



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Nota Técnica nº: 10/2021 - SAIS- 03083

Assunto: Estratificação de risco gestacional para a organização da assistência à gestante na Atenção Primária à Saúde (APS).

1. OBJETIVO

A presente Nota Técnica tem por objetivo a organização da rede de atenção, permitindo uma assistência conforme as necessidades de saúde, ou seja, oferecer uma atenção contínua e integral, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade^{1,2}.

Na identificação de um fator de risco, a gestante deve ser estratificada e encaminhada conforme os critérios estabelecidos para os locais de referência. Mesmo quando a gestante for referenciada para avaliação ou seguimento em um outro serviço de maior complexidade, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deverá continuar o acompanhamento.

Quadro 1. Documentação mínima para encaminhamento

Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento ao AAE - Ambulatório de Atenção Especializada
<ul style="list-style-type: none"> • Caderneta da Gestante preenchida; • Teste da Mamãe e outros exames já realizados; • Medicamentos em uso, com dose e posologia; • Estratificação de risco (baixo, intermediário, alto); • Plano de cuidados (formulário padronizado pactuado entre APS e AAE); • Número de teleconsultas (caso exista).

2. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A estratificação de risco da gestante em três níveis – risco habitual, risco intermediário e alto risco – viabiliza a assistência adequada e oportuna, estabelecendo a sua vinculação ao pré natal e ao hospital para o atendimento das suas intercorrências na gestação e no momento do parto. A estratificação deve ser realizada em todas consultas de pré-natal.

Risco Habitual: Gestantes que NÃO apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior e de doença ou agravos.
Risco Intermediário: Gestantes que apresentam alguns fatores de risco (características individuais – raça, etnia e idade; sociodemográficas – escolaridade e de história reprodutiva anterior) que implicam em maior vigilância e cuidado com a gestação, mas o fluxo para o pré-natal e o parto serão o mesmo do risco habitual . Considerando a amplitude dos fatores determinantes da saúde da gestante e puérpera, quanto maior o número de critérios combinados (vários fatores de risco intermediários combinados ou um fator de alto risco combinado com fatores de risco intermediário) maior a complexidade da situação, implicando em maior vigilância e cuidado e se necessário, de acordo com a avaliação clínica na APS, a gestante deverá ser encaminhada ao Ambulatório de Atenção Especializada – AAE para um cuidado compartilhado.
Alto Risco: Gestantes com fatores clínicos relevantes (RISCO REAL) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções de maior nível de complex.

Fonte: Adaptado Ministério da Saúde^{3,4,5}

Basta a presença de um dos fatores de risco para classificação do risco gestacional

Quadro 2. Critérios para Estratificação de Risco no Pré-natal

Risco Habitual	
PRÉ-NATAL	PARTO
Unidade Básica de Saúde	Maternidade de Risco Habitual
FATORES	
<i>Ausência de fatores de risco gestacional</i>	
Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis	
<ul style="list-style-type: none"> • Idade de 16 a 34 anos; • Aceitação da gestação. 	
História reprodutiva anterior favorável	
<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo entre partos maior que dois anos; • Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual. 	
Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, porém passíveis de pré-natal no risco habitual.	
<ul style="list-style-type: none"> • Baixa escolaridade (menor que 5 anos de estudo regular); • Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse; • Situação conjugal insegura; • Insuficiência de apoio familiar; • Capacidade de autocuidado insuficiente; • Não aceitação da gestação; • Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombolas; • Mulher de raça negra; • Hipotireoidismo sem comorbidades associadas; • Outras condições de saúde de menor complexidade. 	
Risco Intermediário	
PRÉ-NATAL	PARTO
Unidade Básica de Saúde + necessidade identificada na APS, compartilhar o cuidado com Ambulatório de Atenção Especializada – AAE	Maternidade de Risco Habitual
FATORES	
Características individuais e condições socioeconômica e familiares	
<ul style="list-style-type: none"> • Idade menor que 16 anos ou maior que 34 anos; • Tabagismo ativo e passivo; • Altura menor que 1,45 m; • Uso de medicamentos teratogênicos; • Uso de drogas lícitas (alcoolismo ou tabagismo ativo ou passivo) e ilícitas; • Baixo peso (IMC <18,5) ou obesidade (IMC 30-39kg/m²) sem comorbidades associadas; • Transtorno depressivo ou de ansiedade leve; • Indícios ou ocorrência de violência. 	
História reprodutiva anterior	
<ul style="list-style-type: none"> • Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrossomia); • Malformação; • Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos); • Diabetes gestacional; • Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade; • Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal; • Cesárias prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal); • Intervalo interpartal < 2 anos; • Óbito fetal (natimorto) em gestação anterior; • Aborto em gestação anterior. 	
Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação atual	
<ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite; • Ganho de peso inadequado; • Sífilis diagnosticada durante a gestação (exceto sífilis terciária, resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); • Suspeita/confirmação de Dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril e/ou exantemático), toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus. 	
Alto Risco	
PRÉ-NATAL	PARTO
Unidade Básica de Saúde + Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco (AAE)	Maternidade de Alto Risco (ANEXO A)
FATORES	
Características individuais e condições socioeconômicas:	

