

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT-MEAC.028	
Título do Documento	GESTANTE HIV POSITIVO: ASSISTÊNCIA AO PARTO	Emissão: 26/09/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	26/09/2027

1. ACONSELHAMENTO E USO DE TESTES RÁPIDOS

Os testes rápidos devem ser realizados na admissão para o parto, caso a gestante não tenha estado sorológico positivo conhecido até o momento da admissão e, em último caso, no puerpério, nas seguintes situações:

- Gestante sem pré-natal;
- Gestante não testada durante o pré-natal;
- Gestante que não dispõe de resultado do teste (ou do registro do resultado no cartão de gestante);
- Gestante não testada e/ou sem resultado do segundo teste, no último trimestre de gestação;
- Gestante que se encontre em situação de risco acrescido, como, por exemplo: mulher soronegativa para o HIV que tenha parceiro infectado; profissional do sexo; usuária de álcool e outras drogas; troca de parceiro durante a gestação; ocorrência de uma infecção sexualmente transmissível (IST) durante a gestação, ou parceria sexual com IST; imigrante proveniente de região de alta prevalência de HIV; infecção por tuberculose, independentemente do tempo transcorrido desde a realização do último teste anti-HIV.

Os testes rápidos para HIV são os métodos preferenciais para diagnóstico, pois possibilitam início adequado da terapia antirretroviral (TARV) e resposta virológica mais precoce. A testagem laboratorial pode ser utilizada, desde que a entrega do resultado ocorra em tempo oportuno (até 14 dias).

A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 será definida como: “Amostra Não Reagente para HIV”. Nesse caso, o diagnóstico da infecção é concluído, não havendo a necessidade da realização de nenhum teste adicional.

Amostras com resultado reagente no teste rápido 1 deverão ser submetidas ao teste rápido 2.

Amostras com resultados reagentes no teste rápido 1 e no teste rápido 2 terão seu resultado definido como: “Amostra Reagente para HIV” sem a necessidade de nenhum teste adicional. Iniciar o mais brevemente possível a infusão endovenosa de Zidovudina durante o trabalho de parto. Caso a paciente não esteja em trabalho de parto iniciar terapia antirretroviral (TARV), o mais precoce possível com esquema habitual com: tenofovir/lamivudina (300/300mg) - 1 comprimido ao dia VO associado ao dolutegravir (50mg) 1 comprimido VO ao dia para uso diário até a data do parto com uso do AZT conforme protocolo.

Se teste rápido 1 for reagente e teste rápido 2 for não reagente, o teste será considerado inconclusivo e dever-se-á realizar coleta de sangue para realizar novos testes com o mesmo kit de testes rápidos já realizados anteriormente. Caso ocorra segunda divergência, seguir fluxo do laboratório para casos de divergência de resultados, que é coleta de sorologia para HIV (quaisquer disponíveis no serviço) e, a depender da situação, coleta de carga viral (CV) para HIV e **conduzir a**

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT-MEAC.028	
Título do Documento	GESTANTE HIV POSITIVO: ASSISTÊNCIA AO PARTO	Emissão: 26/09/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	26/09/2027

gestante como soropositiva e RN como exposto, até a confirmação do estado sorológico da mesma.

Apesar de raros, podem ocorrer resultados falso reagentes nos testes para HIV em gestantes, em função da presença de aloanticorpos. São situações que exigem especial atenção: doenças autoimunes, múltiplos partos, transfusões sanguíneas, hemodiálise e vacinação recente.

2. DEFINIÇÃO DA VIA DE PARTO

A taxa de transmissão vertical do HIV é < 1% em gestantes em uso de antirretroviral que mantém níveis de carga viral < 1.000 cópias/ml, sendo, portanto, muito baixa quando a carga viral estiver indetectável. Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva a partir da 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical. Para gestantes em uso de antirretrovirais e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é indicada.

Em mulheres com carga viral detectável, mas inferior a 1.000 cópias/ml, pode ser realizado parto vaginal, se não houver contraindicação obstétrica. No entanto, o serviço deve estar ciente de que a gestante tem indicação de receber AZT intravenoso.

