



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIENCIAS DA
VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)**

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE
RELATO DE CASO: RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO
(RCIU)**

JHAMYLEE EVELLYN SÁNCHEZ MÉNDEZ

Foz do Iguaçu
2022



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS DA
VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)**

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
RELATO DE CASO: RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO (RCIU)**

JHAMYLEE EVELLYN SÁNCHEZ MÉNDEZ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Profa. Dra. Rosana Alvarez Callejas

Foz do Iguaçu

2022

JHAMYLEE EVELLYN SÁNCHEZ MÉNDEZ

INTERNATO EM ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE

RELATO DE CASO: RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO (RCIU)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA



Orientador: Profa. Dra. Rosana Alvarez Callejas

UNILA



Prof. Flavio Luiz Tavares

UNILA



Profa. Dra. Tatiana Pinheiro Rocha de Souza

UNILA

Foz do Iguaçu, 08 de Agosto de 2022.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela força e persistência que me concedeu durante estes anos de estudos. Agradeço à minha orientadora, Professora Dra. Rosana Alvarez Callejas, por sua constante docência e exigência para a realização deste trabalho, bem como aos professores da banca. Agradeço aos meus pais Elena e Jesús pelo apoio incondicional e constante; agradeço aos meus irmãos Yoselin e Steven por me darem forças para me levantar e continuar em cada revés da vida.

Agradeço a Elvis, meu noivo, por me apoiar dia a dia neste caminho em direção aos meus sonhos de ser médica. Agradeço também a todas as pessoas que não confiaram em mim, porque por causa disso me tornei mais forte e lutei para mostrar o contrário. E por último, mas não menos importante; agradeço à minha "segunda família" que também são meus colegas do curso (Danila, Sayra, Nicolas, Samara, Mario, Lizbeth e Liset) que com suas risadas, brincadeiras e travessuras me fizeram sentir em casa nesses longos anos, apesar de estar longe do meu amado Perú.

SÁNCHEZ MÉNDEZ, Jhamylee Evellyn. **Internato em Atenção Primária em Saúde: Relato de caso: Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU).** 2022. 19 páginas. (Graduação em Medicina) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

A restrição do crescimento intrauterino (RCIU) é devido a uma desaceleração patológica no ritmo de crescimento fetal e esta associada ao aumento da morbimortalidade fetal no período perinatal por sofrimento fetal agudo e óbito fetal intrauterino. As condições que levam a RCIU são as desordens inerentes à unidade feto-placentária-maternal, desnutrição fetal e restrições do espaço intrauterino que restringem o crescimento fetal. Manifesta-se de forma assintomática, e pode ser observado mediante o exame físico do pré-natal com altura uterina menor que a esperada com a idade gestacional. O diagnóstico é realizado mediante a ultrassonografia quando o peso fetal estimado estiver abaixo do percentil 10º para a idade gestacional. Pretende-se analisar o caso clínico de RCIU para uma usuária tratada ambulatoriamente, por meio do relato de caso, sendo acompanhada pela Unidade Básica de Saúde e o Centro de Especialidades Médica (CEM). Gestante, 19 anos, deficiente auditiva, sexo feminino, segunda gestação, gravidez não planejada, idade gestacional de (IG) 31 semanas+ 2 dias, segundo o primer ultrassom, nega perda de líquido e/ou sangramento vaginal. Sem demais comorbidades. Retorna com resultados de ultrassonografia fetal evidenciando-se gestação tópica, com feto único, em situação longitudinal, apresentação pélvica com dorso à direita. Peso fetal estimado de 1097g. Durante o processo de pré-natal evidencia-se medidas de altura uterina menor que as IG esperadas e peso fetal abaixo do percentil 3º com diagnóstico de RCIU. Tratada ambulatoriamente em continuidade de atendimento na UBS e referenciada para pré-natal de alto risco no CEM. Portanto, este relato traz a importância do manejo precoce e enfatiza o pré-natal como instrumento de relevância para prevenir as complicações, tanto perinatais como pós-natais.

Palavras chaves: 1. Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU); 2. Cuidado pré-natal; 3. Ultrassonografia Pré-natal; 4. Gravidez de Alto Risco.