- Dependência ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas;
- Agravos alimentares e nutricionais: obesidade - IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses), transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa, dentre outros).

História reprodutiva anterior

- Morte perinatal explicada ou inexplicada;
- Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos);
- História prévia de insuficiência cervical / incompetência istmo-cervical;
- Isoimunização Rh em gestação anterior;
- Acretismo placentário;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva com desfecho desfavorável materno (síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou admissão em UTI durante a internação) e/ou perinatal;
- Prematuridade anterior;
- Infertilidade.

Condições clínicas prévias à gestação

- Doença psiquiátrica grave: psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras;
- Hipertensão arterial crônica;
- Doenças genéticas maternas;
- Antecedente de tromboembolismo (Trombose Venosa Profunda ou embolia pulmonar);
- Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) ou infarto agudo do miocárdio;
- Pneumopatias graves (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC, fibrose cística);
- Nefropatias graves (insuficiência renal, rins policísticos);
- Endocrinopatias (diabetes mellitus 1 e 2, hipotireoidismo com tratamento medicamentoso e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia, coagulopatias);
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficit motores graves- paraplegia, tetraplegia e outras);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome antifosfolípideo, artrite reumatoide, esclerose múltipla, outras colagenoses);
- Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais com diâmetro $> 4 \text{ cm}$ ou múltiplos e miomas submucosos);
- Câncer de origem ginecológica ou invasores ou que estejam em tratamento ou que possam repercutir na gravidez;
- Transplantes;
- Cirurgia bariátrica.

Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual

- Gestação múltipla;
- Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal;
- Hipertensão gestacional grave ou pré-eclâmpsia;
- Infecção urinária de repetição: ≥ 3 episódios de ITU baixa ou ≥ 2 episódios de pielonefrite;
- Doenças infecciosas: sífilis terciária, resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado – verruga viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal;
- Diagnóstico de HIV/AIDS;
- Desvio quanto ao crescimento intrauterino: CIUR (mesmo suspeito, se ultrassom não disponível), macrosomia, suspeita de CIUR por altura uterina quando não houver ecografia disponível ou desvio quanto ao volume de líquido amniótico: oligodrâmnio ou polihidrâmnio;
- Insuficiência istmo cervical (antes de 16ª semana de idade gestacional);
- Anemia grave (hemoglobina $< 8 \text{ g/dl}$) ou anemia refratária a tratamento (em caso de Hb $< 6 \text{ g/dl}$);
- Hemorragias na gestação;
- Acretismo placentário ou placenta prévia não sangrante;
- Colestase gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente);
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal;
- Isoimunização Rh (Coombs indireto com titulação acima de 1:16);
- Qualquer patologia clínica que repercuta na gestação e/ou necessite de acompanhamento especializado;
- Outras condições de saúde de maior complexidade.

