

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2018

SUS



Prefeitura
de Jundiaí



Organização:

Núcleo de Regulação da Saúde
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde



Sumário

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | Apresentação | 3 |
| 2. | Introdução..... | 4 |
| 3. | Diagnóstico de gravidez..... | 6 |
| 4. | Acompanhamento de consultas..... | 7 |
| 4.1. | Primeira consulta..... | 7 |
| 4.2. | Consultas subsequentes..... | 9 |
| 4.3. | Exames de rotina..... | 10 |
| 4.4. | Avaliação dos resultados..... | 11 |
| 4.5. | Avaliação de risco..... | 16 |
| 4.5.1. | Critérios para Avaliação de risco..... | 16 |
| 4.5.2. | Critérios de priorização..... | 18 |
| 4.6. | Cronograma de atendimento..... | 21 |
| 4.7. | Puerpério..... | 21 |
| 5. | Participação da equipe multiprofissional..... | 23 |
| 6. | Medicamentos a serem prescritos..... | 25 |
| 7. | Quadros complementares..... | 27 |
| 7.1. | Quadro1-A gestação no âmbito do trabalho, direitos sociais e trabalhistas..... | 27 |
| 7.2. | Quadro2-Rede Cegonha..... | 28 |
| 7.3. | Quadro3-Esquema vacinal realizado nas gestantes no Município de Jundiá..... | 28 |
| 7.4. | Quadro4-Classificação de edema..... | 29 |
| 7.5. | Quadro5-Ganho de peso recomendado na gestação, segundo o estado nutricional inicial..... | 29 |
| 7.6. | Quadro6-Tabela de referência para valores de pesos fetais estimados..... | 30 |



1. APRESENTAÇÃO:

A Atenção Básica (AB) se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Para isso, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

O Serviço Especializado é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas e em função da própria resolutividade da atenção básica.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de Regulação do Acesso (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

Este material destina-se preferencialmente à Atenção Básica, em especial no processo de referenciamento dos usuários para outros serviços, sob a forma de protocolo de encaminhamento.

No entanto, para que este seja efetivo é preciso que as práticas de microrregulação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sejam fortalecidas, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, por exemplo, e que propiciem a comunicação entre UBS, Centrais de Regulação e Serviços Especializados (pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou à distância, entre outros).



Os protocolos de encaminhamento são ferramentas de gestão e de cuidado, pois orientam as decisões dos profissionais solicitantes e se constituem como referência que fornece as informações necessárias à avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

A oferta deste protocolo objetiva que este seja mais uma estratégia para aumentar a resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica. Complementarmente, ele deve servir como filtro de encaminhamentos desnecessários, priorizando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos quando eles apresentem indicação clínica para tanto.

Isto provoca a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica (AB), evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários e otimizando o uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

2. INTRODUÇÃO

A regulação da assistência à saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos aos pacientes de maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

O objetivo dos protocolos de acesso é responder a duas questões:

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?
2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?



Na primeira questão é preciso que a gestão, a regulação e os pontos de atenção em saúde estabeleçam quais os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e quais podem ser manejados dentro da AB.

Encaminhamentos fora do protocolo ou imprecisos devem ter, como resposta, ações de apoio matricial e outras ações pedagógicas para auxiliar o profissional no diagnóstico e manejo corretos.

A discussão destes casos é um ótimo instrumento para o desenvolvimento contínuo dos profissionais envolvidos em questões semelhantes que venham a ocorrer.

O objetivo final desta estratégia é reduzir o tempo de espera ao atendimento especializado, garantir o acompanhamento tanto pela especialidade quanto pela Atenção Básica, além de dar qualificação e resolutividade ao cuidado, com cada ponto de atenção atuando dentro de suas competências e responsabilidades.

Este protocolo visa proporcionar um diagnóstico precoce de gravidez, e início imediato do Pré-Natal, a fim de promover uma gestação segura, monitorada e bem assistida em suas possíveis intercorrências e qualificar os encaminhamentos para o atendimento especializado.

O acesso ao cuidado pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral a gestante.

Além das questões de saúde, a gestante deve ser orientada sobre questões referentes a seus direitos sexuais, trabalhistas e sociais (quadro 1). E no caso de uma gestação indesejada, é importante o acompanhamento multidisciplinar, devendo-se acompanhar a mulher de forma acolhedora, singular e integrada. No caso de violência sexual, deve ser orientada quanto ao aborto legal.

As normas, interpretações e condutas, seguem a orientação Manual Técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo 2010. Pré-Natal e Puerpério, Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP com as devidas adaptações orientadas segundo Protocolos da Atenção Básica- Saúde das Mulheres. Ministério da saúde/Instituto Sírio-Libanês de ensino e pesquisa, 2016.



