- 4. COMO?** Diz respeito ao preparo adequado e cuidadoso da mulher e da logística antes da transferência, evitando problemas e atrasos. Quais dispositivos de saúde estão disponíveis e preparados?
- 5. COM O QUE?** – o equipamento de transferência deve ser durável, compacto, intuitivo e bem conservado. É essencial que o profissional envolvido esteja acostumados com o kit de transferência.



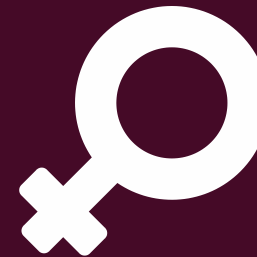
**O planejamento e a preparação da
transferência da paciente obstétrica é
dever da equipe e direito da paciente.**



Referências

- Bourn S, Wijesingha S, Nordmann G. Transfer of the critically ill adult patient. BJA Educ. 2028;18(3):63-68. Doi:10.1016/j.bjae.2027.11.008
- American Association of Birth Centers; Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses; American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Care Consensus #9: levels of maternal care (replaces Obstetric Care Consensus number 2, feb 2015). 3. Am J Obstet Gynecol. 2019;221(6):B19-B30. Doi:10.1016/j.ajog.2019.05.046
- Levels of Maternal Care: Obstetric Care Consensus No, 9. Obstet Gynecol. 2019 Aug;134(2):e41-e55. doi: 10.1097/AOG.0000000000003383. Erratum in: Obstet Gynecol. 2019 Oct;134(4):883. PMID: 31348224.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

SEGURANÇA NO TRANSPORTE OBSTÉTRICO: O QUE FAZER ANTES DE TRANSFERIR?

Material de 29 de setembro de 2023

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres

Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.