



## DELIBERAÇÃO 198/CIB/2021 Retificada em 26.05.2022

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, na sua 263ª reunião ordinária da CIB de 26 de maio de 2022, **RETIFICA** o Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional, após aprovação em reunião da Câmara Técnica Integrada de Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde (APS).

1. A estratificação por estratos de riscos é um elemento central na organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando a atenção, o lugar, o custo e com a qualidade certos.
2. Na organização da Rede Materno-Infantil de Santa Catarina verificou-se a necessidade de estabelecer a estratificação de risco gestacional em três estratos: **baixo, médio e alto risco**, que cumpre, antes de tudo, o objetivo de vigilância contínua sobre o desenvolvimento da gestação, identificando precocemente de fatores de risco relacionados às características individuais da gestante, condições sócio econômicas e familiares, antecedentes obstétricos e clínicos e patologias de risco atual, sejam elas obstétricas ou ginecológicas.
3. A cada consulta o risco deverá ser analisado e anexado à caderneta da gestante para que possa ser apresentado por ela nos outros pontos de atenção da rede.
4. A gestante de baixo risco (risco habitual) deve ser acompanhada pela equipe de APS durante toda a assistência ao pré-natal com consultas intercalas entre médico(a) e enfermeiro(a). Deve também realizar avaliação com o dentista da equipe de saúde bucal.
5. A gestante de médio risco (risco intermediário) deve ser acompanhada pela equipe de APS durante toda a assistência ao pré-natal com consultas médicas e de enfermagem e avaliação do especialista (médico obstetra) quando necessário. Deve também realizar avaliação com o dentista da equipe de saúde bucal.
6. A gestante de alto risco deve ser atendida pela equipe de APS e referenciada para o Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) regional (ou municipal) para acompanhamento por equipe multiprofissional (médico obstetra, enfermeiro,

nutricionista, psicólogo, assistente social, entre outros). O AAE deve compartilhar o cuidado com a equipe de APS por meio da elaboração e monitoramento do plano de cuidados, monitoramento dos marcadores clínicos de estabilização, vigilância para rápida identificação e intervenção nas intercorrências clínicas e obstétricas, realização e avaliação dos exames especializados, visitas domiciliares mais frequentes e vigilantes, vinculação à maternidade de alto risco de referência para o parto e nascimento e ações de rotina do pré-natal descritas para todos os estratos de risco.

**Recomendado no pré-natal:**

- Consultas mensais até a 28ª semana;
- Consultas quinzenais da 28ª até a 36ª semana;
- Consultas semanais da 36ª semana até o parto e nascimento.

**Recomendado no Puerpério:**

- Primeira consulta: até o 10º dia pós-parto;
- Segunda consulta: entre o 30º e 40º dias pós-parto.

Florianópolis, 26 de maio de 2022.

**ALDO BAPTISTA NETO**  
Secretário de Estado da Saúde  
Coordenador CIB/SES

**DAISSON TREVISOL**  
Presidente do COSEMS  
Coordenador CIB/COSEMS



# INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

2ª Edição  
Maio 2022



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE  
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

# INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Florianópolis-SC  
2ª edição: Maio 2022

**GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**  
Secretaria de Estado da Saúde

**SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE (SPS)**  
Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS)

**SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO (SUR)**

© 2022 todos os direitos de reprodução são reservados à Secretaria de Estado da Saúde. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Secretaria de Estado da Saúde - Anexo 1, Rua Esteves Júnior, 390, Centro – Florianópolis – SC

## COLABORADORES

**Jane Laner Cardoso**

Diretoria de Atenção Primária à Saúde/DAPS

**Débora Batista Rodrigues**

Gerência de Articulação das Redes de Atenção à Saúde  
GEARS

**Fidel Cesário de Lima Albuquerque**

Médico de Família e Comunidade  
Coordenação de Qualificação Profissional

**Fabiana Rebelo Pereira Costa**

Médica Obstetra Maternidade Carmela Dutra  
Médica Reguladora da Gerência de Regulação Ambulatorial

