

PROTOCOLO MUNICIPAL

ATENDIMENTO, REGULAÇÃO E
TRANSFERÊNCIA DE

GESTANTE

EM TRABALHO DE PARTO

Reconhecimento precoce • estabilização • CROSS • transferência segura • continuidade assistencial • responsabilidades

CONTROLE DO DOCUMENTO

Campo	Definição
Título	Atendimento, regulação e transferência de gestante em trabalho de parto
Código	PMUE-OB-TR-001
Versão / vigência	1.0 / após aprovação institucional
Elaboração	Equipe técnica municipal — proposta inicial
Aprovação necessária	Direção Técnica, Coordenação do PS, Secretaria Municipal de Saúde e assessoria jurídica
Abrangência	PS Municipal, regulação, transporte sanitário e equipes envolvidas
Revisão	Bienal ou após mudança normativa/fluxo regional

2026



MENSAGEM-CHAVE Gestante com risco de parto ou urgência obstétrica deve permanecer assistida até a passagem formal de responsabilidade, com transporte compatível e regulação precoce.

Código: PMUE-OB-TR-001

Versão 1.0 • Agosto de 2026 • Revisão programada: agosto de 2028

SUMÁRIO

- 1. Finalidade e escopo
- 2. Princípios e limites do protocolo
- 3. Base normativa e governança
- 4. Definições operacionais
- 5. Acolhimento, triagem e classificação de risco
- 6. Conduta nos primeiros 10 minutos
- 7. Fluxo de regulação e transferência
- 8. Parto iminente e parto no PS
- 9. Transporte: risco, viatura, equipe e passagem de responsabilidade
- 10. Responsabilidades por função
- 11. Término de plantão e continuidade assistencial
- 12. Situações de impasse / recusa
- 13. Registro, comunicação e documentação
- 14. Checklists operacionais
- 15. Capacitação, indicadores e auditoria
- 16. Sugestões de ilustrações, fluxogramas e tabelas
- 17. Referências

NOTA DE GOVERNANÇA - Este protocolo deve ser aplicado em conjunto com os fluxos vigentes da CROSS, pactuações regionais, normas do transporte sanitário e protocolos específicos de urgência obstétrica, parto de emergência, hemorragia obstétrica, hipertensão/eclâmpsia e reanimação neonatal. Em caso de divergência, prevalecem a regulação médica, as normas legais vigentes e a avaliação clínica do risco materno-fetal

USO OBRIGATÓRIO ANTES DA PUBLICAÇÃO Adequar o texto aos contratos de transporte, composição real das ambulâncias, escala local, fluxo pactuado com a CROSS e normas municipais. Este protocolo não cria, por si só, nova obrigação trabalhista nem substitui decisão clínica/regulatória.

1. FINALIDADE E ESCOPO

Padronizar o atendimento inicial, a estabilização, o acionamento da regulação, a transferência segura e a continuidade assistencial de gestantes em trabalho de parto ou com urgência obstétrica atendidas no PS Municipal de Itariri, município sem maternidade própria.

Aplica-se a **médicos plantonistas, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, condutores, equipes de ambulância, coordenação do PS, Direção Técnica e demais profissionais envolvidos na regulação e no transporte.**

2. PRINCÍPIOS E LIMITES

- **Acolhimento e avaliação imediata**, sem atrasar suporte por ausência de leito de destino.
- **Transferência precoce** solicitada em paralelo à estabilização, conforme risco materno-fetal.
- **A gestante não pode permanecer sem equipe responsável** nem ser removida em condição incompatível com o transporte disponível.
- **O término do plantão, isoladamente, não interrompe a obrigação de continuidade** do cuidado sem passagem formal e segura.
- **A necessidade de médico no transporte é decisão baseada no risco, modalidade da ambulância, orientação regulatória e capacidade de preservar o PS assistido.**
- **A Direção Técnica e a gestão** devem organizar cobertura, retaguarda e contingência compatíveis com a realidade local.

REGRA OPERACIONAL A assistência somente se encerra para a equipe de origem após a entrega formal, documentada, à equipe responsável pelo transporte ou ao serviço receptor, conforme o fluxo regulado.



1. FINALIDADE E ESCOPO



Padronizar o atendimento inicial, a estabilização, o acionamento da regulação, a transferência segura e a continuidade assistencial de gestantes em trabalho de parto ou com urgência obstétrica atendidas no PS Municipal de Itariri, município sem maternidade própria.



Aplica-se a médicos plantonistas, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, condutores, equipes de ambulância, coordenação do PS, Direção Técnica e demais profissionais envolvidos na regulação e no transporte.



2. PRINCÍPIOS E LIMITES

- Acolhimento e avaliação imediata, sem atrasar suporte por ausência de leito de destino.
- Transferência precoce solicitada em paralelo à estabilização, conforme risco materno-fetal.
- A gestante não pode permanecer sem equipe responsável nem ser removida em condição incompatível com o transporte disponível.
- O término do plantão, isoladamente, não interrompe a obrigação de continuidade do cuidado sem passagem formal e segura.
- A necessidade de médico no transporte é decisão baseada no risco, modalidade da ambulância, orientação regulatória e capacidade de preservar o PS assistido.
- A Direção Técnica e a gestão devem organizar cobertura, retaguarda e contingência compatíveis com a realidade local.