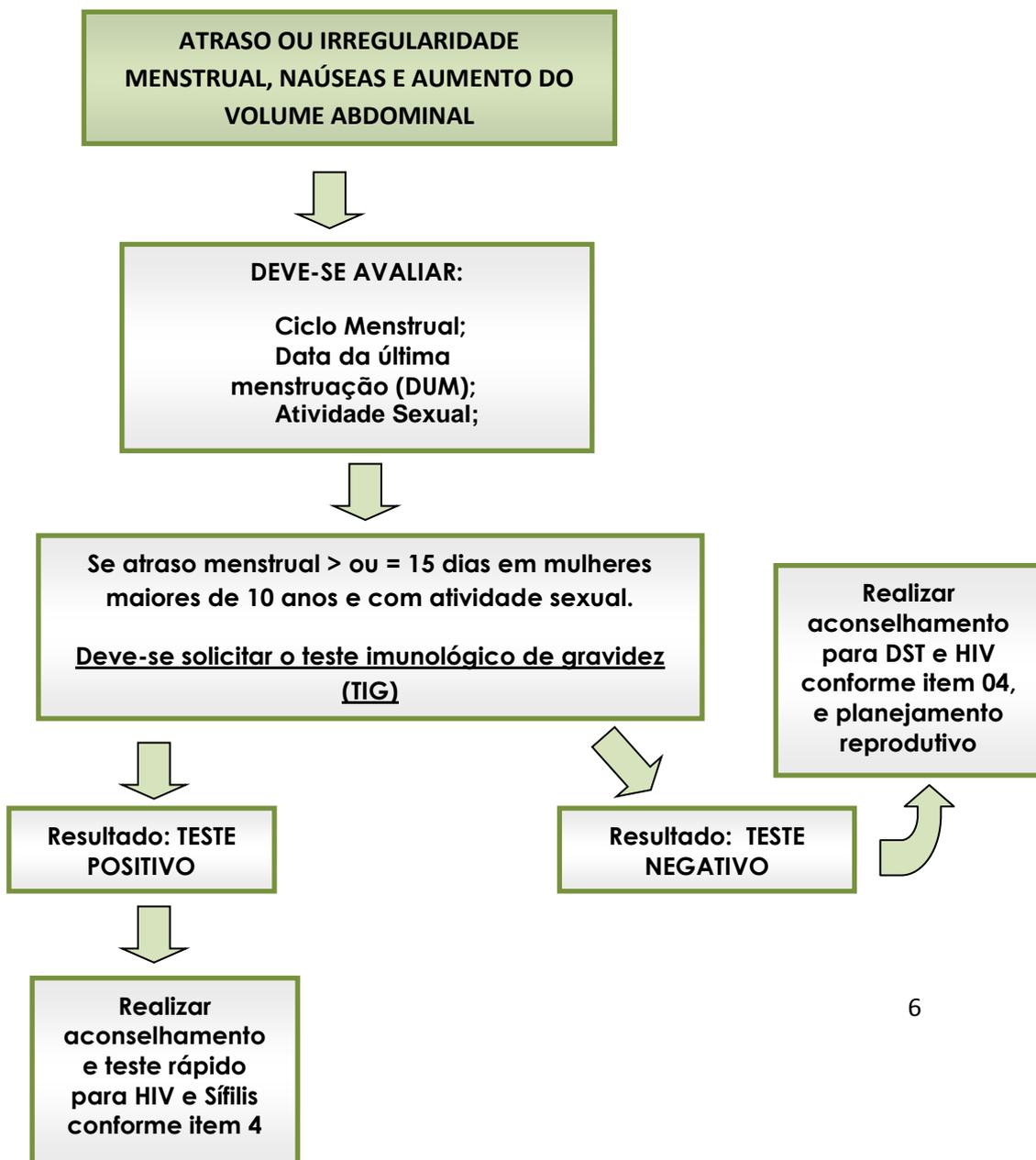
3. DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, exame físico e nos testes laboratoriais. Se ocorrer amenorréia ou atraso menstrual, deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gestação.

Toda mulher em idade fértil, queixando-se de atraso menstrual, que comparecer a unidade de saúde deverá ser encaminhada para a avaliação do enfermeiro para que o mesmo faça o teste imunológico para gravidez (TIG).

A interpretação do TIG é de exclusiva competência do profissional de nível superior, sendo que a execução do exame poderá ser delegada ao profissional de nível médio.

FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ





**GRAVIDEZ
CONFIRMADA**



**INICIAR
ACOMPANHAMENTO PRÉ
NATAL DA GESTANTE
IMEDIATAMENTE**

Após a confirmação da gravidez pelo TIG e/ou BHCG sérico, dá-se início imediatamente ao acompanhamento Pré-Natal da gestante, ou na impossibilidade deve-se agendar a consulta no máximo em sete dias

4. ACOMPANHAMENTO DE CONSULTAS

4.1. Primeira Consulta

Na primeira consulta de pré-natal deve ser realizada a anamnese segundo a ficha impressa de acompanhamento pré-natal, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, psiquiátricos, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. Atentar para mulheres em situação de vulnerabilidade.

Inicialmente deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais. Todas as informações positivas deverão ser transcritas para a caderneta de pré-natal, assim como todos os resultados de exames mesmo que a paciente tenha uma cópia deles com ela.

Deverá ser realizado o aconselhamento e coletado teste rápido HIV e sífilis (quadro 2).

O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguidas por exame



ginecológico (avaliação do colo uterino e secreções vaginais com teste das amins-KOH, é extremamente importante) e obstétrico.

Nesta consulta ainda deve ser avaliada a coleta do exame citopatológico de colo uterino, seguir as recomendações de periodicidade como as demais mulheres. Não há contra-indicação no uso da escova endocervical, não havendo mudanças na coleta e não há restrição quanto à idade gestacional.

Após o exame físico, deve se avaliar a carteira de vacinação da gestante e orientar vacinação de acordo com o protocolo preconizado pela Vigilância Epidemiológica do Município (quadro 3).

Em seguida deve ser avaliado o risco materno, solicitar exames de rotina e proceder aos encaminhamentos para odontologia e grupo de gestantes. Caso ela se enquadre no quadro de alto risco, deve ser avaliada pelo ginecologista para adequação de possíveis medicações e encaminhamento para o Ambulatório da Saúde da Mulher.

Por último, deve ser prescrito o ácido fólico e outros medicamentos específicos, necessários para cada caso, e orientar quanto ao agendamento do retorno, de acordo com o descrito no item 4.6.

4.2. Consultas Subseqüentes

Nas consultas seguintes, deverão ser abordados aspectos do bem-estar materno e fetal.

1. Revisão da ficha pré-natal;
2. Anamnese atual sucinta;
3. Verificação do calendário de vacinação.

Controles maternos:

- Cálculo e anotação da idade gestacional (DPP=+7do dia da DUM /-3 do mês da DUM / ano);
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC= peso em Kg / altura ao quadrado em metro) idealmente abaixo de 13 semanas e anotar no gráfico da ficha de acompanhamento pré-natal. Observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional (quadro 5).