SÁNCHEZ MÉNDEZ, Jhamylee Evellyn. **Internato em Atenção Primária em Saúde: Relato de caso: Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU).** 2022. 19 páginas. (Graduação em Medicina) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESÚMEN

La restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) se debe a una desaceleración patológica en el ritmo de crecimiento fetal y está asociada al aumento de morbimortalidad fetal en el período perinatal debido al sufrimiento fetal agudo y muerte fetal intrauterina. Las condiciones que conducen a la RCIU son los trastornos inherentes a la unidad feto-placentaria-materna, la desnutrición fetal y las restricciones del espacio intrauterino que restringen el crecimiento fetal. Se manifiesta de forma asintomática, pudiendo observarse a través del examen físico pré-natal con una altura uterina menor a la esperada con la edad gestacional. El diagnóstico se realiza por ecografía obstétrica cuando el peso fetal estimado está por debajo del percentil 10° para la edad gestacional. Se pretende analizar el caso clínico de RCIU de una paciente atendida ambulatorialmente, mediante un relato de caso, siendo acompañada por la Unidad Básica de Salud (UBS) y el Centro de Especialidades Médicas (CEM). Gestante, 19 años, deficiente auditiva, sexo femenino, segunda gestación, embarazo no planificado, edad gestacional (EG) 31 semanas + 2 días, según la primera ecografía, niega pérdida de líquidos y/o sangrado vaginal. Sin otras comorbilidades. Regresa con resultados de ecografía fetal mostrando embarazo tópico, con feto único, en posición longitudinal, presentación pélvica con dorso a la derecha. Peso fetal estimado de 1097g. Durante el proceso de pré-natal se observaron medidas de altura uterina inferiores a la EG esperada y el peso fetal por debajo del percentil 3° con diagnóstico de RCIU. Atendida ambulatorialmente en continuidad de cuidados en la UBS y referida para pré-natal de alto riesgo en el CEM. Por lo tanto, este relato de caso destaca la importancia del manejo precoz y enfatiza la atención pré-natal como un instrumento relevante para prevenir complicaciones, tanto perinatales como pós-natal.

Palabras claves: 1. Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU); 2. Cuidado pré-natal; 3. Ecografía pré-natal; 4. Embarazo de alto riesgo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
RELATO DE CASO.....	9
DISCUSSÃO.....	12
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

INTRODUÇÃO

A restrição do crescimento intrauterino (RCIU) é principalmente devido a uma desaceleração patológica no ritmo de crescimento fetal, sendo identificada pela avaliação ultrassonográfica quando o peso fetal está abaixo do percentil 10° para a idade gestacional. Segundo a Linha Guia Rede Mãe Paranaense, o RCIU apresenta uma incidência de 5 a 10% das gestações e esta associada ao aumento da morbimortalidade fetal no período perinatal por sofrimento fetal agudo e óbito fetal intrauterino.

A causa mais comum de RCIU, 90% dos casos, é o déficit de passagem de nutrientes e oxigênio através da placenta para o feto, sendo estes fundamentais para o crescimento, desenvolvimento e amadurecimento de órgãos principais. A restrição do crescimento intrauterino ocorre devido a três principais fatores. Os fatores fetais como anomalias congênitas, distúrbios cromossômicos, toxoplasmose e outras infecções. Os fatores placentários como insuficiência vascular uteroplacentária, implantação anormal, anomalias uterinas e infartos de placenta. Os fatores maternos como má nutrição, baixo nível socioeconômico, baixo peso pré-gestacional, tabagismo materno e hipertensão gestacional.

Para realizar o diagnóstico de RCIU é necessário tomar em consideração o peso fetal estimado. O peso fetal estimado para uma determinada idade gestacional deve estar entre o 10° e o 90° percentil para se considerar crescimento fetal normal, tendo como referencial o exame ultrassonográfico de 1° trimestre. A curva padrão de Hadlock é considerado uma ferramenta fundamental para avaliação de crescimento do peso fetal de acordo com a idade gestacional.

O 10% das gestações com diagnóstico de RCIU apresentaram risco aumentado de natimorto, morte neonatal, encefalopatia hipóxico-isquêmica e paralisia cerebral. Portanto, o objetivo do presente relato é ressaltar a importância de um adequado diagnóstico precoce da restrição do crescimento intrauterino (RCIU) nas consultas de pré-natal na APS.