Para as gestantes que chegam à maternidade em trabalho de parto e que não iniciaram antirretroviral durante a gestação, a indicação da via de parto deverá levar em consideração a fase do trabalho de parto em que se encontra a parturiente e o prognóstico do tempo de evolução para parto, assim como a probabilidade de intercorrências no parto.

Quando o trabalho de parto está em franca evolução, com prognóstico de nascimento rápido, deve ser indicado parto vaginal, empregando-se todos os cuidados para redução do risco de transmissão do HIV. Se o trabalho de parto estiver em sua fase inicial, com menos de 4 cm de dilatação do colo uterino e a bolsa amniótica íntegra ou com rotura há menos de 2 horas, a cesariana deve ser indicada imediatamente, para reduzir o risco de transmissão vertical durante o trabalho de parto.

3. MANEJO OBSTÉTRICO

3.1 Manejo da cirurgia cesariana eletiva:

- Confirmar a idade gestacional adequadamente, a fim de se evitar a prematuridade iatrogênica. Utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina, ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes da 20ª semana);
- A cesárea eletiva deve ser realizada na 38ª ou 39ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade e/ou o trabalho de parto e a rotura anteparto de membranas ovulares (RAMO);
- Todas as gestantes devem receber, no dia do parto, a zidovudina (AZT) intravenosa, dose de ataque e doses de manutenção, conforme o esquema posológico da zidovudina injetável, o qual deverá ser iniciado 3 (três) horas antes do início da cesárea e mantido

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT-MEAC.028	
Título do Documento	GESTANTE HIV POSITIVO: ASSISTÊNCIA AO PARTO	Emissão: 26/09/2025	Próxima revisão: 26/09/2027
		Versão: 7	

até a ligadura do cordão umbilical;

- Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato do recém-nascido com sangue materno;
- Sempre que possível, proceder ao parto empelicado;
- Não realizar ordenha do cordão, ligando-o imediatamente após a retirada do RN;
- Utilizar antibiótico profilático, tanto na cesárea eletiva quanto naquela de urgência: dose única endovenosa de 2g de cefalotina ou cefazolina, até 60 minutos antes do procedimento;
- Caso a gestante com indicação para a cesárea eletiva (carga viral ≥ 1.000 cópias/ml) inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 3 cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa da zidovudina e realizar a cesárea, se possível, após 3 horas de infusão;
- No caso de rotura anteparto de membranas ovulares (RAMO), a cesárea não reduz a transmissão vertical, mas se um longo período de trabalho de parto está previsto, intui-se que a cesárea evita o aumento da transmissão vertical nesses casos. Também aqui a cesárea deve ser precedida do uso endovenoso de Zidovudina pelo menos por 3 horas.

3.2 Manejo do parto vaginal:

- Assim como na gestação, estão contraindicados todos os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto (amniocentese, cordocentese, amniotomia, escalpo cefálico).
- O parto instrumentalizado deve ser evitado; porém, quando indicado, o fórcepe deve ser preferido ao vácuo-extrator. A aplicação do fórcepe (ou vácuo-extrator) só será admitida se houver uma indicação obstétrica precisa e que supere os riscos maiores de infecção da criança pelo procedimento;
- Havendo condições favoráveis para o parto vaginal e estando este indicado, iniciar o AZT intravenoso logo que a parturiente chegar ao serviço, conforme o protocolo estabelecido, e manter a infusão até a ligadura do cordão umbilical;
- Diante da integridade da bolsa amniótica, a progressão normal do trabalho de parto é preferível à sua indução;
- O trabalho de parto deve ser monitorado cuidadosamente, evitando toques desnecessários e repetidos (usar o partograma);
- Deve-se evitar que as parturientes permaneçam com bolsa rota por tempo prolongado, visto que a taxa de transmissão vertical aumenta progressivamente após 4 (quatro) horas de bolsa rota;
- O uso de medicamentos que aumentam a atividade uterina não está contraindicado, devendo seguir os padrões de segurança já conhecidos;
- A amniotomia artificial deve ser evitada, a menos que extremamente necessária;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT-MEAC.028	
Título do Documento	GESTANTE HIV POSITIVO: ASSISTÊNCIA AO PARTO	Emissão: 26/09/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	26/09/2027