- Medida da pressão arterial. Valores persistentes de PA sistólica ≥ 140 e/ou PA diastólica ≥ 90 (em três ou mais avaliações, em dias diferentes com duas medidas em cada avaliação) caracterizam hipertensão e devem ser acompanhadas no alto risco. PA entre 140/90 e 160/110, assintomática e sem ganho de peso $>500\text{g}$ semanais, agendar alto risco. PA $\geq 160/110$ ou PA $\geq 140/90$ com sintomas como cefaléia, epigastralgia e escotomas referir com urgência ao HU, fazer cópia carbonada para deixar em prontuário como comprovação do encaminhamento;

- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico da ficha de acompanhamento pré-natal e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);

- Pesquisa de edema (quadro 4);

- Avaliação dos resultados de exames laboratoriais e instituição de condutas específicas;

- Verificação do resultado do teste para HIV e, em casos negativos, repetir no 3º trimestre da gestação. Em casos positivos, encaminhar para unidade de referência.

Controles fetais:

- Ausculta dos batimentos cardíacos;

- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico principalmente a partir da 32ª semana.

Condutas:

- Interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários;

- Tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário;

- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) para profilaxia da anemia a partir da 20ª semana. Caso o valor de hemoglobina (hb) for $\leq 11\text{g/dl}$, antecipar prescrição;

- Orientação alimentar.



É atribuição da equipe de Atenção Básica:

✓ Acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados assim como sua frequência, pois em todo o pré-natal ela deverá ser acompanhada pela equipe de atenção básica;

✓ Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos. Segundo a Rede Cegonha, as gestantes deverão participar de pelo menos quatro encontros de grupo pré-natal e ser orientadas a conhecer o hospital de referência ao parto;

✓ Agendamento de consultas subsequentes;

✓ Realização de busca ativa das faltosas.

4.3. Exames de Rotina

Solicitar na Primeira consulta:

- Grupo sanguíneo e fator Rh;
- Sorologia para sífilis (VDRL);
- Hemograma;
- Urina1 e urocultura com antibiograma;
- Glicemia de jejum;
- Teste anti-HIV;
- Toxoplasmose;
- Hepatite B: HBsAg e AntiHbs;
- TSH;
- Hepatite C;
- Protoparasitológico;
- USG obstétrico, agendar entre 18^a e 20^a semanas.

Realizar na primeira consulta:

• Coleta de exame citopatológico de colo uterino, se o resultado não estiver na validade (paciente acima de 25anos com dois resultados normais consecutivos, o espaçamento pode ser trienal).



- Na primeira consulta e nos trimestres subsequentes, realizar avaliação de secreção vaginal, através do teste de KOH (tratar se diagnosticado Vaginose ou Candidíase).

- Oferecer e realizar teste rápido para HIV e Sífilis.

No segundo trimestre deverão ser solicitado exames e coletados em torno das 24 semanas:

- Sorologia Toxoplasmose: nos casos de IgG negativo no exame anterior;
- Urina tipo 1, urocultura e antibiograma;
- Curva glicêmica simplificada (75 g de dextrosol) para todas as gestantes que tiveram **glicemia inicial <92**, tempos 0, 60' e 120' (deverá ser realizada entre 24 e 28 semanas);
- VDRL.

No terceiro trimestre (entre 28^a e 30^a semanas) deverão ser solicitados os seguintes exames:

- Teste anti-HIV;
- Sorologia para sífilis (VDRL);
- Hemograma;
- Urina tipo I e urocultura e Antibiograma;
- Sorologia Toxoplasmose: nos casos de IgG negativo no exame anterior;
- US obstétrico entre 32 e 34 semanas para as pacientes com IMC>30 e para aquelas diabéticas acompanhadas na UBS a fim de melhor avaliação de macrossomia fetal;
- Na 35^a semana, deve ser realizada a Pesquisa de Estreptococos Beta Hemolítico em secreção anal e vaginal.

4.4. Avaliação dos Resultados

❖ **Paciente RH negativo Du negativo:**

- 1) Solicitar tipagem sanguínea do parceiro:
 - Se negativo, sem risco aparente de incompatibilidade.
 - Se positivo, solicitar Coombs Indireto (CI) mensal.
- 2) se CI positivo: referenciar para pré-natal de alto risco;



Se CI negativo: repetir mensalmente até a realização da imunoglobulina anti-RH ao redor da 28ª semana (sem ultrapassar a 34ª semana).

Lembrar: preencher o laudo de solicitação, avaliação e autorização de Medicamentos especializados (LME). Receita em duas vias, tipagem sanguínea com RH da mãe e parceiro (quando possível), resultado de CI negativo (até um mês) e identidade da gestante.

NÃO solicitar Coombs Indireto após uso de imunoglobulina.

❖ **Sífilis:**

Se teste rápido reagente, iniciar tratamento e solicitar VDRL.

Todo VDRL positivo, automaticamente o laboratório fará o FTA abs.

Para todo caso positivo, testar parceria sexual. Tratar se positivo e orientar uso de preservativo até o final da gestação.

Realizar notificação compulsória (Vigilância Epidemiológica).

Tratamento: Iniciar com Penicilina benzatina 1.200.000 UI, intramuscular, em cada nádega.

É importante avaliar a fase clínica da doença:

-Primária: dose acima e única;

-Secundária e latente: dose acima e repetir em uma semana;

-Terciária/tardia: dose acima e repetir em uma semana e em 15 dias.

A gestante deverá ser tratada APENAS com penicilina benzatina, caso ela seja alérgica, deve ser encaminhada para o PS-HU para dessensibilização. Já o parceiro, tem como opção a doxiciclina 100mg, VO, de 12/12h por 28 dias. E no caso da gestante se recusar a fazer uso da penicilina, deverá ser orientada sobre a impossibilidade de ser tratada na gestação com outra medicação e riscos para o feto e notificar a assistência social/NASF.



❖ **Toxoplasmose:**

| IgM | IgG | Interpretação |
|------------|------------|--|
| Negativo | Negativo | Orientar profilaxia |
| Negativo | Positivo | Indicativo de doença prévia (imunidade) |
| Positivo | Positivo | <16 semanas ou avidez fraca: tratar <16semanas ou avidez forte: imune >16semanas: tratar |
| Positivo | Negativo | Infecção recente ou toxoplasmose aguda - tratar. |

Tratamento: Espiramicina 1,0g VO 8/8h (prescrever 2cp-500mg).

O teste de avidez para o município de Jundiá poderá ser solicitado pela Rede Primária através do núcleo de regulação.

