1.2. Taxa de Consultas Médicas de Pré-Natal (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Atenção Médica no Pré-Natal

Conceito

Número médio de consultas médicas de pré-natal realizados pela operadora por beneficiária grávida no período considerado.

Método de Cálculo

Número de consultas médicas de pré-natal realizadas pela operadora nas beneficiárias, univocamente identificadas, grávidas no ano-base e no ano anterior (até 42 semanas antes do parto)
Total de partos em beneficiárias no ano-base, univocamente identificadas, em planos que contenham segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia no ano-base

Observação: Além dos planos com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, também serão computados neste indicador os partos e o número de consultas realizadas em beneficiárias de planos com segmentação exclusivamente hospitalar com obstetrícia, tendo em vista que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde esclarece que, aos planos com segmentação hospitalar com obstetrícia, compreendem toda a cobertura definida para o plano hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério. Portanto, todos os procedimentos relativos ao pré-natal – inclusive a consulta médica, por serem procedimentos que constam no Rol vigente e estão relacionados ao pré-natal – devem ser assegurados por parte da operadora no plano com segmentação

hospitalar com obstetrícia. Além das consultas registradas no padrão TISS, com o código de consulta de pré-natal, também serão consideradas para fins de cálculos deste indicador, as consultas registradas no TISS com o código de ginecologista/obstetra, médico generalista, médico clínico e médico de família e comunidade no período pré-natal das beneficiárias, univocamente identificadas, grávidas no ano-base e no ano anterior.

Definição de termos utilizados no indicador

Parto - Procedimento no qual o concepto nasce, por via vaginal ou por procedimento cirúrgico no qual o concepto é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.

Consulta médica de pré-natal - Consulta médica realizada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, em gestantes com fins de orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico da gravidez. Consideram-se as consultas de pré-natal realizadas com este fim por ginecologistas, obstetras, médico generalista, médico clínico e médico de família e comunidade

Beneficiárias univocamente identificadas – Por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS é possível identificar cada beneficiária de forma unívoca. A identificação da beneficiária através do CNS objetiva contar a quantidade de consultas realizadas pela mesma gestante durante o pré-natal.

Grávidas no ano-base e no ano anterior – Para identificar as grávidas no ano-base e no ano anterior (até 42 semanas antes do parto), serão considerados os

partos em beneficiárias, univocamente identificadas, em planos que contenham segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia no ano-base.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura do atendimento médico de pré-natal de gestantes em relação ao total de partos realizados no período analisado.

Indica situações que demandam ações e estudos específicos pelas operadoras.

Contribui para avaliar a qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores como a proporção de parto cesáreo.

Busca avaliar o acesso e a qualidade do cuidado obstétrico na Saúde Suplementar.

Usos

Avaliar a evolução da realização das consultas médicas de pré-natal, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção à gestante.

Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso qualificado aos serviços de atenção à gestante, no setor suplementar.

Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora às gestantes.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

A saúde da mulher é uma prioridade no mundo. A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu em 2015 a "Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável", que estabelece 17 (dezessete) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas de desenvolvimento específicas a serem alcançadas pelos países até 2030. Dentre as metas, estão: reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos; e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, conseguindo que todos os países tentem reduzir a mortalidade neonatal para menos de 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para menos de 25 por 1.000 nascidos vivos (OPAS, 2017).

A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. A recomendação é que o pré-natal deve começar assim que a mulher descobre que está grávida (BRASIL, 2022).

A assistência pré-natal tem como objetivo prevenir os resultados indesejáveis (morbimortalidade materna e fetal) e, na gestação de alto risco, as consultas médicas devem ocorrer com maior frequência.

O acompanhamento do pré-natal e da atenção ao parto é reconhecido pelo Ministério da Saúde como importante estratégia para prevenir ou reduzir o risco de mortalidade, tanto para a gestante como para a criança. A Rede Cegonha (RC) é a política pública brasileira que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças

o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materna e infantil no País. A Rede Cegonha considera como boa prática a realização de um mínimo de seis consultas de pré-natal, com início do pré-natal no primeiro trimestre (Brasil, 2018).

O Ministério da Saúde, portanto, recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas é indicado uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas semanais até o parto, que geralmente acontece na 40ª semana, mas pode ocorrer até 42 semanas (BRASIL, 2022).

No Previne Brasil, programa de financiamento da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu indicador de desempenho 1 "Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação", e considera que todas as gestantes devem passar por consultas de pré-natal conforme recomendação, definindo o parâmetro de 100% (BRASIL, 2022).