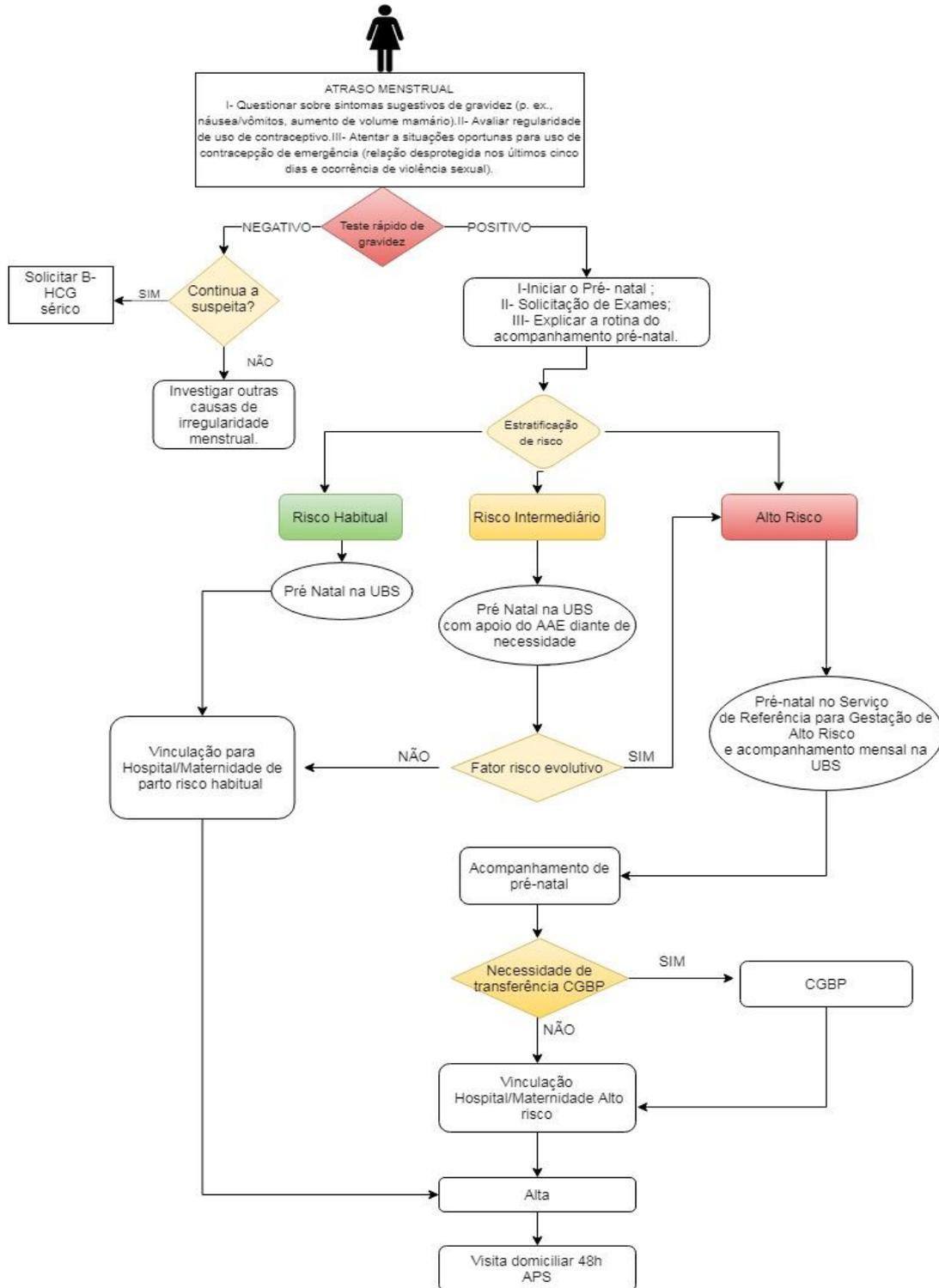
Alto risco com situações especiais:

- Gestação múltipla monicoriônica;
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal;
- Diagnóstico de HIV/AIDS;
- Transplantes.

3. FLUXOS ASSISTENCIAIS

A **Figura 1** apresenta o Fluxo assistencial das gestantes na APS de acordo com a estratificação de risco acima.

Figura 1. Fluxograma Gestante APS:



CGBP: Casa da Gestante Bebe e Puérpera.

Fonte: Adaptado Ministério da Saúde^{3,4,5}

3.1. Fluxos prioritários da Estratificação de risco gestacional

Para melhor organização da assistência dirigida a essa população, torna-se importante o estabelecimento de fluxos assistenciais para os agravos mais frequentes, sendo estes prioritários para o manejo dessa mulher.

3.2. Diabetes Gestacional (DM)

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma intolerância a carboidratos de gravidade variável, que não preenche os critérios diagnósticos de Diabetes Mellitus franco. Se inicia durante a gestação atual podendo ou não persistir após o parto.^{5,7}

Na diretriz 2019-2020, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde (MS) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), adotaram novos critérios para rastreamento e diagnóstico do DMG em todo o território nacional, conforme o Quadro 3. Na primeira consulta pré-natal, deve ser solicitada glicemia de jejum. Mulheres com glicemia ≥ 92 mg/dL e < 126 mg/dL já são diagnosticadas com DMG. Neste caso e também quando a glicemia de jejum for ≥ 126 mg/dL, deve-se confirmar o resultado com uma segunda dosagem da glicemia de jejum. É importante diferenciar o DMG do Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação (*overt diabetes*), esse ocorre quando a mulher não tem diagnóstico prévio de DM, sendo a hiperglicemia detectada na gravidez e com níveis glicêmicos sanguíneos que atingem os critérios da OMS para a DM fora da gestação^{5,7}.