**Paulo de Tarso Freitas**

Coordenador Médico da Gerência de Regulação  
Ambulatorial

**Juliana Vieira Gomes**

Médica Reguladora da Gerência de Regulação Ambulatorial

**Clara Suellen Lacerda Arruda**

Gestão da Clínica DAPS

**Carlos Henrique Martinez Vaz**

Gestão da Clínica DAPS

**Cristiane Silva de Jesus**

Gestão da Clínica DAPS

# APRESENTAÇÃO 2ª EDIÇÃO

A avaliação por estratos de riscos é um elemento central na organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando a atenção certa, no lugar certo, com custo certo e com qualidade certa, garantindo a segurança da gestante e da criança.

Na organização da Rede Materno-Infantil de Santa Catarina verificou-se a necessidade de estabelecer a estratificação de risco gestacional em três estratos: baixo, médio e alto risco. A proposta cumpre, antes de tudo, o objetivo de vigilância contínua sobre o desenvolvimento da gestação, identificando precocemente fatores de risco relacionados às características individuais da gestante, condições socioeconômicas e familiares, antecedentes obstétricos clínicos e morbidades de risco atual, sejam elas obstétricas e ginecológicas.

Após uma reavaliação da 1ª edição, esta presente edição vem facilitar o fluxo dentro da rede de atenção, orientar condutas, encaminhamentos e referenciar outros materiais importantes para o cuidado das gestantes do Estado de Santa Catarina.

## Dez pontos importantes na estratificação do risco obstétrico

**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.

**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.

**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 e, 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 quadro continua na próxima página devem atuar como uma única equipe; para tanto, devem buscar manter claros, ágeis e úteis os canais de comunicação de dupla via, assim como a comunicação deve ser qualificada de maneira que tanto a APS quanto a atenção especializada possam se apoiar na condução dos casos.

(BRASIL, 2022)

## Dez pontos importantes na estratificação do risco obstétrico

**6.** *As gestantes de risco intermediário poderão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde com suporte de especialistas em obstetrícia. 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 responsabiliza pelo compartilhamento do cuidado.*

**7.** *Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado. 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 assistência imediata. A rede de assistência ambulatorial precisa ter uma aproximação com a rede de urgência e emergência e um fluxo bem construído, de maneira que esta possa acolher rapidamente os casos identificados durante o acompanhamento pré-natal.*

(BRASIL, 2022)

# PRÉ-NATAL NA APS

Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ofereça atendimento a todas as mulheres com gravidez presumida ou confirmada, independente de turno programado para esse grupo em agenda.</li><li>• Classifique risco gestacional a cada consulta e encaminhe ou realize matriciamento, se necessário.</li><li>• Programe:<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultas mensais até a 28ª semana;</li><li>• Consultas quinzenais da 28ª até a 36ª semana;</li><li>• Consultas semanais da 36ª semana até o parto e nascimento.</li></ul></li><li>• Realize busca ativa em caso de ausência em consultas programadas;</li><li>• Ofereça imunização conforme calendário vacinal;</li><li>• Mantenha registro atualizado e legível em caderneta de saúde da gestante.</li><li>• Mantenha contato com maternidades de referência, pactuando contra referência de gestantes, puérperas e crianças.</li></ul>
Pré-Concepção	<p>Ofereça avaliação pré-concepcional para mulheres/casal que queiram engravidar.</p> <p>Ofereça testagem rápida para mulheres com suspeita de gravidez.</p>
1º Consulta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realize Anamnese, exame físico e rastreamento para câncer de colo do útero se indicado.</li><li>• Solicite os exames complementares padronizados para o 1º trimestre e agende consulta em até 7 dias para avaliação de resultados.</li><li>• Realize rastreio para violência sexual e oriente sobre interrupção, caso a mulher não queira continuar a gestação.</li><li>• Encaminhe para avaliação odontológica.</li></ul>
2º Trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realize Anamnese e exame físico.</li><li>• Solicite os exames complementares padronizados para o 2º trimestre e agende consulta em até 7 dias para avaliação de resultados.</li><li>• Encaminhe para atualização das vacinas.</li></ul>
3º Trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realize Anamnese e exame físico.</li><li>• Solicite os exames complementares padronizados para o 3º trimestre e agende consulta em até 7 dias para avaliação de resultados.</li></ul>
Puerpério	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realize Anamnese e exame físico com abordagem ao puerpério.</li><li>• Estimule a amamentação.</li></ul>

