PREFEITURA DE OURO PRETO
Secretaria de Saúde
Atenção Secundária
atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA:
AMBULATÓRIO DE PRÉ NATAL DE ALTO RISCO - POLICLÍNICA REVISÃO 2026

Ouro Preto, outubro de 2026

Secretário Municipal de Saúde
Leandro Leonardo Assis Moreira

Secretária Adjunta de Saúde
Isabela Teixeira Rezende Guimarães

Gerente da Atenção Secundária/Terciária
Simone de Cassia Caetano

Diretora da Atenção Especializada
Sanley Soares Santiago Gomes

Gerente da Atenção Primária
Ricardo Duarte Pereira

Diretora de Programas e Estratégia na Atenção Primária
Luiza Poliana Godoy Paiva Gouveia

Diretor Técnico Policlínica Municipal de Ouro Preto
Roberto Gonçalves Machado

Responsável Técnico de Enfermagem Policlínica Municipal de Ouro Preto
Leonora de Campos Santos

Responsável técnica da Junta Reguladora
Taciana de Oliveira

COLABORADORES

Juliana Pessoa Moreira - Médica Reguladora
Melissa Bittencourt - Médica Ginecologista Obstetra

- Versão 2023
  Raíssa Bethânia Guimarães Reis - Responsável Técnico de Enfermagem
  Melissa Bittencourt - Médica Ginecologista Obstetra

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 5
2. REGULAÇÃO 5
3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO 6
4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES 6
5. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE E MONITORAMENTO 6
   5.1. Instrumentos de apoio à coordenação do cuidado no pré-natal 8
6. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO E PRIORIDADES 9
   6.1. Estratificação e proposta de organização do local de assistência da gestante 9
7. REFERÊNCIAS 18

1. APRESENTAÇÃO

Os protocolos de encaminhamento são importantes ferramentas de gestão do cuidado, pois orientam as decisões clínicas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e funcionam como referência técnica para a análise das solicitações pelas equipes reguladoras.

A APS desempenha um papel estratégico nas Redes de Atenção à Saúde, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o espaço onde se organiza e se coordena o cuidado dos usuários. Sua resolutividade depende diretamente da capacidade clínica e de cuidado das equipes, da incorporação adequada de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da articulação efetiva com os demais pontos da rede de atenção.

Este protocolo aborda aspectos essenciais do processo de referência de gestantes com suspeita ou confirmação de alto risco no município de Ouro Preto. Trata-se de um documento elaborado com base nas diretrizes do Ministério da Saúde e nas experiências locais de organização da atenção obstétrica.

O objetivo é definir critérios para a estratificação de risco das gestantes, identificando diferentes níveis de gravidade e orientando o fluxo de atendimento conforme a classificação de prioridade estabelecida. Dessa forma, busca-se garantir a integralidade, a continuidade e a qualidade do cuidado materno-infantil no território.

2. REGULAÇÃO

A regulação organiza e qualifica o acesso aos serviços especializados, promovendo o uso adequado e equitativo dos recursos da Rede de Atenção à Saúde. Em Ouro Preto, os encaminhamentos são avaliados tecnicamente com base nas informações clínicas, nos critérios deste protocolo e na estratificação de risco. A equipe de reguladores será responsável pela avaliação técnica dos laudos, classificação de risco do paciente (P0, P1, P2) e de prioridades, baseados em critérios clínicos e nos protocolos de regulação.

P0: Situações clínicas graves que, embora não configurem emergência, requerem agendamento eletivo com máxima brevidade.

P1: Condições clínicas em que o tempo de espera pode comprometer o acesso oportuno a outros procedimentos subsequentes (como cirurgias ou exames complementares). Inclui também casos em que a demora pode interferir negativamente na evolução do quadro clínico.

P2: Não necessitam de um agendamento prioritário. Deverão seguir a ordem cronológica de entrada na lista de espera nas Unidades Solicitantes. Demandas de rotina/ acompanhamento.

3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA ENCAMINHAMENTO

- Identificação: nome, idade, idade gestacional (IG) e histórico obstétrico básico (GxPxAx);
- Condições clínicas e obstétricas relevantes: doenças preexistentes, intercorrências na gestação atual e antecedentes importantes (ex.: histórico de abortamento, morte fetal, parto pré-termo anterior, pré-eclâmpsia);
- Achados clínicos e sintomas atuais: sinais vitais, sintomas de alerta e exame físico relevante;
- Exames complementares disponíveis: principais exames laboratoriais e de imagem realizados;
- Condutas realizadas na APS: tratamentos e acompanhamentos prévios;
- Motivo do encaminhamento: justificativa clara e indicação da urgência para possibilitar regulação.