Quadro 3. Critérios para rastreamento e diagnóstico do DMG.

Glicose em jejum (mg/dL)	Diagnóstico
≥ 126 mg/dL	Diabetes Mellitus com diagnóstico na gravidez
≥ 92 mg/dL e < 126 mg/dL	Diabetes Mellitus gestacional
< 92 mg/dL	A gestante deve ser reavaliada no segundo trimestre

Entre a 24ª e a 28ª semanas de gestação, deve-se realizar o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com dieta sem restrição de carboidratos ou com, no mínimo, ingestão de 150 g de carboidratos nos 3 dias anteriores ao teste, com jejum de 8 horas^{5,7}. O diagnóstico de DMG deve ser estabelecido quando no mínimo um dos valores de glicemia de jejum e/ou TOTG encontra-se alterado conforme quadro abaixo:

Quadro 4. Critérios de referência para diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional em teste oral de tolerância à glicose com ingestão de 75 g de glicose.

Momento	Valores
Glicemia em jejum	≥ 92 mg/dL
Glicemia 1 hora após sobrecarga	≥ 180 mg/dL
Glicemia 2 horas após sobrecarga	≥ 153 mg/dL

Nas gestações complicadas pelo DMG a monitorização da glicemia deve ser realizada a partir do diagnóstico e até o pós-parto, visando a adequada avaliação da eficácia e da adesão à terapêutica e, conseqüentemente, obtenção de controle glicêmico adequado. A disponibilidade de fitas e medidores de glicose tem impacto positivo no tratamento de gestantes com qualquer tipo de diabetes. Todos os sistemas de avaliação de glicemia devem ser verificados pelo profissional de saúde em intervalos regulares^{5,7}. As metas de glicemia capilar a serem atingidas durante a gravidez, independentemente da idade gestacional estão no Quadro abaixo:

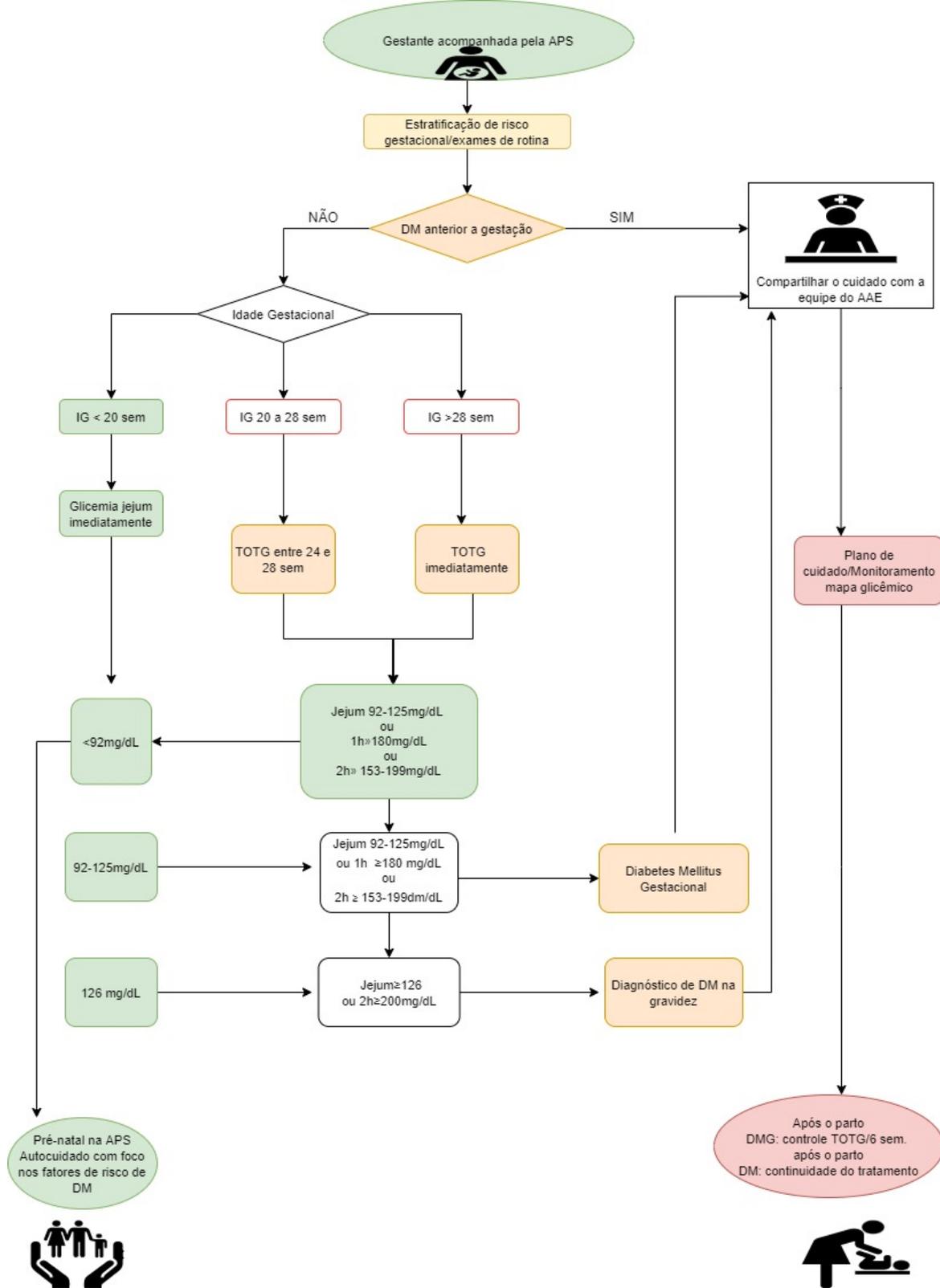
Quadro 5. Metas de glicemia capilar durante a gestação.