Lembrar: se paciente susceptível deverá ser solicitada sorologia de toxoplasmose nos outros dois trimestres.

❖ **Diabetes Gestacional:**

O diagnóstico deve ser feito, segundo a Associação Americana de Diabetes (ADA, 2017) quando a glicemia de jejum ou o GTT simplificado (75g de dextrosol) estiver alterado.

Valor normal: jejum = 92;

GTT: jejum = 92, 1h = 180, 2h = 153.

Conduta: Após avaliação de exame alterado (basta um), deverá haver a busca ativa da paciente com as seguintes orientações:

1) Avaliação de dieta e marcação de nutricionista;

Cálculo da dieta: IMC até 30: 30 a 35 kcal/kg peso fracionada, ou se IMC>30: 25 kcal/kg peso.



2) Dispensação de glicosímetro (nas UBS) para após uma semana de dieta para diabetes, ela iniciar o controle de dextro três vezes na semana alternando horários entre jejum e pós-prandial que deverá ser registrado em ficha com diário da glicemia capilar Gestante considerar: Valores referência- jejum<90 e pós-prandial<140

A meta glicêmica a ser alcançada pela gestante é o bom controle metabólico que deve estar entre 100 e 120 mg/dl.

3) Marcação de consulta no Pré-natal de alto risco, quando necessário, já com os controles realizados por pelo menos duas semanas para avaliação. Esta paciente poderá continuar no alto risco ou poderá ser reencaminhada para o acompanhamento de origem com orientações no impresso de contra referência.

ATENÇÃO PARA AS GLICEMIAS ENTRE 92 E 99:

O acompanhamento pré-natal ocorrerá na UBS com atenção aos controles de dextro e valores de normalidade. Deverão ser solicitados US morfológico de 2º trimestre e Us obstétrico no 3º trimestre para avaliação de líquido amniótico, circunferência abdominal fetal e peso fetal. Atenção aos sinais de descompensação como altura uterina e ganho de peso acima do esperado. **Qualquer alteração**, a paciente deverá ser encaminhada para o PNAR.

O peso fetal acima do percentil 90 + circunferência abdominal acima do percentil 90 identificam 88.8% dos fetos macrossômicos (Tamura RK, 1986). Vide quadro 6.

O CONTROLE MAIS IMPORTANTE PARA O ACOMPANHAMENTO DE VITALIDADE FETAL NO DIABETES GESTACIONAL É O MOVIMENTO FETAL, PORTANTO O MOBILOGRAMA DEVE SER SOLICITADO E AVALIADO A PARTIR DE 32 SEMANAS. E deverá iniciar acompanhamento de vitalidade fetal conjuntamente ao HU a partir de 37 semanas.



❖ **Hepatite B:** Se comprovar doença, encaminhar para o ambulatório de moléstias infecciosas.

| | Aguda | Crônica ativa | Crônica inativa | Cura | Vacinal |
|----------|-------|---------------|-----------------|------|---------|
| HBsAg | + | + | + | - | - |
| Anti-HBs | - | - | - | + | + |

❖ **HIV** se positivo, encaminhar para o ambulatório de moléstias infecciosas.

❖ **Doenças exantemáticas:** se confirmar doença aguda, monitorar possibilidade de Malformação fetal (MF). Todas as **doenças exantemáticas** na gestação deverão ser **notificadas** e acompanhadas de forma a triar risco de MF fetal. Ex: ZIKA.

US morfológico de 2º Trimestre - Indicações:

- 1) US anterior com suspeita de malformação fetal;
- 2) História pregressa de malformação fetal;
- 3) História familiar de malformação fetal;
- 4) Suspeita de infecção materna aguda (toxoplasmose, sífilis, doenças exantemáticas-rubéola, ZIKA);
- 5) Uso de drogas teratogênicas (ex: talidomida, anti-neoplásicos e quimioterápicos, inibidores da ECA, lítio, alguns antitireoidianos, barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, retinóides, valproato de sódio, tetraciclina, warfarina, cocaína/crack, álcool);
- 6) DM prévia ou DM gestacional;
- 7) Idade materna superior ou igual a 40 anos;
- 8) Gemelaridade.

❖ **TSH:** como o tratamento do hipotireoidismo subclínico ainda é controverso, seguiremos as recomendações da American Thyroid Association* (ATA) adaptado que orienta o acompanhamento do TSH da seguinte maneira:



➤ TSH entre 2.5 e 10, solicitar anti-TPO, se positivo, iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco. Se negativo, realizar pré-natal habitual, não necessitando sua repetição.

➤ TSH > ou igual a 10, sempre tratar (encaminhar ao Pré-natal de alto risco).

Nas pacientes que não faziam uso de levotiroxina, que é o medicamento de eleição, iniciamos na dose inicial de 1mcg/Kg/dia e deverá ser utilizada como dose única em jejum.

*2017 guidelines of the American Thyroid Association for the diagnoses and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum.

4.5. Avaliação de Risco

O enfermeiro/médico fará avaliação de risco gestacional (conforme descrição):

- Sendo baixo risco a próxima consulta será em 30 dias com o médico e subsequentemente intercalada com o enfermeiro;
- Se avaliado médio ou alto risco, agendar consulta médica em até uma semana para condutas e encaminhamentos. Nos casos P0, encaminhar diretamente para o HU.

4.5.1 - Critérios para Avaliação de Risco

A gestação é um fenômeno fisiológico, mas uma pequena parcela das gestantes que por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a mãe. Essa parcela constitui um grupo chamado gestantes de alto risco.

Entretanto, não se deve considerar identificação de fator de risco como indicador de transferência de cuidados. O fator de risco é um marcador de alerta que muitas vezes não se manifesta com as possíveis complicações. A atenção diligente por profissionais competentes pode ser suficiente para prover o cuidado necessário. Pode-se buscar a segunda opinião de equipes especializadas, treinadas na atenção a gestações de alto risco. Caso o encaminhamento ocorra, a gestante deve ter seu cuidado pré-natal monitorado pela unidade de origem através de visitas domiciliares (nas unidades onde há agentes de saúde), busca de comparecimento ou falta pelo sistema de agendamentos e contato telefônico.