RELATO DE CASO

Paciente A.B, sexo feminino, 19 anos, deficiente auditiva, solteira, desempregada, religião católica, natural e residente de Foz de Iguaçu PR. Segunda gestação (G2 P1 C0 A0), gravidez não planejada, comparece na consulta acompanhada pela avó para a quarta consulta do pré-natal, sendo as duas primeiras numa Unidade de Saúde diferente da atual devido à mudança de endereço. No momento da consulta com IG de 31semanas+ 2dias pela primeira ultrassonografia (USS). Nega perda de líquido e/ou sangramento vaginal. Nega histórico de tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas. Sem demais comorbidades.

Ao exame físico, PA 110/60, Peso de 62,5 kg, altura uterina (AU) de 27 cm, BCF 142 bpm, movimentos fetais presentes. Resultados de ecografia fetal realizada no dia 07/01/22, evidenciando-se gestação tópica, com feto único, em situação longitudinal, apresentação pélvico com dorso à direita. Peso fetal estimado de 1097g sem evidencia de alterações significativas.

Paciente retorna o dia 03/02/22; depois de não comparecer à quinta consulta de pré- natal, com encaminhamento ao pré-natal de alto risco, após procurar o centro obstétrico Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) devido a estar apresentando dor intensa no baixo ventre associado a perda de líquido e sangramento o dia 19/01/22. Com diagnostico de Infecção do trato urinário (ITU) e Restrição de crescimento intrauterino (RCIU) posterior à realização de USS, evidenciando peso fetal estimado de 1624g, compatível com percentil abaixo de 10º para IG de 32 semanas + 2 dias.

Já com diagnostico de RCIU, realizo visita domiciliar devido á dificuldade da paciente em comparecer o posto de saúde o dia 08/02/22 com IG de 34 semanas + 6 dias. Ao exame físico, altura uterina 31 cm, BCF 145 bpm, PA 117/71, Pulso 91 bpm, Glicemia 93. Nega perda de líquido e/ou sangramento vaginal.

Atualmente paciente se apresenta estável sem queixas com IG de 35 semanas em continuidade do pré-natal e em acompanhamento no centro de especialidades medicas (CEM) devido ao diagnostico de RCIU.

Tabela 1. Ultrassonografias realizadas durante o pré-natal

USS	Datas de USS	IG pelo primeiro USS	Peso fetal	Anotações importantes
Primeira USS (1° fase)	31/08/21	11 s + 6d	-	Sem anormalidades
Segunda USS (2° fase)	07/01/22	30 s + 2d	1097g	< 3° percentil para idade gestacional RCIU grave
Terceira USS (durante internação)	21/01/22	32 s + 2d	1624g	< 10° percentil para idade gestacional RCIU.
Quarta USS (alta após internação)	25/01/22	32 s + 6d	1660g	< 10° percentil para idade gestacional- RCIU

Fonte: Autor

Tabela 2. Idade gestacional (IG), Alturas uterinas (AU), Batimentos cardio fetais (BCF) e peso materno, durante as consultas de pré-natal.

Consultas	Datas	IG	AU	BCF	Peso materno
1° consulta (abertura pré-natal)	25/08/21	13 s + 1d (pela DUM)	13cm	Não medido	51,6 kg
2°consulta	20/09/21	14 s + 5d (pelo 1°USS)	13 cm	Não medido	52 kg
3° consulta	17/12/21	27 s + 2d (pelo 1°USS)	23 cm	148 bpm	58 kg
4° consulta	14/01/22	31 s + 2d (pelo 1°USS)	27 cm	142bpm	62,5 kg
5°consulta (visita domiciliar)	08/02/22	34 s + 6d (pelo 1°USS)	31 cm	145bpm	Não pesado