# EXAMES DO PRÉ-NATAL HABITUAL

## 1ª Consulta

- Hemograma
- Glicemia de Jejum (rastreamento DMG)
- Tipagem sanguínea e fator Rh
- Teste rápido para Sífilis e/ou VDRL
- Sorologia para Hepatite B (HbsAg)
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV e/ou sorologia (anti-HIV I e II)
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Exame qualitativo de urina e urocultura (EQU)
- Eletroforese de Hemoglobina

## 2º Trimestre

- Coombs indireto (se for Rh negativo)
- Teste de tolerância à glicose (rastreamento DMG positivo)
- Glicemia de Jejum (rastreamento DMG negativo)

## 3º Trimestre

- Hemograma
- Glicemia de Jejum
- Tipagem sanguínea
- Teste rápido para Sífilis e/ou VDRL
- Sorologia para Hepatite B (HbsAg)
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV e/ou sorologia (anti-HIV I e II)
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Exame qualitativo de urina e urocultura (EQU)

# DADOS CLÍNICOS PARA MATRICIAMENTO E ENCAMINHAMENTO

Ao realizar o **encaminhamento** ou **matriciamento**, são necessários os seguintes dados:

- Número de Cartão SUS
- Data de Nascimento
- Data de última menstruação (DUM) (Se incerta, relatar)
- Idade Gestacional (IG)
- Número de gestações anteriores, número de fetos na gestação atual, número de abortamentos
- História clínica atual
- Sinais vitais mais recentes (PA, Peso, AFU, BCF etc)
- Exames complementares
- Morbidades e medicações de uso contínuo
- Tratamentos já realizados para condição clínica encaminhada
- Elaborar dúvida de maneira mais específica possível, em caso de matriciamento.
- Relata pontuação ao final, especificando a contagem com a condição clínica atribuída, em caso de encaminhamento.

O que não fazer ao encaminhar/matriciar:

- Envio de dados incompletos
- Encaminhar condições de risco de gestações passadas que não configuram risco para gestação atual.

# INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O avaliação do risco gestacional deve ser realizado a cada consulta e anexada à caderneta da gestante para ser apresentado por ela nos outros pontos de atenção da rede.

A gestante de **baixo risco** (risco habitual) **deve ser acompanhada pela equipe de Atenção Primária à Saúde (APS)** durante toda a assistência ao pré-natal com consultas intercaladas entre médico(a) e enfermeiro(a). Deve também realizar avaliação com o dentista da equipe saúde bucal;

A gestante de **médio risco** (risco intermediário) **deve ser acompanhada pela equipe de APS durante toda a assistência ao pré-natal** com consultas médicas e de enfermagem e avaliação do especialista (médico obstetra) quando necessário. Deve também realizar avaliação com o dentista da equipe de saúde bucal.