ACOLHER

Avaliação prioritária



ESTABILIZAR

Suporte materno-fetal



REGULAR

CROSS precoce



ENTREGAR

Passagem formal



REGRA OPERACIONAL — A assistência somente se encerra para a equipe de origem após a entrega formal, documentada, à equipe responsável pelo transporte ou ao serviço receptor, conforme o fluxo regulado.

3. BASE NORMATIVA E GOVERNANÇA

A aplicação institucional deve considerar, além das normas abaixo, a **pactuação regional, as regras municipais, os contratos de transporte e a escala real do serviço.**

Referência	Aplicação prática no protocolo
Portaria GM/MS nº 2.048/2002	Organização das urgências; acolhimento, estabilização e transferência inter-hospitalar conforme complexidade e regulação.
Resolução CFM nº 2.217/2018 — Código de Ética Médica	Continuidade assistencial, vedação de afastar-se de paciente grave sem deixar outro médico responsável e de abandonar plantão sem substituto, ressalvadas as situações previstas no Código.
Resolução CFM nº 2.110/2014	Organização do atendimento pré-hospitalar móvel; Vaga Zero como prerrogativa e responsabilidade do médico regulador de urgências.
Protocolos regionais / CROSS / SMS	Definição local de contatos, rotas, viaturas, composição de equipe, maternidades de referência e contingências.

NOTA JURÍDICO-INSTITUCIONAL A redação sobre jornada, convocação, transporte e consequências de condutas deve ser revisada pela assessoria jurídica e Diretoria Técnica, pois depende de vínculo, escala, contrato e recursos efetivamente disponíveis.

4. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Termo	Definição para uso local
Trabalho de parto	Contrações regulares associadas a modificação cervical, conforme avaliação clínica.
Parto iminente	Período expulsivo, coroamento, apresentação visível, desejo involuntário de fazer força ou alta probabilidade de nascimento em curto intervalo.
Urgência obstétrica	Situação com risco materno, fetal ou neonatal que demanda avaliação e conduta imediatas.
Transferência regulada	Encaminhamento organizado sob regulação, com definição de destino, transporte e comunicação clínica.
Vaga Zero	Recurso excepcional definido pelo médico regulador para garantir acesso imediato em situação grave, mesmo sem leito formal disponível.
Passagem formal	Entrega objetiva e registrada de informações e responsabilidade clínica à equipe habilitada.

5. ACOLHIMENTO, TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Toda gestante deve ser encaminhada para avaliação prioritária. A ausência de cartão de pré-natal não deve atrasar o cuidado.

Dados mínimos iniciais

- **Idade gestacional, G/P/A, DUM/DPP** quando disponíveis, comorbidades e fatores de risco.
- **Queixa principal:** contrações, perda de líquido, sangramento, dor persistente, cefaleia/escotomas, febre, dispneia, trauma, redução de movimentos fetais.
- **Sinais vitais completos,** saturação e glicemia quando indicada.
- **Avaliação obstétrica direcionada:** dinâmica uterina, BCF, altura uterina, apresentação quando possível; exame especular/toque apenas quando clinicamente indicado e seguro.

Acionar médico e Sala Vermelha ou Sala de Parto imediatamente

Situação	Ação inicial simultânea
Parto iminente / nascimento em curso	Preparar parto no PS e reanimação neonatal; acionar CROSS e transporte para transferência após estabilização.
Sangramento importante, dor intensa/útero hipertônico, suspeita de DPP	ABCDE, acesso venoso, monitorização, medidas conforme protocolo obstétrico; regulação imediata.
Convulsão, rebaixamento, hipertensão grave sintomática	Sala Vermelha, estabilização e tratamento inicial conforme protocolo; regulação urgente.
Prolapso de cordão, apresentação anômala, alteração fetal importante	Equipe médica/enfermagem imediata, medidas de suporte e comunicação regulatória prioritária.
Instabilidade, sepse, dispneia, trauma	ABCDE e transporte de maior complexidade conforme risco.

ACOLHIMENTO, TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Toda gestante deve ser encaminhada para avaliação prioritária. A ausência de cartão de pré-natal não deve atrasar o cuidado.



DADOS MÍNIMOS INICIAIS

- Idade gestacional, G/P/A, DUM/DPP quando disponíveis, comorbidades e fatores de risco.
- Queixa principal: contrações, perda de líquido, sangramento, dor persistente, cefaleia/escotomas, febre, dispneia, trauma, redução de movimentos fetais.
- Sinais vitais completos, saturação e glicemia quando indicada.
- Avaliação obstétrica direcionada: dinâmica uterina, BCF, altura uterina, apresentação quando possível; exame especular/toque apenas quando clinicamente indicado e seguro.

SALA VERMELHA AGORA



SANGRAMENTO IMPORTANTE



CONVULSÃO OU REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA



HIPERTENSÃO GRAVE SINTOMÁTICA



PARTO IMINENTE

ACIONAR MÉDICO E SALA VERMELHA OU SALA DE PARTO IMEDIATAMENTE

SITUAÇÃO	AÇÃO INICIAL SIMULTÂNEA
 Parto iminente / nascimento em curso	Preparar parto no PS e reanimação neonatal; acionar CROSS e transporte para transferência após estabilização.
 Sangramento importante, dor intensa/útero hipertônico, suspeita de DPP	ABCDE, acesso venoso, monitorização, medidas conforme protocolo obstétrico; regulação imediata.
 Convulsão, rebaixamento, hipertensão grave sintomática	Sala Vermelha, estabilização e tratamento inicial conforme protocolo; regulação urgente.
 Prolapso de cordão, apresentação anômala, alteração fetal importante	Equipe médica/enfermagem imediata, medidas de suporte e comunicação regulatória prioritária.
 Instabilidade, sepse, dispneia, trauma	ABCDE e transporte de maior complexidade conforme risco.