É fundamental que o médico da UBS encaminhe a paciente com o impresso de Referência e contra referência devidamente preenchido e com o maior número de informações relevantes; com a carteira de pré-natal com resultado de exames e nº de SIS Pré-natal e exame de citologia oncológica de colo uterino em dia.

A seguir temos os fatores de risco, com atenção para aqueles que devem ser encaminhados para o alto risco (sublinhados).

Individuais e condições sócias demográficas desfavoráveis:

- **Idade menor que 16anos e a partir dos 40 anos;**
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal;
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45 m;
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

História reprodutiva anterior:

- **Morte perinatal explicada ou inexplicada;**
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- **Abortamento habitual (maior que 3);**
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade;
- Síndromes hemorrágicas;
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
- Cirurgia uterina anterior;
- Macrossomia fetal.

Intercorrências clínicas crônicas: Todas aquelas que tenham comprometimento sistêmico e/ou não estejam bem controladas.



- Transtorno Mental (se em acompanhamento na unidade básica e bem vinculado, deve manter-se na origem);

- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (especialmente diabetes *mellitus*);
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de anti-hipertensivo;
- Epilepsia;
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV);
- Doenças auto-imunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).

Doença obstétrica na gravidez atual:

- **Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido**

amniótico:

- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- **Pré-eclâmpsia/eclâmpsia:**
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- **Isoimunização:**
- Óbito fetal.

Identificando-se um ou mais desses fatores, deverá ser avaliado o grau de relevância de cada um, e estabelecer o risco pré-natal.

Os casos não previstos para acompanhamento na Atenção Básica deverão ser encaminhados para a avaliação na Atenção Especializada que, após avaliação, deverá orientar o plano terapêutico para que aquela gestante possa ser acompanhada conjuntamente pelos dois serviços.



4.5.2. Critérios de Priorização:

| Especialidade Médica: | | | |
|---|---|--|---|
| PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO | | | |
| <u>Público alvo: gestantes</u> | | | |
| NIDADES ENCAMINH ANTES | <u>ATENÇÃO PRIMÁRIA (UBS's e ESF's)</u> | | |
| | <u>ATENÇÃO SECUNDÁRIA (AMBULATÓRIOS)</u> | | |
| P0 | P1 | P2 | P3 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Síndromes hemorrágicas: Descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo, sinais de abortamento); • Crise hipertensiva (PAS\geq160 ou PAD\geq110) • Sinais premonitórios de eclampsia (epigastralgia, alterações visuais como escotomas ou embaçamento visual, cefaléia persistente ou grave, dispnéia, confusão mental); • Eclâmpsia; • Gestantes com sífilis e alergia a penicilina ou com sintomas neurológicos associados à neurosífilis; • Infecções graves com risco de sepse como pielonefrite e infecção ovular; • Anidrâmnio; • Polidrâmnio sintomático; • Anemias sintomáticas ou com hb\leq6,0g/dl; • Rotura prematura de membrana; • Trabalho de parto pré-termo; | <ul style="list-style-type: none"> • Idade gestacional acima de 32 semanas: Placenta prévia* • Restrição de crescimento intra-uterino (RCIU); • Eclâmpsia pós alta hospitalar; • Isoimunização Rh***; • Insuficiência istmo-cervical. • DM em uso de insulina ou que tenha alteração de controle (casos acompanhados pela atenção básica entre 92 e 99) | <ul style="list-style-type: none"> • Idade gestacional acima de 28 semanas: oligoâmnio, polidrâmnio, pré-eclâmpsia. | <ul style="list-style-type: none"> • Morte perinatal explicada ou inexplicada em gestação anterior; • Abortamento habitual (3 ou mais); • Cardiopatias, nefropatias, neuropatias e pneumopatias em uso de medicamento ou com comprometimento sistêmico; • HAS em uso de medicamento; • DM prévia ou DM gestacional (gli$>$99); • Hipertireoidismo; • Hipotireoidismo com diagnóstico prévio ou TSH$>$10 ou TSH$>$2.5 com anti-TPO positivo; • Leucemia e anemia falciforme; • Doenças auto-ímmunes (Lúpus eritematoso, síndrome anticorpo antifosfolípide, artrite reumatoide, esclerose múltipla, outras colagenoses); • Toxoplasmose**; • Gestações múltiplas; • Alterações morfológicas ultrassonográficas ou arritmias fetais; • Ginecopatias; |



| | | | |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Hipertonia uterina; • Idade gestacional superior a 40 semanas; • Suspeita de abdome agudo na gestação; • Suspeita de TVP; • Vômitos incoercíveis; • Vitalidade fetal alterada (Doppler alterado, cardiocotografia de padrão não-tranquilizador, ausência ou redução da movimentação fetal por mais de 12h, em idade gestacional maior de 26 semanas); • Diagnóstico ultrassonográfico de doença trofoblástica; • Patologias clínicas agudizadas. | | | <p>malformações uterinas, mioma submucoso >4cm;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Câncer: de origem ginecológica ou invasor ou ainda em tratamento; • Transplantados; • Idade Materna >40 anos; • Adolescente <16anos; • Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;**** • Em tratamento de tuberculose ou hanseníase; • Anemia grave (com hb<8); • Infecção urinária de repetição (+ de 2 episódios) ou antecedente de pielonefrite nesta gestação. |
|---|--|--|--|

Observações:

*Placenta prévia: apenas 10% das placentas baixas tornam-se prévias, desta forma aguardar diagnóstico após 32 semanas.

**se IgM+ e IgG+, aguardar avidéz: baixa avidéz = alto risco.

***Nas pacientes com coombs indireto negativo realizar imunoglobulina anti-Rh com 28 semanas e não repetir CI após, pois irá positivar.

****Pacientes com antecedente de TVP ou embolia pulmonar devem iniciar anticoagulante imediatamente ao resultado positivo de gestação (Heparina 5000UI SC 12/12h-medicação fornecida pelas UBSs).

Casos especiais:

-Gestantes com HIV, hepatite B e C: devem ser encaminhadas para avaliação e/ou acompanhamento no AMI se necessário.