4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES

O encaminhamento deve ser realizado preferencialmente por médicos ou enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS), que acompanham diretamente a gestante.

5. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE E MONITORAMENTO

A estratificação do risco obstétrico é um processo contínuo e fundamental para garantir o acompanhamento adequado das gestantes na Atenção Primária à Saúde (APS). Independentemente do perfil de risco, a gestante deve ser acompanhada periodicamente pela equipe local, com a identificação precoce de sinais de risco para garantir o compartilhamento do cuidado com a atenção especializada quando necessário. A comunicação eficiente entre as equipes e a articulação entre os níveis de atenção são essenciais para a integralidade e qualidade do atendimento, visando reduzir a mortalidade materna e perinatal e assegurar resposta rápida em situações de urgência obstétrica.

A seguir, apresentamos pontos importantes na estratificação de risco obstétrico a serem considerados durante todo o acompanhamento no pré-natal, de acordo com o Manual Gestação de Alto Risco (Ministério da Saúde, 2022):

1. Não há alta da gestante da Atenção Primária em Saúde: a gestante deve ser acompanhada periodicamente pela equipe da APS (agentes comunitários de saúde, técnicos de

enfermagem, enfermeiros e médicos) do território em que ela está adscrita, independentemente do seu perfil de risco. Algumas ações que ocorrem na APS não são oferecidas na assistência especializada (ex: vacinação, aconselhamento da enfermagem, acesso ao cuidado no território, acompanhamento de queixas agudas, monitoramento próximo de sintomas, busca-ativa, abordagem familiar);

2. A estratificação de risco é contínua e deve ser realizada em todos os atendimentos: desde a primeira e a cada consulta de pré-natal, a equipe assistente deve buscar sinais de risco, descritos na Tabela 1;

3. O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento do pré-natal: a partir da identificação de risco, o compartilhamento desse cuidado deve ser solicitado, independentemente de estar no início ou próximo ao termo;

4. A estratificação do risco é absoluta: isso quer dizer que predomina o critério relacionado ao maior risco — uma vez diagnosticada a gestante como de maior risco para complicações, ela não volta a ser de risco habitual nessa gestação.

5. A comunicação adequada entre as equipes assistenciais no compartilhamento do cuidado é fundamental para o sucesso do seguimento da gestante de risco: as equipes envolvidas na assistência devem atuar como uma única equipe. O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/e-SUS APS) deverá ser utilizado preferencialmente como instrumento de comunicação e registro do cuidado compartilhado, permitindo o acesso às informações clínicas, condutas, orientações e plano de acompanhamento da gestante pelas equipes envolvidas na assistência.

6. As gestantes de risco intermediário poderão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde com suporte da equipe especializada: a proposição de uma estratificação de risco intermediário permite que os gestores ofereçam condições para que as gestantes com essas classificações possam ser acompanhadas pelas equipes de atenção básica SEMPRE em conjunto com equipes de especialistas que façam o matriciamento e se responsabilizem pelo compartilhamento do cuidado;

7. Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado: já há uma sinergia entre os fatores de risco, portanto, a combinação de vários fatores de risco intermediários ou de alto risco aumentam a complexidade da situação, implicando maior vigilância e cuidado;

8. Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais: fatores de risco como vulnerabilidade social, situação de rua, violência doméstica e de gênero, e o uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores da educação, assistência social, economia e justiça, entre outros;

9. Identificar as mulheres com maior risco obstétrico reduz a mortalidade materna e perinatal: embora a maior parte dos óbitos maternos ocorra em mulheres sem antecedentes de risco obstétrico, a mortalidade materna e perinatal é proporcionalmente maior nas mulheres com risco identificado e, assim, a estratificação de risco no pré-natal permite reduzir as demoras na identificação e no manejo das condições associadas à morte materna;

10. As situações de urgência e emergência obstétrica requerem atenção imediata: a rede de assistência ambulatorial precisa ter uma aproximação com a rede de urgência e emergência — um fluxo bem construído, de maneira que esta possa acolher rapidamente os casos identificados durante o acompanhamento pré-natal.