6. CONDOTA NOS PRIMEIROS 10 MINUTOS

1. **Chamar médico responsável e enfermeiro**; não deixar a gestante desacompanhada.
2. **Aplicar abordagem ABCDE** quando houver gravidade; posicionar em decúbito lateral esquerdo se tolerado.
3. **Monitorizar conforme risco**; obter acesso venoso e exames somente quando indicados e sem atrasar transferência.
4. **Preparar material para parto e reanimação neonatal** quando houver chance de nascimento no PS ou durante transporte.
5. **Documentar horários**: chegada, avaliação, identificação do risco, primeiro contato com regulação, resposta, saída e passagem de responsabilidade.
6. **Acionar CROSS/fluxo municipal precocemente**, com síntese objetiva do quadro e risco de parto durante deslocamento.

1. Avaliar mãe e feto	2. Identificar gravidade / parto iminente	3. Estabilizar e preparar parto	4. Acionar CROSS	5. Definir destino e transporte	6. Entregar formalmente
-----------------------	---	---------------------------------	------------------	---------------------------------	-------------------------

Fluxo operacional — sequência de decisão e comunicação.

Comunicação mínima à regulação

Informar	Conteúdo objetivo
Identificação obstétrica	Idade, idade gestacional, paridade, pré-natal e fatores de risco relevantes.
Situação atual	Contrações, dilatação/achados relevantes, perda de líquido/sangramento, BCF, sinais vitais e estado materno.
Risco imediato	Parto iminente? Instabilidade? Intervenções realizadas e resposta.
Necessidade	Maternidade de referência, nível de suporte e equipe/ambulância compatíveis.
Logística	Horário da solicitação, contato do médico e tempo estimado de transporte.

6. CONDOTA NOS PRIMEIROS 10 MINUTOS

- ✓ Chamar médico responsável e enfermeiro; não deixar a gestante desacompanhada.
- ✓ Aplicar abordagem ABCDE quando houver gravidade; posicionar em decúbito lateral esquerdo se tolerado.
- ✓ Monitorizar conforme risco; obter acesso venoso e exames somente quando indicados e sem atrasar transferência.
- ✓ Preparar material para parto e reanimação neonatal quando houver chance de nascimento no PS ou durante transporte.
- ✓ Documentar horários: chegada, avaliação, identificação do risco, primeiro contato com regulação, resposta, saída e passagem de responsabilidade.
- ✓ Acionar CROSS/fluxo municipal precocemente, com síntese objetiva do quadro e risco de parto durante deslocamento.



FLUXO OPERACIONAL — SEQUÊNCIA DE DECISÃO E COMUNICAÇÃO



COMUNICAÇÃO MÍNIMA À REGULAÇÃO

INFORMAR	CONTEÚDO OBJETIVO
Identificação obstétrica	Idade, idade gestacional, paridade, pré-natal e fatores de risco relevantes.
Situação atual	Contrações, dilatação/achados relevantes, perda de líquido/sangramento, BCF, sinais vitais e estado materno.
Risco imediato	Parto iminente? Instabilidade? Intervenções realizadas e resposta.
Necessidade	Maternidade de referência, nível de suporte e equipe/ambulância compatíveis.
Logística	Horário da solicitação, contato do médico e tempo estimado de transporte.

7. FLUXO DE REGULAÇÃO E TRANSFERÊNCIA

1. Gestante avaliada	2. Parto iminente ou instável?	3. Sim: parto/estabilização no PS + regular	4. Não: regular precocemente	5. Definir destino, viatura e equipe	6. Checklist + relatório + saída
----------------------	--------------------------------	---	------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

Fluxo operacional — sequência de decisão e comunicação.

Decisão prática

Cenário	Conduta de segurança
Parto provável durante a remoção	Não iniciar transporte sem equipe (médico, enfermeiro e auxiliar), viatura e recursos capazes de responder ao nascimento; se expulsivo/iminente, preparar assistência no PS.
Gestante estável, sem parto iminente	Transferência regulada para maternidade de referência, com observação e reavaliações até saída.
Gestante instável	Estabilização inicial simultânea e transporte de suporte compatível, conforme regulação.
Sem leito formal disponível, alto risco	Discutir imediatamente com médico regulador; Vaga Zero é decisão exclusiva do regulador.
Atraso de transporte	Reavaliar periodicamente, documentar, manter suporte, atualizar regulação e escalar à coordenação conforme fluxo local.

NÃO ADIAR A solicitação de regulação **não deve** aguardar todos os exames. Informações adicionais devem ser atualizadas à medida que forem obtidas.

7. FLUXO DE REGULAÇÃO E TRANSFERÊNCIA

Fluxo operacional — sequência de decisão e comunicação.