Horário	Jejum	1 h pós-prandial	2 h pós-prandial
Limites de glicemia	< 95 mg/dL	< 140 mg/dL	< 120 mg/dL

Ressalta-se que as medidas pós-prandiais devem ser realizadas a partir do início das refeições, a análise de uma hora pós-prandial é a que melhor reflete os valores dos picos pós-prandiais, sendo a que está diretamente mais associada com o risco de macrosomia fetal. Importante que gestantes em uso de insulina devem manter a glicemia de jejum acima de 70 mg/dL e pós-prandiais não inferiores a 100 mg/dL^{5,7}.

As gestantes diabéticas que necessitem de acompanhamento em centros de atenção secundária ou terciária, deverão também ser acompanhadas pelas equipes da ESF, visando maior controle e adesão ao tratamento. Atividade física deve ser estimulada e realizada com a orientação do Fisioterapeuta e o controle nutricional supervisionado pela Nutricionista^{5,7}.

Figura 2. Fluxo de atenção à Gestante com Diabetes Mellitus:



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde^{3,4,5}

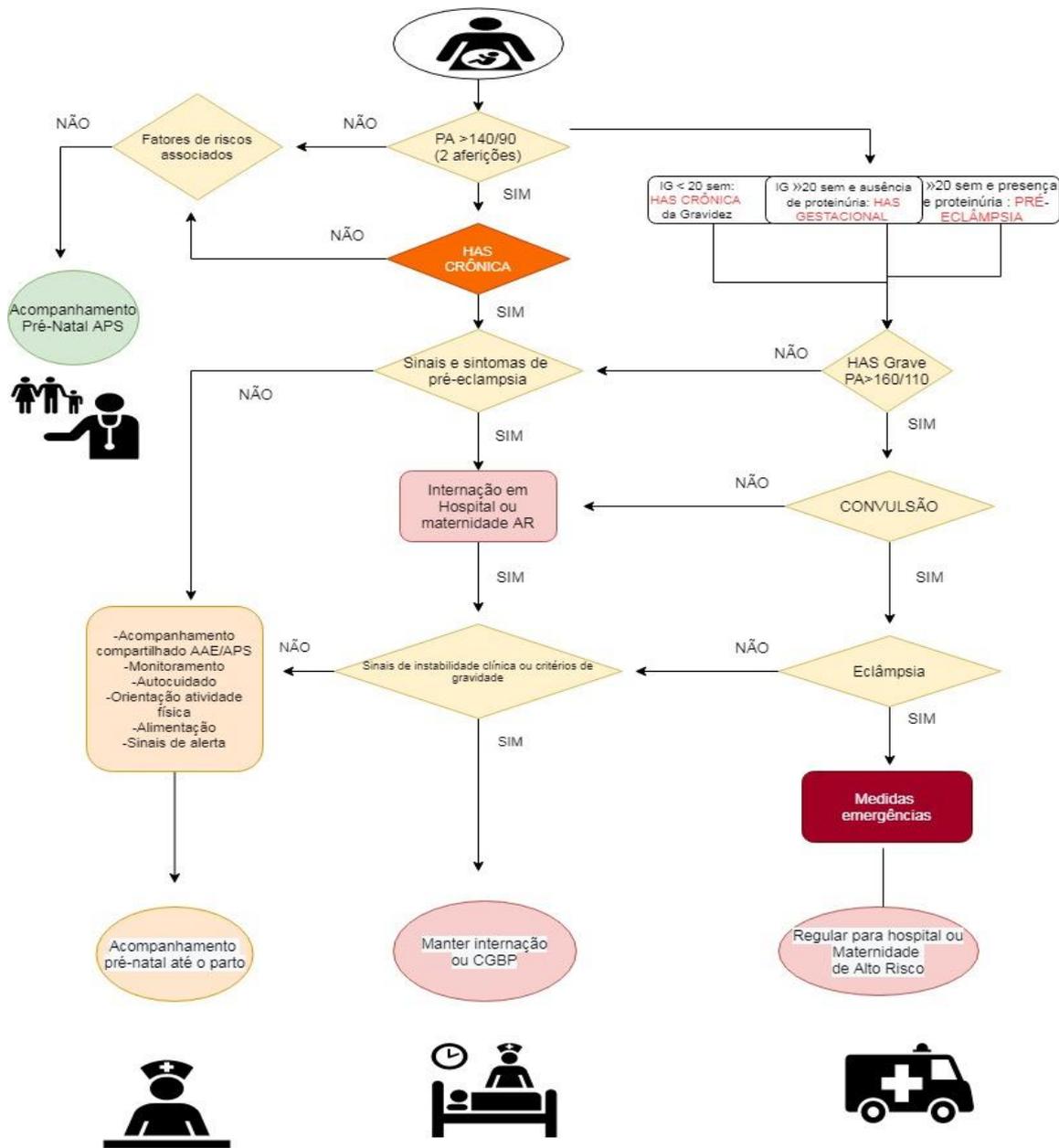
3.3. Hipertensão Arterial (HAS)