-Gestantes com HPV: devem ser encaminhadas para ambulatório de patologia cervical (colposcopia) e acompanhadas no pré-natal na Unidade Básica de origem.

-Gestantes com suspeita de doença exantemáticas (Zika/rubéola): devem ser acompanhadas na Unidade Básica de origem, com atenção para solicitação de US morfológico de 2º trimestre, caso já tenha passado das 24 semanas, solicitar US obstétrico e deixar observação em cartão de pré-natal.

-Gestantes usuárias de drogas ilícitas: o vínculo firmado para manutenção do pré-natal é extremamente importante, assim como o acolhimento nos momentos em que a paciente procura o sistema de saúde. Então, o acompanhamento pela Unidade Básica deve ser priorizado.

-Gestantes com doenças psiquiátricas leves: devem ser acompanhados pela Unidade Básica e NASF, casos mais graves como esquizofrenia e depressão grave poderão ter atendimento conjunto com pré-natal de alto-risco.

DESCRIÇÕES OBRIGATÓRIAS:

- Dados relevantes da história clínica;
- Cópia da carteira de pré-natal;
- Exames ultrassonográficos;
- Exames laboratoriais positivos;
- Exame citopatológico de colo uterino atual;



- Uso de medicamentos (quais, doses e a quanto tempo);
- CONTROLES DE PA para as hipertensas;
- CONTROLES DE DEXTRO para as diabéticas;
- Antecedentes obstétricos.

MALFORMAÇÃO FETAL () se sim, qual?

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: G__ P__nl __ces A__ IG (a): IG (US):
Patologia:

SINAIS DE ALERTA: P0 sempre PS HU

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Adolescente a partir de 16 anos ou idade materna <40 anos;
- Fatores relacionados à gestação anterior: RN com RCIU, pré-termo ou MF, macrossomia fetal, intervalo intra-partal menor de 2 anos, cirurgia uterina anterior, iteratividade
- Fatores relacionados a esta gestação: Ganho ponderal inadequado, infecção urinária e anemia (hb>8).

4.6. Cronograma de Atendimento

Baixo Risco:

- Até 32 semanas: Consultas Mensais.
- 32 a 36 Semanas: Consultas Quinzenais.
- De 36 Semanas até o parto: Consultas Semanais.

A partir de 40 semanas a gestante deve ser encaminhada para avaliação da vitalidade fetal no Hospital Universitário, através de referência e contra referência (GRCR), devidamente preenchida e assinada pelo profissional Médico ou Enfermeiro. Mesmo assim, a gestante deverá manter seu acompanhamento semanal na Unidade até o parto. Não deverá ser dada alta do pré-natal. Segundo protocolo, a indução do parto será feita a partir de 41 semanas.

Médio e Alto Risco:

A gestante deverá ser acompanhada de preferência por médico em todas as consultas na Unidade Básica de Saúde ou encaminhada ao Pré-Natal de Alto Risco caso se enquadre nos critérios para encaminhamento.



O acompanhamento do enfermeiro deverá então, ser realizado em consultas de enfermagem (não substituindo a consulta médica), grupos educativos e/ou visitas domiciliares.

4.7. Puerpério:

✓ Visita domiciliar:

Até sete dias após da alta hospitalar realizar visita domiciliar, quando possível, para o RN, verificando o vínculo mãe/RN, aceitação, apoio familiar, amamentação, as condições de moradia, se há local adequado para o RN, condições de higiene, saneamento básico, e demais condições que interfiram nos cuidados com o RN priorizando aqueles de maior vulnerabilidade.

✓ Consulta puerperal:

A ser realizada em até 30 dias após o parto:

- Verificar no cartão de Pré-Natal e da criança:
- Acompanhamento pré-natal (condições da gestação);
- Atendimento ao parto e ao RN;
- Avaliar a situação das sorologias para sífilis e HIV;
- Verificar uso de suplementação vitamínica e/ou outros medicamentos;
- Dados do parto: data, tipo de parto, indicação de parto operatório, intercorrências no trabalho de parto, parto e pós-parto como febre, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh.
- Anamnese:
 - Identificar as principais queixas.
 - Avaliar o aleitamento materno, alimentação, sono e atividades físicas.
 - Observar Situações de vulnerabilidade social e condições psicoemocionais, atenção para alterações emocionais.
 - Dor, fluxo vaginal, sangramentos, queixas urinárias e febre.
- Abordar planejamento da vida sexual e reprodutiva (orientar sobre DIU e anticoncepcionais orais/injetáveis). Para mulheres que não amamentam não há restrição de nenhum método. Para mulheres em amamentação exclusiva: Norestisterona 0,35 mg 01 cp VO/dia. Atenção: substituir no momento de introdução de outros alimentos, água,



chás ou sucos para o bebê. A opção por Depoprovera 150mg IM é extremamente segura, deverá ser administrada naquele momento e a cada 3m, mesmo durante aleitamento parcial ou na sua suspensão.

- Avaliação clínica-ginecológica:
 - Estado geral: estado de consciência, situação psicológica, pele, edema;
 - Exame abdominal: atentar para avaliar a involução uterina e dor à palpação, e incisão cirúrgica se cesárea;
 - Exame ginecológico: observar loquiação, lacerações, equimoses, edemas, episiotomia na vagina, vulva e períneo.
 - Avaliar sinais vitais, mucosas, mamas, MMII (varizes, edema, sinais de flebite);
 - Observar vínculo mãe – RN;
 - Anotar os dados da consulta no prontuário e no cartão da gestante;
 - Encaminhamentos: avaliar a situação vacinal;
 - Orientar retornos de rotina.

✓ Encerrar o SISPRENATAL.

5. PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Médico:

- Realiza consulta pré-natal;
- Solicita exames e orienta tratamento conforme as normas técnicas e operacionais e protocolo vigente na SMS.
- Orienta as gestantes quanto aos fatores de risco;
- Identifica as gestantes de risco e as encaminha para a unidade de referência;
- Realiza coleta de exame citopatológico;
- Fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Participa de grupos de gestantes e realiza visita domiciliar, quando for o caso;
- Atende as intercorrências e encaminha as gestantes para a unidade de referência, quando necessário.