DECISÃO PRÁTICA	CONDUTA DE SEGURANÇA
 Parto provável durante a remoção	Não iniciar transporte sem equipe, viatura e recursos capazes de responder ao nascimento; se expulsivo/iminente, preparar assistência no PS.
 Gestante estável, sem parto iminente	Transferência regulada para maternidade de referência, com observação e reavaliações até saída.
 Gestante instável	Estabilização inicial simultânea e transporte de suporte compatível, conforme regulação.
 Sem leito formal disponível, alto risco	Discutir imediatamente com médico regulador; Vaga Zero é decisão exclusiva do regulador.
 Atraso de transporte	Reavaliar periodicamente, documentar, manter suporte, atualizar regulação e escalar à coordenação conforme fluxo local.



NÃO ADIAR

A solicitação de regulação **não deve** aguardar todos os exames. Informações adicionais devem ser atualizadas à medida que forem obtidas.

8. PARTO IMINENTE E PARTO NO PS

Quando o parto é iminente, a **prioridade é assistência segura no PS. Não transferir uma gestante em período expulsivo ou com nascimento previsível em curto intervalo sem condições de transporte compatíveis.**

- **Acionar equipe**, separar kit de parto, fonte de calor e material de reanimação neonatal.
- **Manter comunicação com a regulação**; planejar transferência materna e neonatal após estabilização, de acordo com as condições clínicas.
- **Registrar** hora do nascimento, condições maternas/neonatais, intervenções e contatos regulatórios. Aplicar protocolo institucional específico de **parto de emergência e reanimação neonatal**, quando disponível.
- Se o parto for realizado no PS, mãe e criança estabilizadas, encaminhar ambas para a Maternidade de referência via CROSS. A equipe deve acompanhá-las (médico, enfermeiro e auxiliar) se houver risco de intercorrências pós-parto (placenta acreta, sangramento anormal, criança com APGAR baixo, etc.)

LIMITE DESTE DOCUMENTO Este protocolo organiza o fluxo assistencial e de transferência. Não substitui protocolo de assistência ao parto, hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia/eclâmpsia ou reanimação neonatal.



8. PARTO IMINENTE E PARTO NO PS



Quando o parto é iminente, a **prioridade é assistência segura no PS. Não transferir uma gestante em período expulsivo ou com nascimento previsível em curto intervalo sem condições de transporte compatíveis.**



- Acionar equipe, separar kit de parto, fonte de calor e material de reanimação neonatal.



- Manter comunicação com a regulação; planejar transferência materna e neonatal após estabilização, de acordo com as condições clínicas.



- Registrar hora do nascimento, condições maternas/neonatais, intervenções e contatos regulatórios.

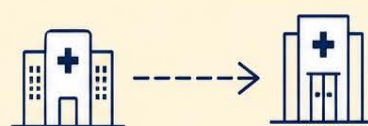


- Aplicar protocolo institucional específico de parto de emergência e reanimação neonatal, quando disponível.



LIMITE DESTE DOCUMENTO

Este protocolo organiza o fluxo assistencial e de transferência. Não substitui protocolo de assistência ao parto, hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia/eclâmpsia ou reanimação neonatal.



9. TRANSPORTE: RISCO, EQUIPE E PASSAGEM DE RESPONSABILIDADE

A **modalidade de transporte** deve ser compatível com a gravidade materno-fetal, a possibilidade de intervenção durante o trajeto, o tempo/distância e a orientação do médico regulador.

Antes da saída	Confirmar e registrar
Destino	Maternidade/serviço definido pela regulação; contato e aceitação conforme fluxo.
Viatura e equipe	Modalidade de suporte, profissional(is) habilitado(s), materiais, oxigênio, monitorização e plano de contingência.
Condição clínica	Sinais vitais e reavaliação imediatamente antes da saída; risco de parto durante o trajeto.
Documentação	Relatório de transferência, cópia de registros disponíveis, prescrições/medicações administradas e exames, se houver. Utilizar documentação apropriada definida pela organização interna do serviço local.
Passagem	Comunicação verbal estruturada + entrega de documentos + identificação da equipe que recebe. (SBAR)

Modelo de passagem — SBAR

Elemento	Conteúdo
S — Situação	Gestante, idade gestacional, motivo da transferência e risco imediato.
B — Background	Antecedentes, pré-natal, comorbidades e evolução breve.
A — Avaliação	Sinais vitais, BCF, achados obstétricos, intervenções e resposta.
R — Recomendação	Necessidades no trajeto, pendências e alerta para chegada.

9. TRANSPORTE: RISCO, EQUIPE E PASSAGEM DE RESPONSABILIDADE

A modalidade de transporte deve ser compatível com a gravidade materno-fetal, a possibilidade de intervenção durante o trajeto, o tempo/distância e a orientação do médico regulador.



ANTES DA SAÍDA	
CONFIRMAR E REGISTRAR	
Destino	Maternidade/serviço definido pela regulação; contato e aceitação conforme fluxo.
Viatura e equipe	Modalidade de suporte, profissional(is) habilitado(s), materiais, oxigênio, monitorização e plano de contingência.
Condição clínica	Sinais vitais e reavaliação imediatamente antes da saída; risco de parto durante o trajeto.
Documentação	Relatório de transferência, cópia de registros disponíveis, prescrições/medicações administradas e exames, se houver.
Passagem	Comunicação verbal estruturada + entrega de documentos + identificação da equipe que recebe.