As síndromes hipertensivas na gravidez estão entre as maiores causas de óbito materno, sendo a eclâmpsia a mais prevalente e também é a maior causa de nascimentos prematuros. Daí a importância do monitoramento da pressão arterial da gestante e de outros sinais que podem indicar alterações cardiovasculares^{3,5}.

Considera-se hipertensão arterial na gestação quando a pressão for igual ou maior que 140/90mmHg baseada na média de, pelo menos, duas aferições, com intervalo de repouso de 15 minutos. Pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg já configuram hipertensão grave^{3,5}.

A HAS na gravidez pode gerar uma grande quantidade de complicações: cardiovascular, renal, hematológicas, neurológicas, oftalmológicas, hepáticas, placentária, sendo necessário o acompanhamento de outros especialistas da RAS^{3,5}.

Figura 3: Fluxo de atenção à Gestante com Hipertensão Arterial Sistólica:



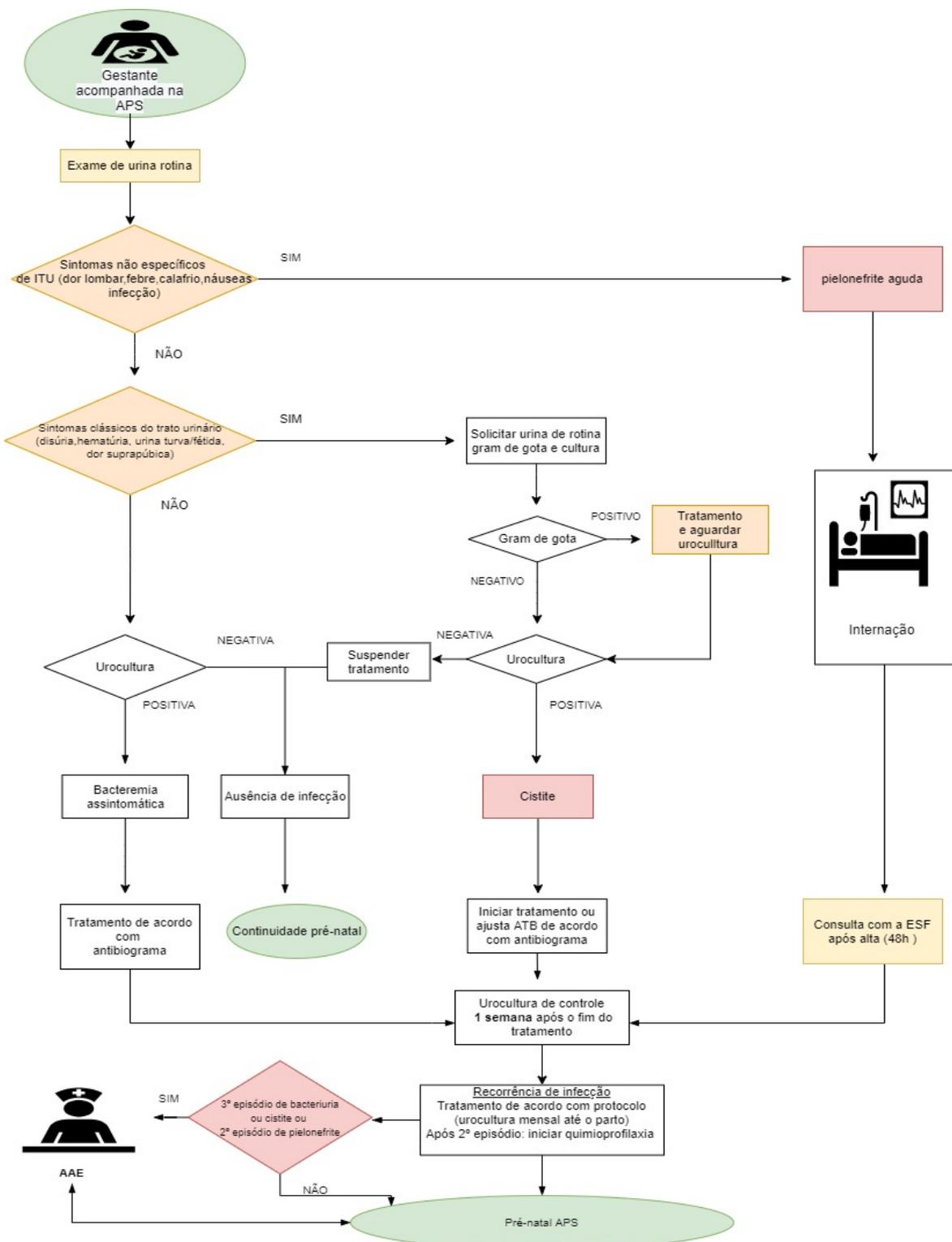
Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. ^{3,4,5}

3.4. Infecção do Trato Urinário (ITU)

A ITU é a infecção bacteriana mais frequente na gestação (20%), sendo uma das principais causas de nascimento prematuro, de infecção em recém-nascidos e de sepse materna^{3,5}.

A equipe deve garantir a realização de exames do pré-natal que incluem urina de rotina e urocultura, e prescrever o tratamento antibacteriano adequado para os casos diagnosticados com infecção, deve-se também realizar o controle de cura em todos os casos e monitorar a recorrência da infecção^{3,5}.

Figura 4: Fluxograma Gestante com Infecção do Trato Urinário.



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde ^{3,4,5}

4. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