Enfermeiro (a):

- Realiza consulta de enfermagem, com investigação da amenorréia, diagnóstica a gestação, e classifica o risco;
- Realiza consulta de pré-natal de enfermagem, na gestação classificada como de Baixo Risco;
- Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço;
- Colhe material para exames laboratoriais;
- Prescreve o Ácido Fólico e outros medicamentos específicos, necessários para cada caso, conforme item 05;
- Encaminha gestantes identificadas como de risco para o médico;
- Realiza atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera, etc;
- Realiza visita domiciliar, quando for o caso;
- Promove a busca ativa de faltosas;
- Fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Realiza coleta de exame citopatológico, teste de KOH;
- Realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias;
- Verifica esquema vacinal e aplica vacinas conforme calendário vigente da Vigilância Epidemiológica Municipal.

Técnico /Auxiliar de Enfermagem:

- Realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias;
- Verifica o peso, a altura e a pressão arterial e anota os dados no cartão da gestante quando necessário;
- Verifica a PA das gestantes em acompanhamento por suspeita de HA, anota em impresso próprio e notifica enfermeiro e/ou GO nos casos de PA >140/90;
- Verifica glicemia capilar quando necessário;
- Fornece medicação mediante receita;
- Colhe material para exames laboratoriais;
- Verifica esquema vacinal e aplica vacinas conforme calendário vigente da Vigilância Epidemiológica Municipal;
- Participa das atividades educativas;
- Realiza visitas no período puerperal até 07 dias após a alta, quando designados.



NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família:

• Equipe Multiprofissional que poderá ser acionada a qualquer momento para atuação conjunta nas situações em que se fizerem necessárias abordagens em: saúde mental, nutricional, reabilitação, praticas integrativas e demandas sociais.

Agente comunitário de saúde:

• Realiza visitas domiciliares pelo menos uma vez por mês, identificando gestantes e desenvolvendo atividade de educação da gestante e de seus familiares, orientando sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;

• Deve encaminhar a gestante ao serviço de saúde ou avisar o enfermeiro ou médico de sua equipe caso apresente: febre, calafrio, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas freqüentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes, e dor ao urinar;

• Deve avisar o médico ou o enfermeiro, no caso de adolescente, sob a não aceitação da gravidez por ela ou por sua família;

• Orientar sobre a periodicidade das consultas, identificar situações de risco e encaminhar para diagnóstico e tratamento;

• Realizar a captação precoce de gestante para a primeira consulta e para consultas subseqüentes;

• Realizar busca ativa das faltosas;

• Realizar visita domiciliar no puerpério, acompanhando o processo de aleitamento, orientando e estimulando a rotina de puericultura.

6. MEDICAMENTOS A SEREM PRESCRITOS:

1. SULFATO FERROSO - 1 drágea 40mg/dia ou a dosagem equivalente em gotas na prevenção da anemia ferropriva a partir da 20ª semana de IG. Se Hb < 11g/dl e >8g/dl, 3 drágeas / dia com solicitação de EPF e avaliação médica. Se Hb <8g/dl, avaliação médica.

2. ÁCIDO FÓLICO - 1 comp. de 5mg ao dia durante o 1º trimestre da gestação.



3. HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO + HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO SUSPENSÃO ORAL - suspensão oral a 6,2 %, 1 colher das de sopa após as principais refeições, em caso de pirose persistente após orientação dietética.
4. MICONAZOL CREME VAGINAL - 1 aplicação por 07 noites em casos de candidíase vaginal.
5. PARACETAMOL - 500mg VO até de 6/6hs em casos de mialgia, hipertermia, ou cefaléia, excluindo o surgimento de hipertensão arterial através do monitoramento da PA.
6. METOCLOPRAMIDA - 10mg VO de 8/8 horas, indicada para os casos de emese gravídica.
7. METRONIDAZOL 250 mg, VO, 2cp de 8/8h, por 07 dias, nos casos de vaginose bacteriana, após o 3º mês de gravidez.
08. Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, IM, 03 doses, 01 dose por semana (1,2 milhão UI em cada glúteo – totalizando 7,2 milhões), para casos positivos de Sífilis. Tratar a Gestante e o parceiro sexual. Atenção para a fase da doença;
- 09- Para os parceiros a alternativa é Doxiciclina 100mg, 2x dia (VO), por 28 dias (NÃO INDICAR PARA GESTANTE)
- 10- AAS 10mg- nas gestações com antecedente obstétrico de hipertensão arterial



Quadro 1-A gestação no âmbito do trabalho, direitos sociais e trabalhistas (SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual da saúde. Atenção a gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010)

| |
|---|
| Direito a saúde Toda gestante tem direito a atendimento gratuito e de qualidade nos hospitais públicos e conveniados ao SUS |
| <ul style="list-style-type: none">• Carteira de gestante: com todas as informações e resultados de exames.• Tem direito a alojamento conjunto, amamentar e receber informações sobre amamentação, assim como ter acompanhante nas consultas pré-natal, trabalho de parto, parto e pós parto imediato (Lei no. 11.108/2005).• Realização gratuita dos testes do pezinho, orelhinha, olhinho e coraçãozinho nos hospitais após nascimento. |
| Direitos sociais |
| <ul style="list-style-type: none">• Prioridade nas filas.• Prioridade para sentar-se em transporte coletivo.• Direito ao registro de nascimento gratuito em qualquer cartório.• Creche para seus filhos em empresa com mais de 30 funcionárias com mais de 16 anos. |
| Direitos trabalhistas |
| <ul style="list-style-type: none">• Estabilidade no emprego (até cinco meses pós parto).• Licença e salário maternidade:<ul style="list-style-type: none">- Início de afastamento poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e a ocorrência deste.- O salário maternidade é benefício também para natimorto, aborto, adoção ou guarda judicial, e deve ser pago nos 120 dias. Caso a criança venha a falecer, não deve ser interrompido. No caso dos abortos, será pago por duas semanas e a licença pode variar de 14 a 30 dias de acordo com prescrição médica.• Funções exercidas pela gestante: a gestante poderá se adequar a outras funções sem prejuízo mediante a solicitação médica. |
| Direitos de proteção a maternidade |
| <ul style="list-style-type: none">• Dispensa do horário de trabalho para consultas de pré-natal e exames complementares.• Dispensa para amamentação até os 6m do filho, na forma de dois descansos de 30 minutos. Esta licença pode ser aumentada caso haja necessidade em saúde para o filho. |
| Direito dos pais |
| <ul style="list-style-type: none">• Licença paternidade de cinco dias após o nascimento (contínuo).• Participação do pré-natal.• Acompanhamento durante pré-parto, parto e pós-parto |