MODELO DE PASSAGEM — SBAR	
ELEMENTO	CONTEÚDO
S — Situação	Gestante, idade gestacional, motivo da transferência e risco imediato.
B — Background	Antecedentes, pré-natal, comorbidades e evolução breve.
A — Avaliação	Sinais vitais, BCF, achados obstétricos, intervenções e resposta.
R — Recomendação	Necessidades no trajeto, pendências e alerta para chegada.



SEGURANÇA DO PS

Se a saída de profissional indispensável ao transporte puder desassistir o PS, comunicar imediatamente coordenação/Direção Técnica e regulação para solução compatível. A paciente e o PS não podem ficar sem cobertura segura.

10. RESPONSABILIDADES POR FUNÇÃO

Função	Responsabilidades operacionais
Médico plantonista	Avaliar, estabilizar, indicar necessidade de transferência, comunicar dados clínicos à regulação, documentar, elaborar relatório e assegurar continuidade até passagem formal.
Enfermeiro	Organizar assistência, monitorização e preparação de materiais; coordenar checklist de enfermagem; registrar cuidados e comunicação; apoiar passagem da paciente.
Técnico/auxiliar	Executar cuidados delegados, monitorização, preparo de materiais e registros conforme orientação/supervisão.
Condutor/equipe de transporte	Checar viatura/equipamentos, manter comunicação operacional e executar transporte dentro de suas atribuições e composição definida.
Coordenação do PS	Acionar contingência, apoiar composição de equipe, preservar cobertura da unidade e registrar ocorrências operacionais.
Direção Técnica/gestão	Garantir escala, fluxos, retaguarda, treinamento, revisão de eventos e condições estruturais compatíveis com a assistência.
Médico regulador	Definir regulação, destino e, quando aplicável, Vaga Zero; orientar fluxo conforme gravidade e rede.



10. RESPONSABILIDADES POR FUNÇÃO

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADES OPERACIONAIS
 Médico plantonista	Avaliar, estabilizar, indicar necessidade de transferência, comunicar dados clínicos à regulação, documentar, elaborar relatório e assegurar continuidade até passagem formal.
 Enfermeiro	Organizar assistência, monitorização e preparação de materiais; coordenar checklist de enfermagem; registrar cuidados e comunicação; apoiar passagem da paciente.
 Técnico/auxiliar	Executar cuidados delegados, monitorização, preparo de materiais e registros conforme orientação/supervisão.
 Condutor/equipe de transporte	Checar viatura/equipamentos, manter comunicação operacional e executar transporte dentro de suas atribuições e composição definida.
 Coordenação do PS	Acionar contingência, apoiar composição de equipe, preservar cobertura da unidade e registrar ocorrências operacionais.
 Direção Técnica/gestão	Garantir escala, fluxos, retaguarda, treinamento, revisão de eventos e condições estruturais compatíveis com a assistência.
 Médico regulador	Definir regulação, destino e, quando aplicável, Vaga Zero; orientar fluxo conforme gravidade e rede.



Matriz de responsabilidades para orientação operacional e treinamento.
Aplicar conforme normas, contratos e fluxos locais.

11. TÉRMINO DE PLANTÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

A proximidade do término do turno deve disparar um fluxo de passagem antecipada, não a interrupção do cuidado.

1. **Comunicar imediatamente médico entrante**, coordenação e enfermagem sobre a gestante, risco, pendências e status da regulação.
2. Realizar passagem direta à beira-leito ou por **contato profissional verificável**, com registro de horários e responsável que assume.
3. **Quando houver necessidade de médico no transporte**, a definição deve ser imediata, baseada no risco, equipe disponível e orientação regulatória.
4. **Na falta de substituto/solução segura**, o médico permanece responsável até passagem formal, sem prejuízo de posterior análise administrativa da escala e das condições de trabalho.
5. **A Direção Técnica deve ser notificada quando a demanda ameaçar desassistir o PS**, particularmente se na unidade estiver um único médico.

NÃO É UMA REGRA DE “ACOMPANHAR TODA REMOÇÃO” O dever central é não deixar a gestante grave sem assistência nem atrasar a remoção, mas o médico se responsabiliza pela decisão de não acompanhar a paciente assinando o documento de transferência. Acompanhamento médico depende de risco, composição da ambulância, decisão regulatória e capacidade de manter o PS coberto.

11. TÉRMINO DE PLANTÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

A proximidade do término do turno deve disparar um fluxo de passagem antecipada, não a interrupção do cuidado.



COMUNICAR IMEDIATAMENTE

Médico entrante, coordenação e enfermagem: gestante, risco, pendências e status da regulação.



PASSAGEM FORMAL

À beira-leito ou por contato profissional verificável; registrar horários e responsável que assume.



TRANSPORTE CONFORME RISCO

A necessidade de médico no transporte é definida imediatamente conforme risco, equipe disponível e orientação regulatória.



SEM SUBSTITUTO / SOLUÇÃO SEGURA

O médico permanece responsável até a passagem formal. Notificar a Direção Técnica se houver risco de desassistir o PS.



NÃO É REGRA DE 'ACOMPANHAR TODA REMOÇÃO'

O dever central é não deixar a gestante grave sem assistência. Acompanhamento médico depende de risco, composição da ambulância, decisão regulatória e capacidade de manter o PS coberto.



12. SITUAÇÕES DE IMPASSE OU RECUSA

Conflitos devem ser tratados em tempo real com foco na segurança e, depois, submetidos à apuração administrativa imparcial.