Fonte: Autor

DISCUSSÃO

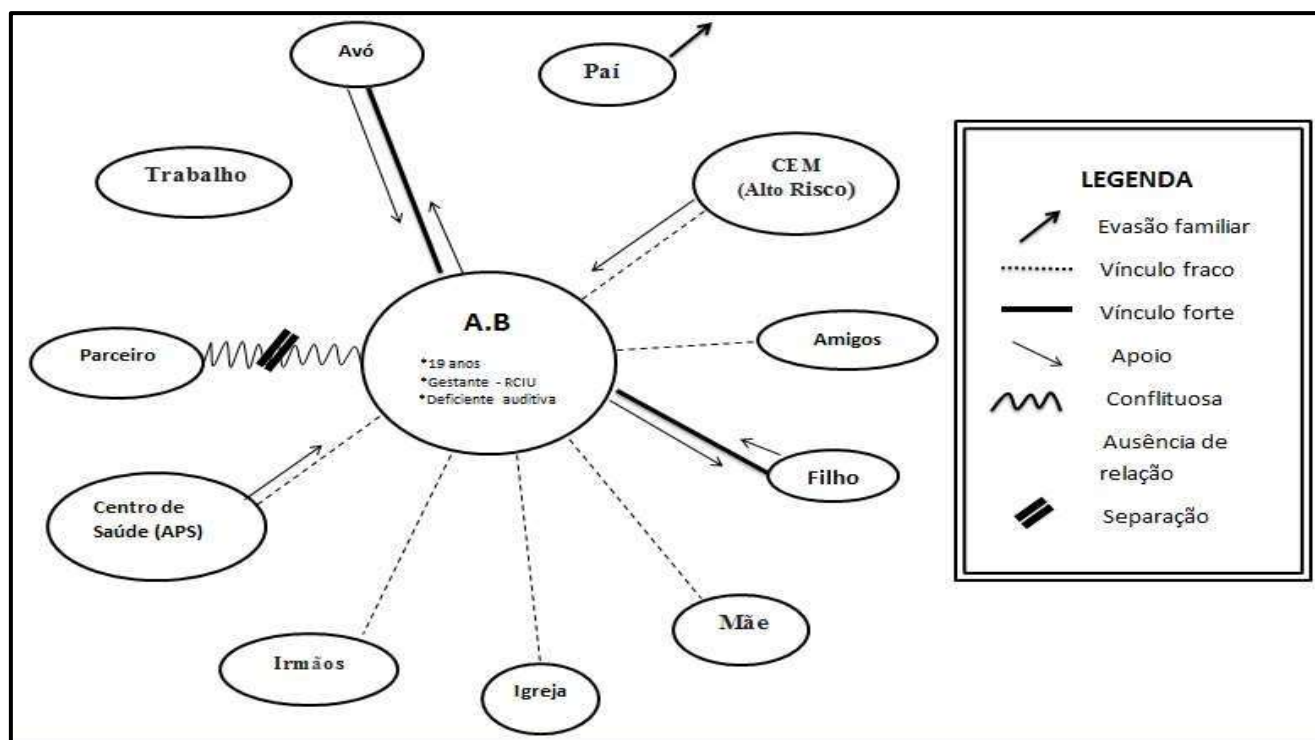
Ao início do acompanhamento da gestante, foi relatado que a paciente apresenta deficiência auditiva congênita, tendo como principal recurso de comunicação à linguagem de senhas (Libras), a escritura e a leitura orofacial. A leitura orofacial (LOF) consiste na observação dos movimentos dos lábios e da boca do interlocutor na tentativa de decodificar a informação que está sendo transmitida; sendo assim a principal ferramenta utilizada para a coleta de dados para a elaboração deste relato de caso.

Segundo Tedesco (2013), comprova-se que pacientes surdos buscam menos o sistema de saúde comparado aos pacientes ouvintes, tendo como principal justificativa o medo, a desconfiança e a frustração; sendo necessária uma atenção importante para evitar uso de termos técnicos, evitar palavras que podem confundir e fazer uso de letras legíveis. Em comparação com o relato de caso, o paciente também relatou que sentiu certo grau de frustração no momento de expressar alguns sintomas da gravidez atual, o que muitas vezes a levou a não procurar atendimento na unidade de saúde em determinados momentos que precisava.

Para melhor compreensão das dificuldades citadas, faremos uso de um instrumento de avaliação familiar denominado Ecomapa. O ecomapa é uma representação gráfica que conecta as circunstâncias ao meio ambiente e mostra o vínculo entre os membros da família e os recursos comunitários (centro de saúde, amigos, vizinhos, igreja, etc.), podendo identificar, assim, suas potencialidades e dificuldades (Figura 1).

A assistência pré-natal concentra-se na detecção precoce de várias condições específicas da gravidez. O crescimento fetal prejudicado está entre as mais importantes dessas condições, pois é um dos principais contribuintes para resultados perinatais adversos (BRUIN, 2021).

Figura 1. – Ecomapa



Fonte: Autor

A restrição do crescimento intrauterino (RCIU) é definida como uma condição na qual o feto não atinge o potencial de crescimento determinado pela composição genética. O peso fetal estimado por ultrassonografia, menor que o percentil 10º para a idade gestacional específica (IG) é necessário para o diagnóstico de RCIU (CHEW, 2021).