O **quadro 6** descreve as “Urgências e Emergências em Obstetrícia”, situações que podem ocorrer durante a gestação e o pós-parto. Essas condições clínicas necessitam de encaminhamento imediato à maternidade de referência ou Unidade de Emergência mais próxima⁵. Para mais informações sobre os fatores classificados em Urgência e Emergência, recomenda-se o “Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia” - Ministério da Saúde⁶.

Quadro 6. Condições clínicas que demandam encaminhamento imediato à Urgência e Emergência.

Urgências e Emergências em Obstetrícia	
PRÉ-NATAL	PARTO
Encaminhamento imediato à maternidade de referência ou serviço da Rede de Urgência e Emergência	
<ul style="list-style-type: none"> • Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo); • Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável, ausência ou redução de movimentação fetal por mais de 12 horas em gestação > 26 semanas, incluindo suspeita de morte fetal. • PAS \geq 160mmHg ou PAD \geq 110 mmHg, com escotomas, visão turva, fotofobia, cefaleia persistente ou grave, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispneia, dor retroesternal, confusão mental; • Eclâmpsia; • Suspeita de neurosífilis por sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos; • Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar; • Anidrâmnio; • Polidrâmnio grave ou polidrâmnio sintomático (dor, dispneia); • Hemoglobina \leq 6 g/dL ou anemia associada a sinais e sintomas de gravidade, como dispneia, taquicardia e hipotensão; • Ruptura prematura de membrana; • Trabalho de parto pré-termo; • Hipertonia uterina; • Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas; • Dor abdominal intensa: suspeita / diagnóstico de abdome agudo em gestantes; • Suspeita de TVP - Trombose Venosa Profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente); • Hiperemese gravídica: vômitos incoercíveis, sem melhora com tratamento oral/desidratação • Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de idade gestacional; • Outras condições clínicas agudas. 	