Situação	Resposta imediata
Discordância sobre necessidade de transporte/acompanhar	Reavaliar clinicamente; discutir com regulação e coordenação; registrar decisão, fundamentos e nomes envolvidos.
Ausência de substituto / risco de desassistir PS	Acionar contingência institucional e Direção Técnica; buscar composição segura sem abandonar gestante ou unidade.
Recusa de executar atribuição essencial sem justificativa técnica	Registrar fato objetivo, comunicar coordenação/Direção Técnica e preservar assistência. Apuração posterior com direito de manifestação.
Limitação estrutural ou ausência de recurso	Registrar indisponibilidade, medidas mitigadoras, contatos e atualizações à regulação; escalar gestão conforme fluxo.
Atraso/indefinição de destino	Manter suporte e reavaliação; atualização frequente à regulação; documentar cronologia.

LINGUAGEM DE REGISTRO Descrever fatos, horários, risco clínico, comunicações, recursos disponíveis e decisão tomada. Evitar termos acusatórios, juízos morais ou conclusões disciplinares no prontuário assistencial. O médico e enfermeiro devem registrar em livro próprio qualquer ocorrência e conflitos internos com assinaturas e testemunhas se necessário.



12. SITUAÇÕES DE IMPASSE OU RECUSA

Conflitos devem ser tratados em tempo real com foco na segurança e, depois, submetidos à apuração administrativa imparcial.

SITUAÇÃO	RESPOSTA IMEDIATA
 Discordância sobre necessidade de transporte/acompanhar	Reavaliar clinicamente; discutir com regulação e coordenação; registrar decisão, fundamentos e nomes envolvidos.
 Ausência de substituto / risco de desassistir PS	Acionar contingência institucional e Direção Técnica; buscar composição segura sem abandonar gestante ou unidade.
 Recusa de executar atribuição essencial sem justificativa técnica	Registrar fato objetivo, comunicar coordenação/Direção Técnica e preservar assistência. Apuração posterior com direito de manifestação.
 Limitação estrutural ou ausência de recurso	Registrar indisponibilidade, medidas mitigadoras, contatos e atualizações à regulação; escalar gestão conforme fluxo.
 Atraso/indefinição de destino	Manter suporte e reavaliação; atualização frequente à regulação; documentar cronologia.



LINGUAGEM DE REGISTRO

Descrever fatos, horários, risco clínico, comunicações, recursos disponíveis e decisão tomada. Evitar termos acusatórios, juízos morais ou conclusões disciplinares no prontuário assistencial. O médico e enfermeiro devem registrar em livro próprio qualquer ocorrência e conflitos internos com assinaturas e testemunhas se necessário.

13. REGISTRO, COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO

Registro mínimo no prontuário

- **Hora de chegada**, avaliação médica, sinais vitais, achados obstétricos relevantes e classificação de risco.
- **Hipótese/diagnóstico** operacional, condutas, medicações e resposta clínica.
- **Horário e conteúdo das comunicações com CROSS/regulação**, coordenação e equipe de transporte.
- **Modalidade de transporte**, equipe, identificação do destino e horários de saída/entrega.
- **Passagem de responsabilidade**: quem entregou, quem recebeu, forma de comunicação e documentação entregue.

Modelo sintético de relatório de transferência

Campo	Preencher
Identificação	Nome, idade, cartão SUS, contato/acompanhante quando disponível.
Obstetria	IG, G/P/A, pré-natal, DPP, fatores de risco e alergias.
Quadro atual	Início/evolução, contrações, perda de líquido/sangramento, sinais de gravidade.
Avaliação	SV, BCF, exame obstétrico relevante e exames disponíveis.
Condutas	Acessos, fluidos, medicamentos, procedimentos e resposta.
Regulação	Protocolo/contato, destino, horário e orientações recebidas.
Transporte	Modalidade, equipe e necessidade de vigilância durante trajeto.



13. REGISTRO, COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO

REGISTRO MÍNIMO NO PRONTUÁRIO



- Hora de chegada, avaliação médica, sinais vitais, achados obstétricos relevantes e classificação de risco.



- Hipótese/diagnóstico operacional, condutas, medicações e resposta clínica.



- Horário e conteúdo das comunicações com CROSS/regulação, coordenação e equipe de transporte.



- Modalidade de transporte, equipe, identificação do destino e horários de saída/entrega.



- Passagem de responsabilidade: quem entregou, quem recebeu, forma de comunicação e documentação entregue.

MODELO SINTÉTICO DE RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

Campo	Preencher
 Identificação	Nome, idade, cartão SUS, contato/acompanhante quando disponível.
 Obstetria	IG, G/P/A, pré-natal, DPP, fatores de risco e alergias.
 Quadro atual	Início/evolução, contrações, perda de líquido/sangramento, sinais de gravidade.
 Avaliação	SV, BCF, exame obstétrico relevante e exames disponíveis.
 Condutas	Acessos, fluidos, medicamentos, procedimentos e resposta.
 Regulação	Protocolo/contato, destino, horário e orientações recebidas.
 Transporte	Modalidade, equipe e necessidade de vigilância durante trajeto.



CONTINUIDADE SEGURA: registrar cronologia, decisões e entrega formal da responsabilidade.