Quadro 2- Rede Cegonha

Portaria no. 1.459, de 24 de junho de 2011:

-Art.7º h) prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e hepatites;

Anexo I- Matriz diagnóstica

2º grupo: indicadores de atenção

% de gestantes com todos os exames preconizados.

Anexo III- Novos exames: teste rápido de sífilis e de HIV

Quadro 3-Esquema vacinal

- dTpa - realizar na 20ª semana, 1 dose. Se a gestante não for vacinada ou tiver esquema incompleto ou desconhecido, completar o esquema com Dupla Adulto, respeitando o intervalo de 2 meses entre as doses. A cada gestação ela deverá receber 1 dose de dTpa. Gestantes com esquema completo, aplicar dTpa na 20ª semana, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da última dose de dupla adulto.

- Hepatite B – esquema vacinal desconhecido ou não vacinada e HBsAg negativo e anti-HBs<10: realizar as 3 doses, iniciando após 14ª semana (0, 30 dias e 6 meses). Se incompleto, completar. Gestante comprovadamente vacinada, mas com anti-HBs<10, aplicar uma dose e colher nova sorologia 45 dias após. Se o resultado for positivo, encerrar o esquema. Se for negativo, completar o esquema e repetir sorologia 45 dias após última dose. Se permanecer negativo, será considerado não-responsivo.

- Influenza: qualquer período gestacional, dose única.

- Febre Amarela: devido à situação epidemiológica, neste momento todas as gestantes que ainda não foram vacinadas e moram em áreas de risco, devem ser vacinadas. Mulheres que amamentam crianças menores de seis meses devem suspender o aleitamento materno por 10 dias após a vacinação, podendo retornar a amamentar depois deste período. Elas deverão passar com o pediatra antes da vacinação, para receber as orientações de substituição temporária do aleitamento.



Quadro 4- Edema

- (-) ou ausente- monitorar rotineiramente.
- (+) apenas no tornozelo- observar; pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado.
- (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão- orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco.
- (+++) em face, membros e região sacral, ou edema observado ao se levantar pela manhã. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e avaliação se necessidade de alto risco.
- Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor- suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e necessidade de alto risco.

Quadro 5- Ganho de peso recomendado (em Kg) na gestação, segundo o estado nutricional inicial

| Estado Nutricional | Ganho de Peso semanal Peso total (Kg) | Ganho de Peso semanal médio (Kg) No 1º trimestre | Ganho de Peso total (Kg) no 2º e 3º trimestres |
|--------------------|--|---|--|
| Baixo Peso | 2.3 | 0.5 | 12.5-18.0 |
| Adequado | 1.6 | 0.4 | 11.5-16.0 |
| Sobrepeso | 0.9 | 0.3 | 7.0-11.5 |
| Obesidade | 0 | 0.3 | 7.0 |

Fonte: Institute of Medicine, 1990, adaptado.



Quadro 6- Tabela de referência para valores de pesos fetais estimados: Hadlock FP, Harrist RB, Martinez-Poyer J. In útero analysis of fetal growth: A sonographic weight standard. Radiology 1991; 181: 129-33.

| Idade gestacional (semanas) | Percentil 3* | Percentil 10* | Percentil 50* | Percentil 90* | Percentil 97* |
|-----------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 10 | 26 | 29 | 35 | 41 | 44 |
| 11 | 34 | 37 | 45 | 53 | 56 |
| 12 | 43 | 48 | 58 | 68 | 73 |
| 13 | 55 | 61 | 73 | 85 | 91 |
| 14 | 70 | 77 | 93 | 109 | 116 |
| 15 | 88 | 97 | 117 | 137 | 146 |
| 16 | 110 | 121 | 146 | 171 | 183 |
| 17 | 136 | 150 | 181 | 212 | 226 |
| 18 | 167 | 185 | 223 | 261 | 279 |
| 19 | 205 | 227 | 273 | 319 | 341 |
| 20 | 248 | 275 | 331 | 387 | 414 |
| 21 | 299 | 331 | 399 | 467 | 499 |
| 22 | 359 | 398 | 478 | 559 | 598 |
| 23 | 426 | 471 | 568 | 665 | 710 |
| 24 | 503 | 556 | 670 | 784 | 938 |
| 25 | 589 | 652 | 785 | 918 | 981 |
| 26 | 685 | 758 | 913 | 1068 | 1141 |
| 27 | 791 | 879 | 1055 | 1234 | 1319 |
| 28 | 908 | 1004 | 1210 | 1416 | 1513 |
| 29 | 1034 | 1145 | 1379 | 1613 | 1754 |
| 30 | 1169 | 1294 | 1559 | 1824 | 1949 |
| 31 | 1313 | 1453 | 1751 | 2049 | 2189 |
| 32 | 1465 | 1621 | 1953 | 2285 | 2441 |
| 33 | 1622 | 1794 | 2162 | 2530 | 2703 |
| 34 | 1783 | 1973 | 2377 | 2781 | 2971 |
| 35 | 1946 | 2154 | 2585 | 3036 | 3244 |
| 36 | 2110 | 2335 | 2813 | 3291 | 3516 |
| 37 | 2271 | 2513 | 3028 | 3543 | 3785 |
| 38 | 2427 | 2686 | 3236 | 3786 | 4045 |
| 39 | 2576 | 2851 | 3435 | 4019 | 4294 |
| 40 | 2714 | 3004 | 3619 | 4234 | 4524 |

*Peso fetal em gramas.