De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo, são preconizadas no mínimo seis consultas pré-natais ao longo da gravidez, mas o ideal é que haja consultas mensais até o sétimo mês de gestação, depois quinzenais e, chegando perto do parto, após o oitavo mês, essas consultas devem se tornar semanais. Já para gestantes de alto risco – isto é, mulheres com doenças crônicas prévias à gestação, aquelas que tiveram uma gestação anterior de alto risco e aquelas que identificam, no curso da gravidez, uma condição ou

doença que vai oferecer risco para ela e a para o bebê – a avaliação pré-natal será diferente de uma avaliação normal. Segundo a Febrasgo, condições prévias pedem consultas mais frequentes ao obstetra e, a depender da doença, o acompanhamento também do especialista (FEBRASGO, 2017).

O indicador "Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, por local de residência da mãe", que compunha o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), apontava que no Brasil, em 2013, a proporção de gestantes que realizou sete ou mais consultas pré-natal foi de 63,1% (ANJOS& BOING, 2017; BRASIL, 2017).

Um estudo descritivo realizado pelo Ministério da Saúde, com os dados do Sinasc dos anos 2014 e 2015, identificou que, no Brasil, o acesso ao pré-natal foi classificado como "adequado" (realização de 6 consultas) ou "mais que adequado" (realização de 7 ou mais consultas) para cerca 70% das mulheres, sendo 68,9%, em 2014, e 70,2%, em 2015. Os valores menores foram encontrados nos estados do Nordeste e os maiores nas regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2018).

Portanto, há diversas referências para o número mínimo de consultas de pré-natal para gestantes, que variam de 6 a 19 ou mais, a depender da classificação do risco gestacional. Por exemplo:

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado de consultas de pré-natal seria igual ou superior a 6 (seis), com consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (BRASIL, 2016; FIOCRUZ, 2021).

Na adolescência, as consultas médicas de pré-natal no primeiro trimestre, devem ocorrer a cada 15 dias, no segundo trimestre todo mês, e no terceiro trimestre a

cada 15 dias, até 37ª semana e, depois, semanalmente até a 40ª semana. Depois disso, deve ocorrer a cada dois ou três dias até a 41ª semana (FEBRASGO, 2014).

No caso de gestantes que apresentem hipertensão arterial crônica, o controle pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível. As consultas pré-natais devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais até a 34ª semana e semanais até o parto (FEBRASGO, 2014).

No caso de gestantes que apresentem diabetes gestacional, as consultas pré-natais devem ser mensais até a 24ª semana, quinzenais até a 32ª semana e semanais até o parto. No caso de diabetes pré-gestacional, o seguimento de consultas deve ser mais frequente e iniciado o mais precocemente possível.

A hiperglicemia na gestação causa problemas à mãe, ao concepto e à placenta e por essa razão, repercute em todas as fases da gestação e aumenta a morbimortalidade perinatal (FEBRASGO, 2011).

Na gestação dicoriônica (gravidez gemelar com duas placentas e duas bolsas amnióticas), as consultas podem ser mensais até a 28ª semana de gestação e, posteriormente, a cada 15 dias até 34 semanas, seguindo-se semanalmente até o parto. Nas gestações monocoriônicas (gravidez gemelar com uma placenta), as consultas devem ser realizadas a cada 15 dias, após a 16ª semana de gestação, até 34 semanas, e depois semanal até o parto (BRASIL, 2022).

No caso de gestantes com doença falciforme, os intervalos entre as consultas devem ser individualizados, mas com programação de consultas, idealmente, quinzenais no 2º trimestre e semanais no 3º trimestre (BRASIL, 2022).

A rotina pré-natal na cardiopatia materna deve ser de consultas mensais até 28 semanas, quinzenais até 36 semanas e semanais até parto (BRASIL, 2022).

No pré-natal da paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico, recomenda-se que as consultas de pré-natal sejam quinzenais (BRASIL, 2022).

No caso de gestantes com trombofilia, as consultas de pré-natal devem ser mensais até a 20 semana de gestação, passando a quinzenais a partir desse período, podendo ser a intervalos mais curtos, na dependência da gravidade (BRASIL, 2022).

Meta

A meta é atingir pelo menos 7 (sete) consultas de pré-natal por beneficiária grávida durante a gestação de risco habitual, risco médio/intermediário ou alto risco.

Pontuação

Indicador	**Pontuação**
Resultado	**Valor de 0 a 1**
Resultado ≤2	0
2<Resultado<7	0< V <1
Resultado ≥ 7	1

V= ((2<Resultado<7)-2)/ 5

Fonte de Dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Observação:

1 - A operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS-Cartão Nacional de Saúde e do CBO - Classificação Brasileira de Ocupação nas guias de consultas e SP/SADT.

2 - Para a correta identificação unívoca do beneficiário, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS - Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. Caso não haja o correto preenchimento do CNS tanto na Guia TISS quanto no SIB, o beneficiário poderá não ser considerado para o cálculo do indicador.