14. CHECKLISTS OPERACIONAIS

Checklist A — Antes de acionar a regulação

☐	Verificação
☐	Avaliação materna e fetal inicial realizada; sinais vitais registrados.
☐	Risco de parto iminente e de nascimento no trajeto explicitado.
☐	Medidas de estabilização iniciadas conforme necessidade.
☐	Dados obstétricos essenciais organizados para comunicação.
☐	Nome e contato do médico solicitante disponíveis.

Checklist B — Antes da saída

☐	Verificação
☐	Destino e orientação regulatória documentados.
☐	Condição clínica reavaliada imediatamente antes da saída.
☐	Viatura, equipe e equipamentos compatíveis confirmados.
☐	Risco de parto no trajeto comunicado à equipe de transporte.
☐	Relatório e documentos entregues; medicações/exames listados.
☐	Passagem formal realizada e registrada.

Checklist C — Mudança de plantão

☐	Verificação
☐	Médico entrante/coordenação informado sobre status e pendências.
☐	Responsável assistencial identificado até a efetiva transferência.
☐	Impossibilidades/contingências registradas e escalonadas.
☐	Horários e interlocutores documentados.

15. CAPACITAÇÃO, INDICADORES E AUDITORIA

Indicador	Meta inicial sugerida
Tempo chegada → avaliação médica	Monitorar mensalmente; definir meta após linha de base.
Tempo avaliação → primeiro contato com regulação	Monitorar mensalmente; priorizar redução de atrasos evitáveis.
Gestantes transferidas com checklist e relatório completo	≥ 90%, após fase de implantação.
Registros com passagem formal documentada	≥ 90%, após fase de implantação.
Eventos com parto no PS / transporte	Revisão de caso em até 15 dias, foco de melhoria e não punitivo.
Capacitação da equipe	Simulação anual de parto iminente, comunicação e transporte.

A revisão de eventos deve buscar falhas de processo, comunicação, recurso e escala; não substituirá os procedimentos ético-administrativos quando necessários.