- A ligadura do cordão umbilical deve ser imediata à expulsão do feto, não devendo ser executada, sob nenhuma hipótese, a ordenha do cordão;
- A episiotomia só será realizada após avaliação cautelosa de sua necessidade. Sendo realizada, deverá ser protegida por compressas umedecidas com degermante (o mesmo utilizado para degermar a vagina e períneo durante o parto). Manter a episiotomia coberta pela compressa umedecida deve ser tarefa de um auxiliar, visto ser impossível para um único profissional dar assistência ao parto e evitar o contato direto do nascituro com a episiotomia.
- Em caso de rotura de membranas no trabalho de parto, avaliar o prognóstico de evolução e usar ocitocina, se necessário, para evitar um trabalho de parto prolongado. Havendo contra-indicação para uso de ocitocina e prevendo-se um trabalho de parto prolongado, a cesariana pode ser indicada;
- Após o nascimento, a mulher e o recém-nascido, estando em boas condições de saúde, podem ser encaminhados para alojamento conjunto.

4. PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL INTRAPARTO

- A Zidovudina (AZT) injetável é indicada para a prevenção de transmissão vertical e deve ser administrada durante o início do trabalho de parto, ou pelo menos 3 (três) horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical para as gestantes infectadas pelo HIV com carga viral desconhecida ou detectável a partir da 34ª semana de gestação;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT-MEAC.028	
Título do Documento	GESTANTE HIV POSITIVO: ASSISTÊNCIA AO PARTO	Emissão: 26/09/2025	Próxima revisão: 26/09/2027
		Versão: 7	

ATAQUE (2 mg/Kg) NA PRIMEIRA HORA		
Peso	Quantidade de zidovudina	Diluição em BIC (Bomba de Infusão Contínua) – 100ml em 1h
40kg	8 ml	+ 92 ml SG 5%
50kg	10 ml	+ 90 ml SG 5%
60kg	12 ml	+ 88 ml SG 5%
70kg	14 ml	+ 86 ml SG 5%
80kg	16 ml	+ 84 ml SG 5%
90kg	18 ml	+ 82 ml SG 5%
100Kg	20 ml	+ 80 ml SG 5%
110Kg	22 ml	+ 78 ml SG 5%
120Kg	24 ml	+ 76 ml SG 5%
130Kg	26 ml	+ 74 ml SG 5%
MANUTENÇÃO (1mg/Kg/hora) EM BIC 1 ampola (10mg/ml) – 1 amp (20ml) + 180ml SG5% prescrito conforme abaixo:		
40kg	40 ml/h em BIC	
50kg	50 ml/h em BIC	
60kg	60 ml/h em BIC	
70kg	70 ml/h em BIC	
80kg	80 ml/h em BIC	
90kg	90 ml/h em BIC	
100Kg	100 ml/h em BIC	
110Kg	110 ml/h em BIC	
120Kg	120 ml/h em BIC	
130Kg	130 ml/h em BIC	

Tabela 1- Dose do AZT para profilaxia da transmissão vertical.

- Durante o trabalho de parto, ou no dia da cesárea programada, manter os medicamentos antirretrovirais orais utilizados pela gestante, nos seus horários habituais, independentemente do jejum, ingeridos com pouca quantidade de água;
- Gestantes com resistência a Zidovudina, documentada previamente, e que não o tenham utilizado durante a gravidez, mesmo assim, devem receber a Zidovudina intravenosa (EV) no parto (a menos que sejam alérgicas ao medicamento) e seus RN devem receber a solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras quatro horas após o nascimento, devendo ser mantido o tratamento durante as primeiras quatro semanas de vida;
- Os RN expostos de gestantes com carga viral maior que 1.000 cópias ou desconhecida no último trimestre, receberão além da zidovudina a nevirapina, iniciada pelo menos até 48

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT-MEAC.028	
Título do Documento	GESTANTE HIV POSITIVO: ASSISTÊNCIA AO PARTO	Emissão: 26/09/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	26/09/2027

horas após o nascimento;

- Não é necessário uso de AZT profilático EV naquelas gestantes que apresentem CV-HIV indetectável após 34 semanas de gestação, e que estejam em uso da TARV com boa adesão evidenciada em exames prévios durante a gestação. Entretanto, independentemente da CV-HIV, o médico pode eleger ou não o uso do AZT intraparto EV, a depender do histórico clínico recente da paciente e possibilidade de má adesão a TARV nos últimos dias que antecederam o parto.