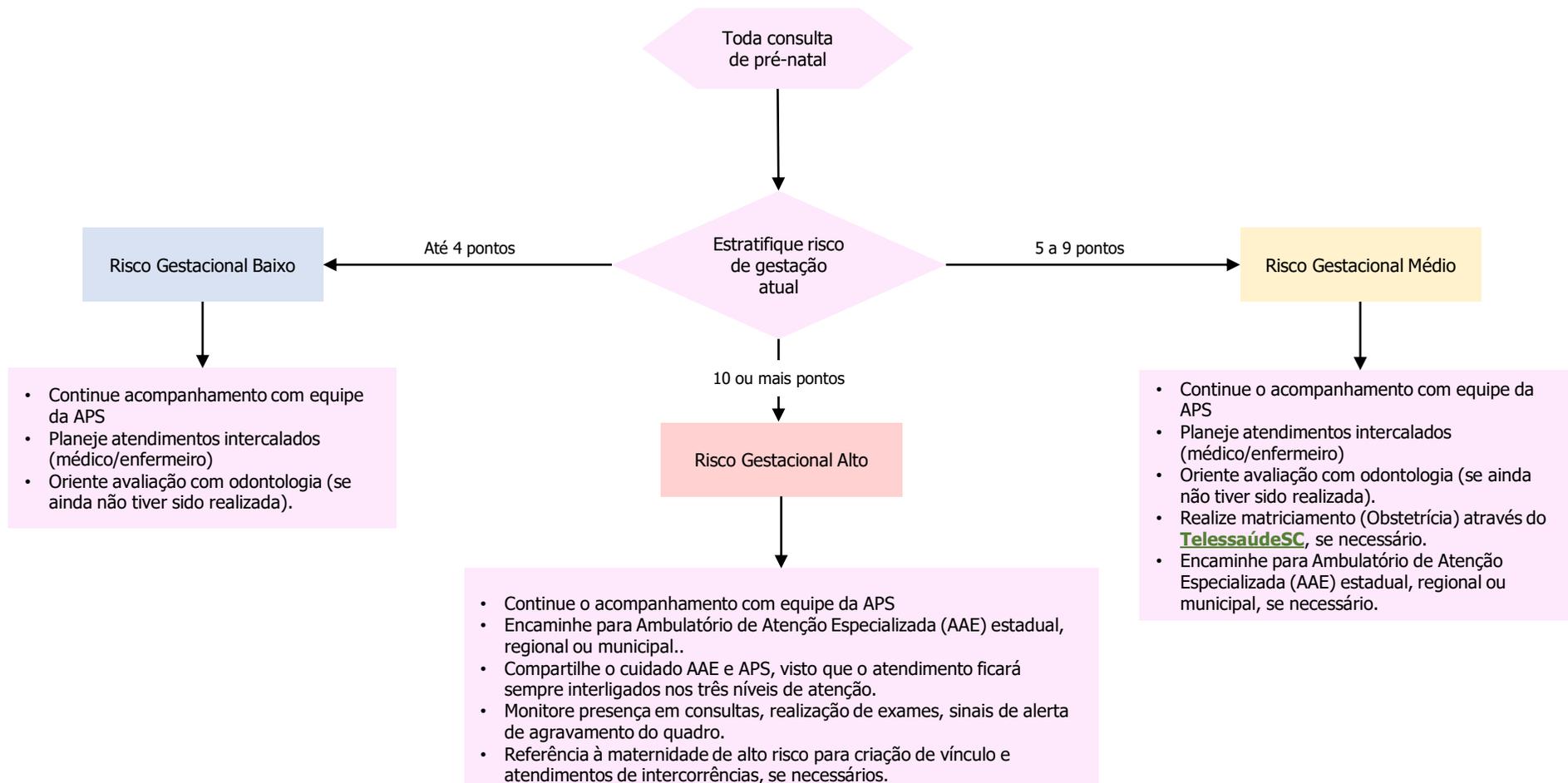
A gestante de **alto risco** **deve ser atendida pela equipe de APS e referenciada** para o Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) estadual, regional ou municipal para acompanhamento por equipe multiprofissional (médico obstetra, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, entre outros). **O AAE deve compartilhar o cuidado com a equipe de APS** por meio da elaboração e monitoramento do plano de cuidados, monitoramento dos marcadores clínicos de estabilização, vigilância para rápida identificação e intervenção nas intercorrências clínicas e obstétricas, realização e avaliação dos exames especializados, visitas domiciliares mais frequentes e vigilantes, vinculação à maternidade de alto risco de referência para o parto e nascimento e ações de rotina do pré-natal descritas para todos os estratos de risco.