No relato de caso apresentado, pode se observar significativas alterações do peso fetal estimado, a partir do 2º USS realizado no transcurso do pré-natal. Nesta ultrassonografia, o peso fetal estimado é de 1097 g e uma IG estimada pela biometria de 27 semanas + 4 dias, no momento do exame. Cabe mencionar que a idade gestacional, corrigida segundo a contabilização do 1º USS, é de 30 semanas +2 dias no momento do exame; evidenciando assim um atraso no crescimento fetal de 2 semanas + 5 dias.

Tomando como referencia os valores da TABELA DE HADLOCK disponibilizados na “Carteira da gestante”, o peso fetal estimado de 1097 g com IG de 30 semanas + 2 dias, se encontram abaixo do percentil 3º, refletindo assim os primeiros indícios de um RCIU ainda não diagnosticado (Figura 2).

Segundo Bruin (2021), para todos os diagnósticos, é importante primeiro verificar se a idade gestacional foi calculada adequadamente, pois isso é fundamental para a interpretação do tamanho fetal. No relato de caso, foram considerados os resultados do 1ºUSS (31/08/2021), com resultado de (IG) 11 semanas + 3 dias, e uma data provável de parto (DPP) pela biometria, no 16/03/2022. Sendo assim confirmado que no momento da realização do 2º USS (07/11/2022) a gestante se encontrava com IG de 30 semanas + 2 dias; com resultado de peso fetal estimado de 1097 g, considerado abaixo do percentil 3º, confirmando o diagnóstico de RCIU grave no segundo trimestre da gestação.

Segundo a Linha Guia Mae paranaense (2018), a equipe da Unidade de Atenção Primária é responsável da inscrição das gestantes no pré-natal; a solicitação dos exames de rotina; ao agendamento de consultas médicas para avaliação dos resultados e na vinculação das gestantes ao hospital/maternidade, de acordo a alterações e mudança na estratificação de risco durante o transcurso do pré-natal. Realizando uma comparação com a literatura e o relato de caso apresentado; a gestante realizou as primeiras duas consultas de pré-natal numa unidade de atenção primária diferente da atual, onde foram solicitados exames do primer trimestre e as primeiras duas ultrassonografias do pré-natal. Devido a problemas conjugais, a gestante teve que mudar de residência, dificultando assim o acompanhamento da unidade de saúde anterior, prejudicando a avaliação dos resultados de imagem e atrasando o diagnóstico precoce de RCIU.

Em visto que o RCIU considera-se dentro dos grupos de fatores de risco ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação; transforma-se em uma gestação de alto risco, devendo de ser acompanhada no centro de especialidades médicas (CEM).

Figura 2. - Tabela de Hadlock.

Idade gestacional (semanas)	PESO FETAL ESTIMADO (gramas)				
	PERCENTIL				
	3	10	50	90	97
26	685	758	913	1068	1141
27	791	879	1055	1234	1319
28	908	1000	1197	1416	1513
29	1034	1138	1346	1613	1754
30	1169	1282	1531	1824	1949
31	1313	1438	1751	2049	2189
32	1465	1601	1981	2441	2641
33	1622	1794	2231	2703	2971
34	1783	1973	2511	3244	3441
35	1946	2154	2811	3244	3516
36	2110	2335	2813	3291	3516

(IG) 30 s + 2d
Peso: 1097g
< 3º percentil

(IG) 32 s + 6d
Peso: 1660 g
< 10º percentil

Fonte: FP, Harrist RB, Martinez-Poyer J. In utero analysis of fetal growth. Modificado pelo autor em fevereiro 2022.