5. ESQUEMA POSOLÓGICO DE AZT INJETÁVEL

Apresentação comercial do AZT injetável (EV): frasco ampola 20ml com 10mg/ml. A dose de ataque é de 2mg/kg, infundida em Bomba de Infusão Contínua (BIC) em 1 hora, seguida de dose de manutenção com infusão contínua de 1mg/kg, preparada diluindo 1 amp (10mg/ml) de 20ml em 180ml de SG5% e infundido 1ml para cada Kg da paciente por hora (1ml/Kg/h), conforme tabela 1 abaixo. A concentração não deve exceder 4 mg/ml.

6. ESQUEMA ALTERNATIVO AO AZT EV: (Apenas em situação de exceção)

O esquema alternativo ao AZT injetável deve ser utilizado apenas em situações de indisponibilidade dessa apresentação do medicamento no momento do parto. A dose de AZT é 300mg, VO, no começo do trabalho de parto ou na admissão, seguida de 300mg a cada três horas, até o clampeamento do cordão umbilical. Esse esquema não é recomendável pela absorção errática do AZT VO, sem evidência que garanta nível sérico adequado no momento oportuno.

7. MANEJO NA ROTURA ANTEPARTO DE MEMBRANAS PRÉ- TERMO

A RAMO é uma complicação da gestação associada ao parto pré-termo. E tanto a RAMO quanto a prematuridade estão associados a um maior risco de transmissão vertical do HIV. A conduta na RAMO tem como parâmetro a idade gestacional de 34 semanas:

RAMO < 34 semanas:

Associada a um período de latência (sem trabalho de parto) longo, que pode durar até algumas semanas. Na ausência de corioamnionite e sofrimento fetal, recomenda-se medida semiconservadora, com observação e utilização de medicamentos que melhorem o prognóstico materno e perinatal. Recomenda-se a prescrição de corticoide e antibiótico conforme protocolo PRO.UOBT.019 – V9 ROTURA ANTEPARTO DE MEMBRANAS OVULARES.

8. RAMO ≥ 34 SEMANAS:

A resolução da gestação deve ser considerada após a infusão EV de AZT. A decisão pela via de parto irá depender das condições do colo uterino, da apresentação fetal, da presença de atividade uterina e da CV-HIV. Sabendo-se que o tempo de trabalho de parto está associado a maior ocorrência de transmissão vertical do HIV, nas situações de colo desfavorável e ausência de atividade uterina deve-se considerar a realização de parto por cesárea, com a intenção de evitar PRO.UOBT-MEAC.028 – V7 GESTANTE HIV POSITIVO: ASSISTÊNCIA AO PARTO

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT-MEAC.028	
Título do Documento	GESTANTE HIV POSITIVO: ASSISTÊNCIA AO PARTO	Emissão: 26/09/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	26/09/2027

indicações prolongadas.

Caso as condições do colo do útero sejam favoráveis e a gestante estiver em uso de TARV, com CV-HIV indetectável e apresentação cefálica, a via de parto pode ser vaginal. Essa decisão deve ser tomada junto com a gestante. Na mulher em trabalho de parto e com bolsa rota, é preciso avaliar as condições de evolução do trabalho de parto e o risco de complicações. Frente à previsão de um parto demorado ou distócico, deve-se considerar a resolução por cesariana.

9. TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO

A presença de infecção pelo HIV não interfere no manejo do trabalho de parto prematuro (TPP). É preciso avaliar: os possíveis fatores desencadeantes do TPP, como anemia, infecção urinária e outras doenças maternas, principalmente as infecções cérvico-vaginais, e o bem-estar fetal.