**Observação:** Independente do nível de atendimento (baixo, médio e alto) risco, independente da morosidade ou disponibilidade de vagas de qualquer natureza do encaminhamento, a gestante sempre estará sendo assistida na APS, sempre utilizando referência e contra-referência, realizando se necessário o matriciamento no telessaúde/SC.

Até 4 pontos	<b>Baixo Risco (Risco Habitual)</b>
5 a 9 pontos	<b>Médio Risco</b>
10 ou mais pontos	<b>Alto Risco</b>

Tabela 1 - Instrumento de Classificação de Risco Gestacional por pontos

# FLUXO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E ENCAMINHAMENTOS



# PONTUAÇÃO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

## CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES

Idade menor que 15 anos	2
Idade maior que 40 anos	2
Mulher de raça negra	1
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)	1
Tabagista ativo	2
Indícios de ocorrência de violência	2
Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola	2
Baixo peso no início da gestação (IMC <18).	2
Sobrepeso (25-29,9 kg)	1
Obesidade (IMC > 30 - 39,9 kg)	4
Obesidade grau 3	10

A soma dessa sessão não configura encaminhamento direto ao alto risco. Exceção ao obesidade grau 3.

# PONTUAÇÃO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

## HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

Dois abortos consecutivos ou três não consecutivos (nenhuma conduta na gestação atual impedirá novo aborto se a causa não for conhecida. Portanto, a menos que a paciente já tenha sido investigada e uma causa definida, não há como indicar tratamento clínico para evitar nova perda gestacional. Encaminhar para investigação fora do ciclo gravídico e puerperal).	2
Prematuridade na gestação anterior	2
Mais de um parto prematuro (<36 semanas)	10
Restrição de crescimento intrauterino na gestação anterior	2
Natimorto sem causa determinada	10
Incompetência Istmo Cervical	10
Isoimunização Rh	5
Pré-eclâmpsia com resultado obstétrico ruim: eclâmpsia, síndrome HELLP, óbito fetal intrauterino, internação materna em UTI	10
Psicose puerperal na gestação anterior	10
Transplante	5
Cirurgia bariátrica há menos de 6 meses	10
Acretismo placentário	2

# PONTUAÇÃO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

## INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL

Doença Hipertensiva da Gestação/Pré-eclâmpsia <sup>1</sup>	10
Diabetes Gestacional não compensada com dieta durante 2 semanas. <sup>2</sup>	10
Infecção Urinária de repetição (3 x ou mais) ou infecção urinária alta	10
Cálculo renal com obstrução	10
Restrição de crescimento intrauterino	10
Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia.	10
Polidrâmnio/ Oligodrâmnio	10
Colo curto em USG transvaginal entre 20 e 24 semanas	10
Suspeita de acretismo placentário	10
Placenta prévia com diagnóstico após 28 semanas de gestação com ou sem sangramento	10
Hepatopatias (por exemplo: colestase gestacional ou elevação de transaminases)	10
Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento	10
Isoimunização RH	10

<sup>1</sup>PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 90$  mmHg com ou sem proteinúria aferida em 2 momentos diferentes, com intervalo mínimo de 4 horas, identificada após 20 semanas de gestação em mulheres com PA previamente normal.

<sup>2</sup>Glicemia de jejum (92-125 mg/dL); glicose plasmática de 1 hora ( $> 180$  mg/dL) após uma carga oral de glicose de 75 g; glicose plasmática de 2 horas (153-199 mg/dL) após uma carga oral de glicose de 75 g.