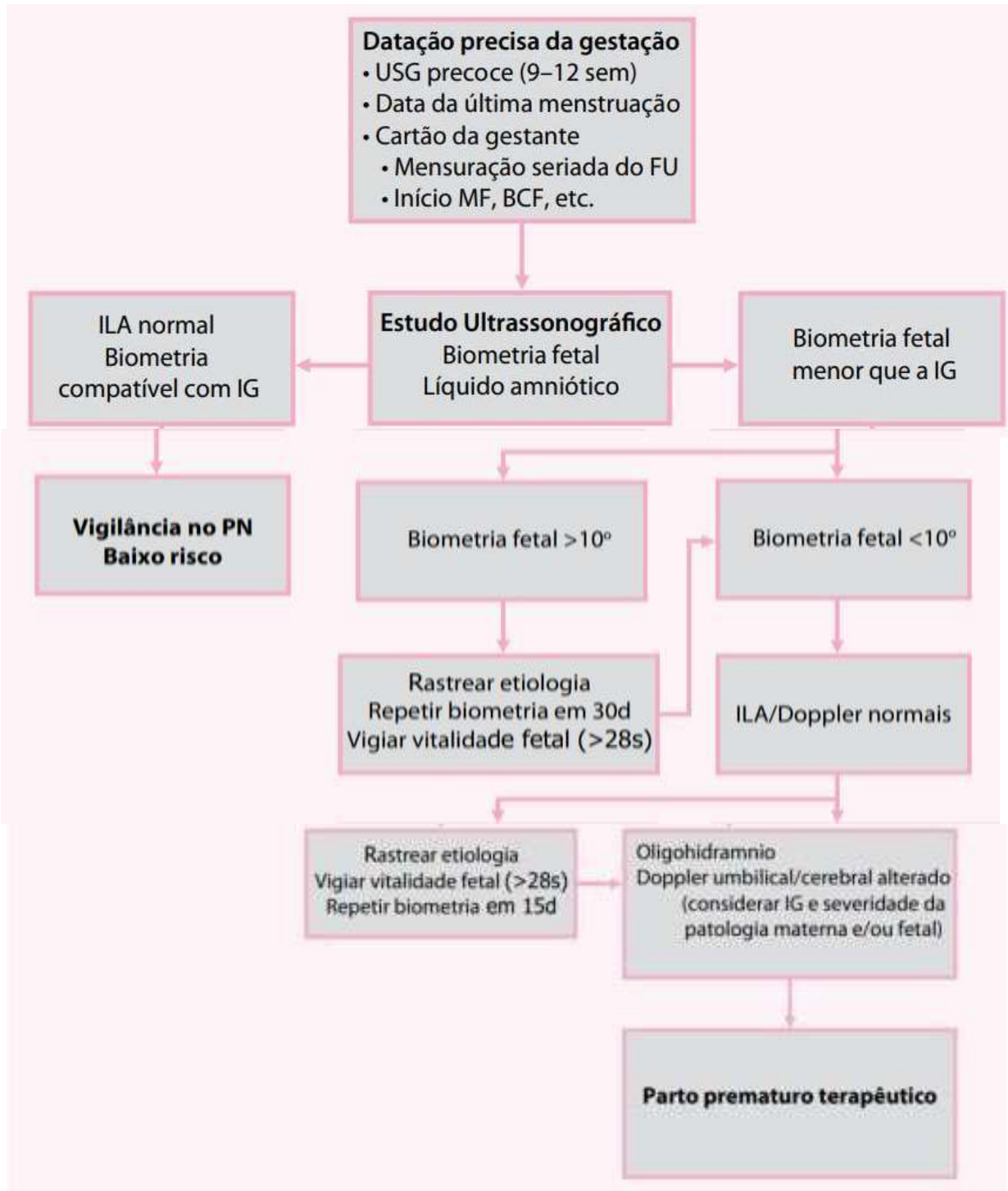
Segundo a Linha Guia Mae paranaense (2018), restrição do crescimento fetal (RCF) pode ser classificada como precoce ou tardia, o qual podera apresentar determinadas consequencias, dependendo do momento do diagnóstico (Tabela 3).

Tabela 3. Classificação de restrição do crescimento fetal.

Classificação	Momento do diagnostico	Alterações	Consequências
RCF precoce	< 32 semanas	Associada a alterações substanciais na implantação placentária com hipóxia elevada, oque requer adaptação cardiovascular.	Taxas de morbidade e mortalidade perinatal são altas.
A RCF tardia	≥ 32 semanas	Apresenta deficiências leves na placentação, o que leva a hipóxia leve e requer pouca adaptação cardiovascular.	Taxas de morbidade emortalidade perinatal são menores.

Fonte: Linha Guia Mae paranaense 2018, modificado pelo Autor em fevereiro de 2022.

Figura 3. Fluxograma de decisões para restrição de crescimento fetal.



Fonte: Manual técnico: Gestação de alto risco, Ministério da Saúde, 2012.

Na figura anterior anexa, podemos observar o fluxograma que poderia ser tomado em consideração para um adequado diagnóstico e posterior conduta diante de um caso de RCIU.