5.1 Instrumentos de apoio à coordenação do cuidado no pré-natal

Com o objetivo de qualificar a coordenação do cuidado, favorecer a vigilância ativa das gestantes e apoiar a estratificação contínua do risco obstétrico, recomenda-se a utilização de planilha ou algum outro instrumento de monitoramento do pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

Essa ferramenta poderá ser utilizada pelas equipes da APS como apoio ao acompanhamento longitudinal das gestantes adscritas ao território. A utilização de instrumento de monitoramento favorece:

- A identificação precoce de atrasos, faltas ou perdas de seguimento;
- O compartilhamento do cuidado entre APS e atenção especializada;
- A organização do processo de trabalho da equipe;
- A redução de riscos maternos e perinatais, por meio de vigilância ativa.

Ressalta-se que a planilha ou instrumento de monitoramento constitui uma ferramenta de apoio à prática clínica e à gestão do cuidado, devendo ser adaptada à realidade local, sem substituir o registro obrigatório em prontuário. As unidades que tiverem interesse em utilizar a ferramenta deverão:

- Acessar o link: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1haJnIsbw0WRS7PgIkA5mniwIH8KpEJVJhw66DwSpHik/edit?usp=sharing (Fonte: adaptação da planilha de Júlia Santiago França);

- Fazer uma cópia da planilha no Google Drive da própria equipe/unidade;
- Iniciar a edição e o preenchimento conforme organização do processo de trabalho local.

6. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO E PRIORIDADES

6.1 Estratificação e proposta de organização do local de assistência da gestante

Tabela 1 - Estratificação de risco

Estratificação de risco	Risco habitual	Médio risco ou risco intermediário	Alto risco
Local preferencial de acompanhamento	**APS**	**APS com apoio da equipe multiprofissional ou do ambulatório PNAR**	**APS e Ambulatório PNAR**
Características individuais e condições sociodemográficas	Idade entre 16 e 34 anos. Aceitação da gestação.	Idade materna menor que 15 anos ou maior que 35 anos. Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes químicos, físicos e biológicos nocivos, níveis elevados de estresse. Indícios ou ocorrência de violência doméstica ou de gênero. Situação conjugal insegura. Insuficiência de apoio familiar. Capacidade de autocuidado insuficiente.	Etilismo com indicativo de dependência.* Tabagismo com indicativo de dependência elevada.* Dependência c/ou uso abusivo de drogas. Agravos alimentares ou nutricionais: IMC 240 kg/m?, desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros).

		Não aceitação da gestação. Baixa escolaridade (menos de 5 anos de estudo).Uso de medicamentos teratogênicos. Altura menor que 1,45 m. Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 18,5 kg/m² ou entre 30 e 39 kg/m². Transtorno depressivo ou de ansiedade leve. Uso ocasional de drogas ilícitas. Etilismo sem indicativo de dependência. Tabagismo com baixo grau de dependência. Gestante em situação de rua ou pertencente a comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes. Gestante negra (cor de pele preta ou parda). Outras condições de saúde de menor complexidade.	
História reprodutiva	Ausência de	Abortos precoces (até	Abortamento

anterior	intercorrências prévias	12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos consecutivos). Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior. Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrossomia). Malformação fetal. Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos). Diabetes gestacional. Síndromes hemorrágicas e hipertensivas sem critérios de gravidade. Infertilidade. Cesáreas prévias (2 ou mais). Intervalo interpartal inferior a 2 anos.	habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos). Aborto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada. Insuficiência istmo-cervical. Isoimunização Rh em gestação anterior. Acretismo placentário. Pré-eclâmpsia grave, incluindo síndrome HELLP. Prematuridade anterior. Cesárea prévia com incisão clássica/corporal.
Condições clínicas prévias à gestação	Ausência de intercorrências clínicas	Depressão e ansiedade leves, sem necessidade de tratamento medicamentoso. Asma controlada sem uso de medicamento contínuo.	Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras. Hipertensão arterial crônica. Diabetes mellitus tipo 1 ou 2.

		Hipotircoidismo subclínico diagnosticado na gestação.	Doenças genéticas maternas. Antecedente de tromboembolismo (trombose venosa profunda ou embolia pulmonar). Cardiopatias (valvulopatias, arritmias, endocardite) ou infarto agudo do miocárdio. Pneumopatias graves (asma com uso contínuo de medicação, doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística). Nefropatias graves (insuficiência renal, rins policísticos). Endocrinopatias (hipotireoidismo clínico em uso de medicação, hipertireoidismo). Doenças hematológicas: anemia falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia, coagulopatias. Histórico de tromboembolismo. Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves). Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome do anticorpo antifosfolipídio,