# PONTUAÇÃO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

## INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL (continuação)

Câncer materno com diagnóstico ou tratamento durante a gestação	10
Neoplasias ginecológicas na gestação atual	10
Alta suspeita clínica de câncer de mama	10
Lesão de alto grau em colo uterino (NIC II - III). (deve ser encaminhada primeiramente para o Ambulatório de Patologias do Trato Genital Inferior para definição da conduta)	10
Suspeita de malformação fetal ou arritmia Fetal* (Encaminhar para Consulta Obstetrícia em Medicina Fetal)	10
Gemelaridade	10
Sífilis (terciária ou com achados ecográficos sugestivos de sífilis congênita ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina)	10
Condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal)	10
Hepatites agudas com diagnóstico em gestação atual	10
Hanseníase com diagnóstico na gestação atual	10
AIDS/HIV com diagnóstico na gestação	10
Tuberculose	10
Toxoplasmose OU rubéola OU citomegalovírus diagnosticado na gestação atual com risco de transmissão fetal.	10
Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas	10
Endocrinopatias descompensadas (Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico).	10
Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático)	5
Suspeita ou confirmação de COVID-19 (Deve ser acompanhada a evolução de quadro clínico por telemonitoramento e teleconsultas. Os casos graves devem ser imediatamente encaminhados para urgência/hospitais)	5

# PONTUAÇÃO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

## CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO

Hipertensão Arterial descompensada (deve ser encaminhada concomitantemente para o Cardiologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico).	10
Diabetes Mellitus 1 ou 2 (Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico).	10
Tireoidopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo clínico). (Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico).	10
Doença Psiquiátrica Grave (como psicoses, depressão grave). (deve ser encaminhada concomitantemente para o Psiquiatra para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)	10
Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica autoimune (PTI) e trombótica (PTT), talassemias, coagulopatias), antecedentes de tromboembolismo	10
Cardiopatias com repercussão hemodinâmica (deve ser encaminhada concomitantemente para o Cardiologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)	10
Pneumopatias Graves (DPOC, Asma)	10
Doenças Auto-imunes (Colagenose)	10
Uso de medicamentos teratogênicos (Anticonvulsivantes: barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital. Estabilizadores de humor: carbonato de lítio, ácido valproico)	10
Doença Renal Grave	10
Hemopatias e Anemia grave (hemoglobina < 8 g/dl)	10
Hepatopatias crônicas (Hepatites Virais, Cirrose). (Deve ser encaminhada primeiramente para o Hepatologista e/ou Gastroenterologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico.)	10

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestão de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. - Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Mar 08]. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2021 Mar 08]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio- Libanês de Ensino e Pesquisa - Brasília : Ministério da Saúde, 2016 [cited 2021 Mar 15]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)

Estado Santa Catarina. Linha de Cuidado Materno Infantil. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina. 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/16093-linha-de-cuidado-materno-infantil/file>

Gusso, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

Peixoto, Sérgio. Manual de assistência pré-natal [Internet]. 2. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2014 [cited 2021 Mar 20]. Available from: [http://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/304\\_Manual\\_Pre\\_natal\\_25SET.pdf](http://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/304_Manual_Pre_natal_25SET.pdf)

Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. [cited 2021 Mar 20]. Available from: [https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/notatecnica\\_saude\\_mulher.pdf](https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/notatecnica_saude_mulher.pdf)

RCOG & The Royal College of Midwives, (version 13) 2021. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy,2021. [cited 2021 Mar 23]. Available in: [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-02-19-coronavirus-covid-19-infection-in\\_pregnancy-v13.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-02-19-coronavirus-covid-19-infection-in_pregnancy-v13.pdf)



# Assinaturas do documento



Código para verificação: **F2G764EZ**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✓ **DAISSON JOSE TREVISOL** (CPF: 824.XXX.669-XX) em 02/06/2022 às 18:01:24  
Emitido por: "AC LINK RFB v2", emitido em 04/05/2022 - 10:32:18 e válido até 04/05/2023 - 10:32:18.  
(Assinatura ICP-Brasil)

✓ **ALDO BAPTISTA NETO** (CPF: 800.XXX.609-XX) em 02/06/2022 às 18:24:37  
Emitido por: "SGP-e", emitido em 19/06/2020 - 12:00:54 e válido até 19/06/2120 - 12:00:54.  
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAwODQ5NTNfODU5ODVfMjAyMI9GMkc3NjRFRWg==> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00084953/2022** e o código **F2G764EZ** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.