CONCLUSÃO

A abordagem do relato de caso foi centrada numa das principais complicações que podem surgir no decorrer da gestação como é a restrição de crescimento intrauterino (RCIU), classificada como gestação de alto risco devido ao aumento da mortalidade e morbidade perinatal. Para realizar o adequado diagnóstico de RCIU é necessário conhecer diferentes características específicas importantes, dentro das quais estão citadas no presente trabalho; visando assim que no decorrer do acompanhamento do pré-natal possa se encontrar sinais clínicos que façam suspeitar de uma alteração no crescimento fetal, prejudicando o diagnóstico precoce na Atenção Primária de Saúde (APS). Foi possível comparar a literatura com a clínica de RCIU, avaliando não só os sinais clínicos mais comuns senão também as alterações de peso fetal das ultrassonografias obstétricas que são claramente observados na paciente do relato de caso.

Além de acompanhar a evolução da mesma em relação a consultas do pré-natal, visitas domiciliares e consultas no centro de especialidades médicas (CEM), o principal objetivo é fornecer suporte por meio de atendimento multidisciplinar em diferentes setores da saúde para o adequado controle e monitoramento do quadro clínico.

REFERÊNCIAS

BAMFO, Jacqueline E. A. K.; ODIBO, Anthony O.. Diagnosis and Management of Fetal Growth Restriction. *Journal Of Pregnancy*, [S.L.], v. 2011, p. 1-15, 2011. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2011/640715>.

BRUIN, Claartje; DAMHUIS, Stefanie; GORDIJN, Sanne; GANZEVOORT, Wessel. Evaluation and Management of Suspected Fetal Growth Restriction. *Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America*, [S.L.], v. 48, n. 2, p. 371-385, jun. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2021.02.007>.

CRAIG, Amanda M. *et al.* Clinical Implications of Second and Third Trimester Surveillance Ultrasounds of Growth-Restricted Fetuses. *American Journal Of Perinatology Reports*, [S.L.], v. 11, n. 04, p. 132-136, out. 2021. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-1740170>.

DEMIRCI, Oya *et al.* Maternal and fetal risk factors affecting perinatal mortality in early and late fetal growth restriction. *Taiwanese Journal Of Obstetrics And Gynecology*, [S.L.], v. 54, n. 6, p. 700-704, dez. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2015.03.006>.

FLORIDA (FL). Li Chi Chew. Centro Médico da Universidade de Nassau. Fetal Growth Restriction. Florida (FI): Statpearls, 2021.

HASMASANU, Monica G.; BOLBOACA, Sorana D.; BAIZAT, Melinda I.; DRUGAN, Tudor C.; ZAHARIE, Gabriela C.. Neonatal short-term outcomes in infants with intrauterine growth restriction. *Saudi Medical Journal*, [S.L.], v. 36, n.8, p. 947-953, ago. 2015. *Saudi Medical Journal*. <http://dx.doi.org/10.15537/smj.2015.8.11533>.

MARTINS, Juliana Gevaerd; BIGGIO, Joseph R.; ABUHAMAD, Alfred. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: diagnosis and management of fetal growth restriction. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, [S.L.], v. 223, n. 4, p. 2-17, out. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.010>.

Ministério da Saúde (org.). *Gestação de Alto Risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília – Df: Editora Ms, 2012.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. (org.). *Linha Guia: rede mãe paranaense*. 7. ed. , 2018. 63 p. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-09/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf. Acesso em: 13 fev. 2022.

SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ (Estado). Estratificação de Risco de Crianças no Paraná. Curitiba, PR, 28 abr. 2021. p. 1-12. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-05/Estratifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20e%20acompanhamento%20de%20puericultura%20aprovada%20em%20CIB%2028.04.2021.pdf. Acesso em: 21 fev. 2022.

SBIBAE, S. B. (2019). Nota Técnica para organização da rede de Atenção a Saúde como foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada-saúde da mulher na gestação, parto e puerperio. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein: Ministério da Saúde, 56.

SHARMA, Deepak *et al.* Intrauterine Growth Restriction: antenatal and postnatal aspects. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, [S.L.], v. 10, p. 67- 83, jan. 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.4137/cmped.s40070>.

TEDESCO, Janaina dos Reis; JUNGES, José Roque. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 29, n. 8, p. 1685-1689, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013001200021>.

TOFFOLO, Andreia Chagas Rocha *et al.* Os benefícios da oralização e da leitura labial no desempenho de leitura de surdos profundos usuários da Libras. *Revista Brasileira de Educação*, [S.L.], v. 22, n. 71, p. 1-24, 7 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-24782017227165>.