15. CAPACITAÇÃO, INDICADORES E AUDITORIA

PAINEL DE INDICADORES



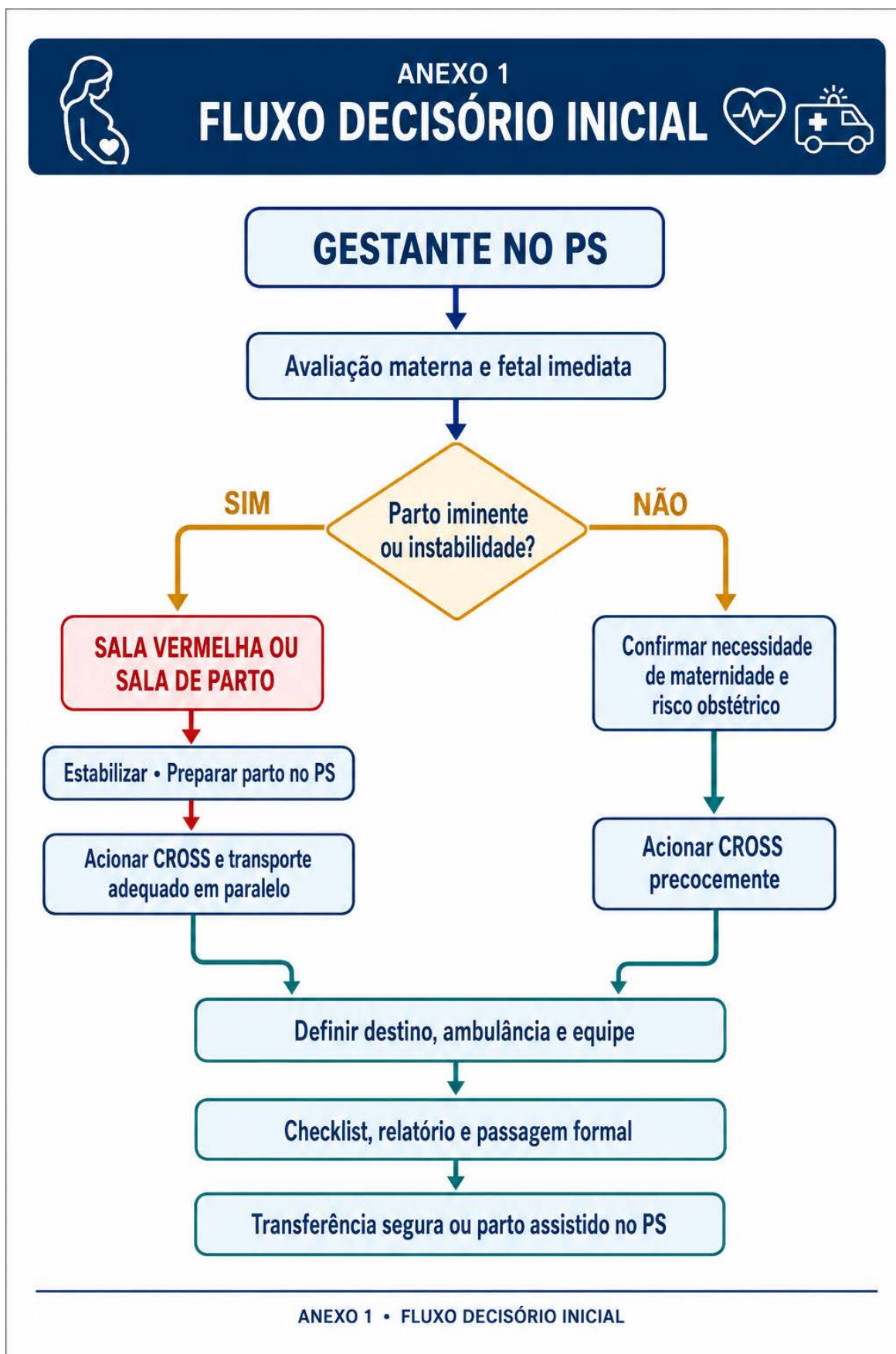
EVENTOS, CAPACITAÇÃO E AUDITORIA

	Eventos com parto no PS / transporte — Revisão de caso em até 15 dias, com foco de melhoria e não punitivo.
	Capacitação da equipe — Simulação anual de parto iminente, comunicação e transporte.
	 A revisão de eventos deve buscar falhas de processo, comunicação, recurso e escala; não substituirá os procedimentos ético-administrativos quando necessários.

16. REFERÊNCIAS TÉCNICO-NORMATIVAS ESSENCIAIS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. [Acesso oficial](#).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência: regulação médica e transporte inter-hospitalar.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017**, com atualizações da **Rede Alyne**. Organização da atenção materna e infantil, encaminhamento responsável, regulação e retaguarda às urgências obstétricas. [Texto consolidado](#).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 220/2024 — DGCI/SAPS/MS e DAHU/SAES/MS**. Orientações para implantação da Rede Alyne, incluindo transporte inter-hospitalar e regulação obstétrica. [Documento oficial](#).
5. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.079/2014**. Normatiza responsabilidades no transporte e regula a “Vaga Zero” como prerrogativa exclusiva do médico regulador, em situação excepcional. [Resolução](#).
6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2026**. Rio de Janeiro: SBP, 2026. Aplicável ao preparo obrigatório de equipe e materiais quando houver possibilidade de nascimento no PS. [Diretriz](#).
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO; 2018. [Documento](#).
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities**. Geneva: WHO; 2016. Fundamenta comunicação efetiva, registros, continuidade e melhoria da qualidade. [Documento](#).
9. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Fluxos e pactuações regionais da CROSS/DRS Registro**, incluindo referências obstétricas, contatos, disponibilidade de transporte e escalonamento local.
Inserir como anexo institucional após validação formal com DRS XII, CROSS e maternidades de referência.

ANEXO 1 – Fluxo Decisório Inicial



ANEXO 2 – PROTOCOLO SBAR

PASSAGEM DO CASO PARA QUEM RECEBE O PACIENTE NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

O **SBAR** é uma ferramenta de comunicação estruturada para **transmitir um caso clínico de forma rápida, objetiva e segura, especialmente em transferências e situações de urgência.**

- **S — Situação:** qual é o problema imediato.
- **B — Background:** antecedentes e contexto relevantes.
- **A — Avaliação:** dados clínicos, sinais vitais, achados e condutas realizadas.
- **R — Recomendação:** o que é necessário a seguir, pendências e alertas.

Sua finalidade é **reduzir omissões e ruídos de comunicação, facilitar a passagem de responsabilidade e aumentar a segurança da gestante e do recém-nascido durante a regulação, o transporte e a admissão no serviço receptor**

ANEXO 2 • COMUNICAÇÃO E TRANSFERÊNCIA SEGURA

SBAR — PASSAGEM ESTRUTURADA

Organize informações essenciais para a regulação, transporte e equipe receptora.



ANEXO 3 – Proposta de Checklists

14. CHECKLISTS OPERACIONAIS



CHECKLIST A — ANTES DE ACIONAR A REGULAÇÃO

VERIFICAÇÃO

- ☐ Avaliação materna e fetal inicial realizada; sinais vitais registrados.
- ☐ Risco de parto iminente e de nascimento no trajeto explicitado.
- ☐ Medidas de estabilização iniciadas conforme necessidade.
- ☐ Dados obstétricos essenciais organizados para comunicação.
- ☐ Nome e contato do médico solicitante disponíveis.

CHECKLIST B — ANTES DA SAÍDA

VERIFICAÇÃO

- ☐ Destino e orientação regulatória documentados.
- ☐ Condição clínica reavaliada imediatamente antes da saída.
- ☐ Viatura, equipe e equipamentos compatíveis confirmados.
- ☐ Risco de parto no trajeto comunicado à equipe de transporte.
- ☐ Relatório e documentos entregues; medicações/exames listados.
- ☐ Passagem formal realizada e registrada.

CHECKLIST C — MUDANÇA DE PLANTÃO

VERIFICAÇÃO

- ☐ Médico entrante/coordenação informado sobre status e pendências.
- ☐ Responsável assistencial identificado até a efetiva transferência.
- ☐ Impossibilidades/contingências registradas e escalonadas.
- ☐ Horários e interlocutores documentados.

Data/Hora: _____

Profissional responsável: _____

Assinatura/carimbo: _____

APROVAÇÃO INSTITUCIONAL

Instância	Nome / assinatura / data
Direção Técnica	_____
Coordenação do PS	_____
Secretaria Municipal de Saúde	_____
Revisão técnica / enfermagem	_____

VERSÃO DE TRABALHO Documento elaborado como proposta técnica. Somente deve entrar em vigor após validação clínica, regulatória, operacional, jurídica e publicação institucional.