Como regra geral, se o TPP ocorrer antes de 37 semanas, a conduta expectante parece ser a mais adequada, em razão dos maiores riscos da prematuridade para o RN do que aqueles devidos à transmissão vertical do HIV e à tentativa de inibição do parto. Assim, as condutas padronizadas incluem a introdução do AZT intravenoso materno concomitantemente à inibição medicamentosa do parto, a investigação de causas infecciosas e seus respectivos tratamentos e o uso de corticosteroides para maturação pulmonar. Ao se conseguir a inibição do parto, o AZT intravenoso deve ser descontinuado.

No caso de TPP em que se decida pela conduta ativa, recomenda-se escolher a via de parto com base na CV-HIV materna e em indicações obstétricas, com infusão de AZT intravenoso, evitando-se trabalho de parto prolongado em virtude do maior risco de transmissão vertical.

O uso de tocolíticos no contexto intra-hospitalar, como em qualquer situação de TPP, está indicado para postergar o parto por no mínimo 48 horas.

10. PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PUERPÉRIO

Não há necessidade de se isolar a puérpera ou seu recém-nascido.

Ambos devem ser encaminhados para alojamento conjunto.

A puérpera deverá ser orientada quanto à importância de seu acompanhamento clínico e ginecológico, assim como sobre o acompanhamento da criança até a definição de sua situação sorológica em ambulatório de infecto-pediatria.

O seguimento obstétrico da mulher com HIV no puerpério, salvo em situações especiais de complicações ocorridas durante o parto e puerpério imediato, é igual ao de qualquer outra mulher, ou seja, deve-se prever seu retorno entre o 5º e o 8º dia e no 42º dia pós-parto.

A terapia antirretroviral após o parto não deve ser suspensa, independente da contagem de LT-CD4+ e dos sinais e sintomas. Atenção especial deve ser dada à possibilidade de depressão puerperal, que pode interferir na adesão aos antirretrovirais, com conseqüente desenvolvimento

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT-MEAC.028	
Título do Documento	GESTANTE HIV POSITIVO: ASSISTÊNCIA AO PARTO	Emissão: 26/09/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	26/09/2027

de resistência viral.

A puérpera deve ter alta da maternidade com consulta agendada no serviço de saúde especializado, para seu acompanhamento e o da criança em ambulatório de infectologia pediátrica.

10.1 Suspensão da amamentação e inibição da lactação

Toda mãe soropositiva para o HIV deverá ser orientada a não amamentar. O fato de a mãe utilizar Zidovudina não controla a eliminação do HIV- 1 e 2 pelo leite.

São terminantemente contraindicados o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz), a alimentação mista (leite humano e fórmula infantil) e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar.

A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto, utilizando-se cabergolina 1 mg via oral, em dose única (dois comprimidos de 0,5mg).

Frente à ocorrência de lactação rebote, pode-se realizar uma nova dose do inibidor.

O enfaixamento das mamas deve ser considerado apenas para os casos em que a cabergolina não esteja disponível, sendo recomendado por um período de 10 dias, evitando-se a manipulação das mamas.

É importante a orientação sobre o uso do preservativo durante a lactação para as puérperas. Em caso de suspeita de infecção materna, cujo risco de transmissão para o lactente é alto, orienta-se a imediata interrupção da amamentação, a realização de testagem para HIV na mãe e no lactente para detecção precoce de infecção pelo HIV, avaliação pelo pediatra e acompanhamento da criança exposta.

11. ORIENTAÇÃO ANTICONCEPCIONAL

- Estimular uso concomitante de dois métodos contraceptivos, sendo um deles o preservativo. Quando isso não for possível, deve-se adotar o uso do preservativo como medida única.
- O uso de preservativos masculinos e femininos como único método contraceptivo pode apresentar falhas na prevenção da gravidez;
- Não existem restrições ao uso de anticoncepcionais hormonais em mulheres vivendo com HIV/Aids. (Evitar quando em uso dos inibidores de transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (ITRNN) e dos inibidores de protease, que possuem o risco potencial de alterar a biodisponibilidade dos hormônios esteroidais dos contraceptivos hormonais);
- Mulheres em uso de terapia antirretroviral: avaliar a presença de fatores de risco conhecidos para síndrome metabólica ou doença cardiovascular, como a obesidade, história prévia de diabetes gestacional, história familiar de diabetes, fumo, sedentarismo ou dislipidemia;
- Contracepção de emergência: Dose de 1,5 mg de levonogestrel, tomada no prazo de cinco dias (120 horas) da relação sexual desprotegida, utilizando-se os mesmos critérios