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde ^{3,4,5}

5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

O monitoramento e a avaliação da qualidade do serviço prestado às gestantes deverão ser acompanhados por meio de indicadores cujos dados deverão ser preenchidos pelos próprios municípios no sistema e-SUS.

Quadro 7. Painel de indicadores sob responsabilidade do município e metodologia de cálculo.

Indicador	Metodologia de cálculo	Fonte
Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre	Número de gestantes acompanhadas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, em determinado local e período, dividido por total de gestantes cadastradas no mesmo local e período. Resultado multiplica por 100.	SISAB
Percentual de estratificação de risco	Número de gestantes estratificadas semestralmente, dividido pelo número de gestantes acompanhadas pela equipe de saúde da família	APS
Proporção de nascidos vivos por idade da mãe.	Número de nascidos vivos de mães residentes, por grupo etário dividido por número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período. Resultado multiplica por 100.	TABNET

Fonte: Ministério da Saúde (2015)⁸

Quadro 8. Painel de indicadores sob responsabilidade do estado e metodologia de cálculo.

Indicador	Metodologia de cálculo	Fonte
Taxa de mortalidade materna	Número de óbitos de mulheres residentes, por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério, dividido por número de nascidos vivos de mães residentes. Resultado multiplica por 100.000	SIM/SINASC
Taxa de mortalidade neonatal precoce	Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade dividido por Número de nascidos vivos de mães residentes. Resultado multiplica por 1.000	SIM/SINASC
Taxa de internações por síndromes hipertensivas gestacional (SHG)	Número de internações por SHG no município x 1.000, dividido pela população de gestantes com diagnóstico de SHG no mesmo local, período e por município de residência.	TABNET/SIH

Fonte: Ministério da Saúde (2015)⁸**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Eugênio Vilaça Mendes. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, OPAS, 2012.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.
- Brasil. Ministério da saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. 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. São Paulo: Ministério da Saúde, 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.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 Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa - Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. [Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2021 \(versão preliminar\). \[Internet\]. 2021 \[citado 11 de agosto de 2021\]. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/](https://diretriz.diabetes.org.br/)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf.

Elaboração

Ana Paula dos Santos Rodrigues - Nutricionista - Assessoria Técnica na Coordenação Geral das Redes de Atenção - SAIS/SES-GO
 Alexandra Nunes de Assis - Fisioterapeuta - Coordenadora na Coordenação da Rede Materno Infantil - SAIS/SES-GO
 Anna Cecília da Silva Rodrigues Soares -Fonoaudióloga- Assessoria Técnica na Coordenação de Rede Materno Infantil - SAIS/SES-GO
 Fernanda Rodrigues Silva Resende - - Fisioterapeuta- Assessoria Técnica na Coordenação de Rede Materno Infantil - SAIS/SES-GO
 Maira Wolney Costa Matheews -Enfermeira- Assessoria Técnica na Coordenação de Rede Materno Infantil - SAIS/SES-GO
 Nara de Oliveira Mansur - Médica de Família e Comunidade - Referência Técnica Estadual em Medicina de Família e Comunidade/SES-GO
 Núria Micheline Pereira da Silva - Enfermeira- Coordenadora na Coordenação de Gestão da Atenção Primária à Saúde - SAIS/SES-GO
 Paula dos Santos Pereira - Psicóloga - Coordenadora na Coordenação Geral das Redes de Atenção - SAIS/SES-GO
 Sheila do Couto Pinna - Enfermeira- Assessoria Técnica na Coordenação de Saúde da Mulher - SAIS/SES-GO
 Ticiane Peixoto Nakae da Silva - Enfermeira - Gerente da Gerência de Atenção Primária - SAIS/SES-GO

SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA
 Superintendente de Atenção Integral à Saúde

Goiânia, 29 de outubro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **SANDRO ROGERIO RODRIGUES BATISTA, Superintendente**, em 05/11/2021, às 08:45, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **FLUVIA PEREIRA AMORIM DA SILVA, Superintendente**, em 10/11/2021, às 16:58, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **000024839451** e o código CRC **244169D1**.

SAIS / ASSESSORIA DAS REDES DE ATENÇÃO
 AVENIDA 136 S/N Qd.F44 Lt.22, EDIFÍCIO CESAR SEBBA - 8º ANDAR - Bairro SETOR SUL - GOIANIA - GO - CEP 74093-250 - (62)3201-7892.



Referência: Processo nº 202100010048207



SEI 000024839451