3- Além da busca do CNS nas guias TISS, também será realizada a busca por meio do CPF preenchido pela operadora no TISS, para que o CNS do beneficiário seja localizado. Se o CNS não estiver válido, mas o CPF sim, sua busca será realizada pelo CPF. Assim, se a guia contiver um CNS correto que possa ser usado para identificação unívoca e um CPF nulo (não informado) ou incorreto, essa guia será elegível para indicadores do IDSS que façam identificação unívoca. O CNS é validado no cadastro de beneficiários da ANS e será realizado o processamento adequadamente. Da mesma forma, se a guia contiver um CPF correto que possa ser usado para identificação unívoca e um CNS nulo (não informado) ou incorreto, essa guia será elegível para indicadores do IDSS que façam identificação unívoca. A partir do CPF, a ANS utiliza tanto os dados do Cadastro de Pessoas Físicas da Receita Federal, quanto os dados do SIB para obter o CNS e identificar o beneficiário. Portanto, é extremamente importante que os dados do beneficiário estejam corretamente cadastrados no sistema SIB, bem como, preenchidos na guia.

4 - Caso mais de 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora não sejam encontrados (inexistentes) na base do Sistema de Informação de beneficiários - SIB ou não sejam válidos, será atribuída inconsistência ao indicador e a operadora obterá nota Zero.

5 - Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Numerador: [Tipo de Consulta = 3 (consulta de pré-natal) nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) com os seguintes CBOs: CBO 225250 (Médico ginecologista e obstetra); CBO 225130 (Médico de família e comunidade); CBO 225170 (Médico generalista); CBO 225125 (Médico clínico)], realizadas nas 42 semanas antes do parto

+

[Atendimento ambulatorial código TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) com CBO 225250 (Médico ginecologista e obstetra)], realizadas nas 42 semanas antes do parto.

Denominador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nos eventos de internação: 31309127 (Parto via vaginal) + 31309054 (Cesariana)+ 31309208 (Cesariana com histerectomia)

Obs: Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais guias que compõem esse evento são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem

questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
OPS não possui beneficiários em planos que contenham segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia e segmentação exclusivamente hospitalar com obstetrícia no ano-base	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	3	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E Informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	6	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	7	Inconsistente (nota zero)
Operadora MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
Operadora MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	9	Não se aplica (não é calculado)
Operadora exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica (não é calculado)
Operadora sem nenhum parto informado no TISS no ano-base ocorrido em beneficiária de plano que contenha a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, univocamente identificada por meio do CNS.	11	Não se aplica (não é calculado)
Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui nas guias TISS do ano-base 20% ou mais de CNS inexistentes no SIB	15	Inconsistente (nota zero)

Ações Esperadas

Incentivar o acompanhamento médico no pré-natal a fim de reduzir desfechos como prematuridade, baixo peso e mortalidade materna.

Divulgar os indicadores e as metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviços de saúde.

Pactuar e sensibilizar os prestadores de serviços de saúde sobre a importância do processo de qualificação da assistência à saúde da mulher e da criança.

Limitações e Vieses

Como boa prática, a 1ª consulta da gestante deve ser realizada o mais precocemente possível, preferencialmente até a 12ª semana de gestação (MS, 2016). No entanto, o indicador não capta esta informação.

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional praticado pela operadora.

O número de consultas de pré-natal não necessariamente implica em qualidade da assistência pré-natal.

Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022.

> *Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2022, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.*
>
> *(...)*
>
> *§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.*

Referências

ANJOS, JCB; BOING, AF. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2016, v. 19, n. 04. pp. 835-850. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde - Cadernos de Atenção Básica, n° 32. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Disponível em:<http://portalods.com.br/wp-content/uploads/2019/03/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustetantavel.pdf>. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 13/2022-SAPS/MS. Indicador 1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_13.pdf>. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, 2022.

FEDERACAO BRASILEIRA DAS ASSOCIACOES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA. Manual de assistência pré-natal. -- 2a. ed. – São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014. Disponível em: https://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/304_Manual_Pre_natal_25SET.pdf

FEDERACAO BRASILEIRA DAS ASSOCIACOES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA. Manual de Gestação de Alto Risco, 2011. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/MANUAL-DE-GESTA%C3%87%C3%83O-DE-ALTO-RISCO-2011.pdf.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). O pré-natal começa antes da gravidez. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/198-o-pre-natal-comeca-antes-da-gravidez. 13 de setembro 2017>. Setembro de 2017.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). O que é o pré-natal de alto risco? Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/203-o-que-e-o-pre-natal-de-alto-risco#:~:text=A%20partir%20da%C3%AD%20e%20at%C3%A9,necess%C3%A1rio%20para%20qualquer%20pr%C3%A9%2Dnatal>. Setembro de 2017.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre Exames de Rotina do Pré-Natal. Rio de Janeiro, 11 out. 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-exames-de-rotina-do-pre-natal/>.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49172/CSP296-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 06/12/2022. Washington: OPAS; 2017.