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

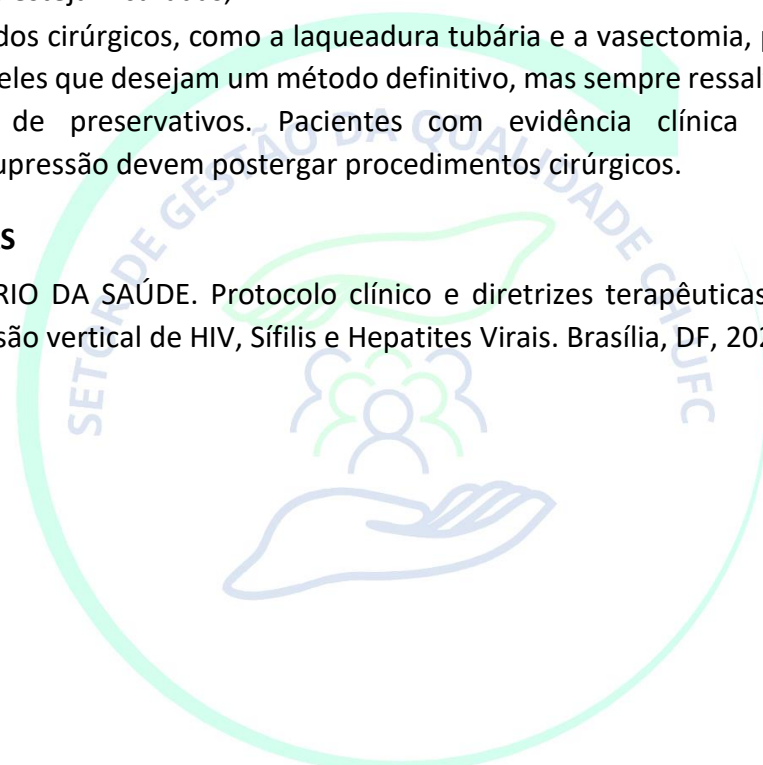
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT-MEAC.028	
Título do Documento	GESTANTE HIV POSITIVO: ASSISTÊNCIA AO PARTO	Emissão: 26/09/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	26/09/2027

empregados para as mulheres soronegativas para o HIV;

- Dispositivo intrauterino (DIU): recomendado nas assintomáticas ou com aids em uso de terapia antirretroviral que estejam clinicamente bem. Se cervicite mucopurulenta ou doença inflamatória pélvica, dentre outras contra-indicações, não iniciar uso até que essas infecções estejam curadas;
- Os métodos cirúrgicos, como a laqueadura tubária e a vasectomia, podem ser indicados para aqueles que desejam um método definitivo, mas sempre ressaltando a manutenção do uso de preservativos. Pacientes com evidência clínica ou laboratorial de imunossupressão devem postergar procedimentos cirúrgicos.

12. REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, DF, 2024.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT-MEAC.028	
Título do Documento	GESTANTE HIV POSITIVO: ASSISTÊNCIA AO PARTO	Emissão: 26/09/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	26/09/2027

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
6	15/02/2023	Sem alteração de conteúdo. Atualizado versão, data de emissão e próxima revisão.
7	16/09/2025	Alterado item 5

14. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Marcus Vinícius Dantas da Nóbrega, Denise Ellen Francelino Cordeiro, Jordana Parente Paiva	
VALIDAÇÃO	
Raquel Cavalcante Mota Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.032084/2025-94, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Clarisse Uchoa de Albuquerque Chefe da Unidade de Obstetrícia	Conforme Processo SEI nº 23533.032084/2025-94, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Zeus Peron Barbosa do Nascimento Chefe do Setor Materno-Infantil	Conforme Processo SEI nº 23533.032084/2025-94, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br