			artrite reumatoide, outras colagenoses). Ginecopatias: malformações, anomalias uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4 cm ou múltiplos, e miomas submucosos, cirurgia uterina prévia fora da gestação. Neoplasias (qualquer tipo), em suspeita, diagnóstico ou tratamento. Pacientes transplantadas. Cirurgia bariátrica. Doenças infecciosas: tuberculose, hanseníase, hepatites. Condiloma acuminado no canal vaginal, colo uterino ou lesões extensas/numerosas em região genital ou perianal. Diagnóstico de HIV.
Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual	Ausência de intercorrências clínicas ou obstétricas na gravidez atual		Infecção urinária de repetição: • ≥ 3 episódios de infecção do trato urinário (ITU) baixa, ou • ≥ 2 episódios de pielonefrite.

			Doenças infecciosas na gestação: • Sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina, ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita. • Toxoplasmose aguda com suspeita de repercussão fetal. • Rubéola na gestação. • Citomegalovírus na gestação. • Diagnóstico de HIV/AIDS na gestação. Restrição de crescimento fetal confirmada. Desvios da quantidade de líquido amniótico (oligoâmnio ou polidrâmnio). Isoimunização Rh. Insuficiência istmocervical diagnosticada na gestação atual. Trabalho de parto pré-termo

			inibido na gestação atual. Anemia grave (hemoglobina < 9 g/dL) ou anemia refratária ao tratamento. Hemorragias na gestação atual. Placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas). Acretismo placentário. Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente). Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal. Qualquer patologia clínica que repercute sobre a gestação ou exija acompanhamento especializado.** Outras condições de saúde de maior complexidade.**

* de acordo com escores de dependência

** após contato prévio com serviço

- **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES**

P0	Etilismo com indicativo de dependência.* Tabagismo com indicativo de dependência elevada.* Dependência e/ou uso abusivo de drogas. Agravos alimentares ou nutricionais: desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros). Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos). Aborto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada. Insuficiência istmo-cervical. Isoimunização Rh em gestação anterior. Acretismo placentário. Pré-eclâmpsia grave, incluindo síndrome HELLP. Prematuridade anterior. Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras. Nefropatias graves (insuficiência renal, rins policísticos). Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves). Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome do anticorpo antifosfolipídio, artrite reumatoide, outras colagenoses). Neoplasias (qualquer tipo), em suspeita, diagnóstico ou tratamento. Pacientes transplantadas. Diagnóstico de HIV Restrição de crescimento fetal confirmada Desvios da quantidade de líquido amniótico (oligoâmnio ou polidrâmnio) Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual Hemorragias na gestação atual. Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal.

P1	Hipertensão arterial crônica. Diabetes mellitus tipo 1 ou 2. Doenças genéticas maternas. Antecedente de tromboembolismo (trombose venosa profunda ou embolia pulmonar). Cardiopatias (valvulopatias, arritmias, endocardite) ou infarto agudo do miocárdio. Pneumopatias graves (asma com uso contínuo de medicação, doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística). Endocrinopatias (hipotireoidismo clínico em uso de medicação, hipertireoidismo). Doenças hematológicas: anemia falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia, coagulopatias. Histórico de tromboembolismo. Ginecopatias: malformações, anomalias uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4 cm ou múltiplos, e miomas submucosos, cirurgia uterina prévia fora da gestação. Doenças infecciosas: tuberculose, hanseníase, hepatites. Doenças infecciosas na gestação: - Sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina, ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita - Toxoplasmose aguda com suspeita de repercussão fetal. - Rubéola na gestação. - Citomegalovírus na gestação. - Diagnóstico de HIV/AIDS na gestação Anemia grave (hemoglobina < 9 g/dL) ou anemia refratária ao tratamento. Placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas) Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente).
P2	Cesárea prévia com incisão clássica/corporal. Cirurgia bariátrica. Condiloma acuminado no canal vaginal, colo uterino ou lesões extensas/numerosas em região genital ou perianal. Infecção urinária de repetição: Qualquer patologia clínica que repercute sobre a gestação ou exija acompanhamento especializado, de acordo com escores de dependência Outras condições de saúde de maior complexidade, após contato prévio com serviço

7. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual De Gestação De Alto Risco. Versdo preliminar,Sccretaria de Atengdo Primária à Saúde Departamento de Ações Programaticas. Brasília -DF, 2022.
2. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.
3. Belo Horizonte. Secretaria de Saúde. Protocolo de Pré Natal e Puerpério. Belo Horizonte - MG, 2016.