

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão: 25/09/2027
		Versão: 7	

## 1. INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença sistêmica complexa caracterizada, principalmente, por hiperglicemia. Tem caráter progressivo, podendo haver complicações micro e macrovasculares. A gestação aumenta a resistência à insulina e altera a tolerância à glicose (estado diabetogênico), sendo de fundamental importância o diagnóstico oportuno e acompanhamento para diminuir as complicações materno-fetais.

As recentes diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e dos principais protocolos de manejo de DM recomendam que a hiperglicemia detectada em qualquer momento da gravidez deve ser categorizada e diferenciada em DM pré-gestacional (do inglês Overt Diabetes) ou em DM gestacional (DMG).

## 2. RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

Em 2017, o Ministério da Saúde passou a recomendar o rastreamento universal com a realização da glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal para diagnóstico de DMG e de DM pré-gestacional. Para as mulheres com avaliação inicial normal (glicemia de jejum inferior a 92 mg/dl), o rastreamento de DMG deve continuar através do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g de glicose, com medição das glicemias em jejum e nos tempos de 1 e 2 horas, entre 24 a 28 semanas de gestação (Tabela 1). É necessário jejum de 8 a 14 horas para realização do exame. Estima-se que assim sejam detectados 100% dos casos (Fluxograma 1).

A paciente será considerada com DM pré-gestacional se ela preencher qualquer um dos seguintes critérios:

- A1C  $\geq 6,5\%$ \*
- Glicemia de jejum  $\geq 126$  mg por decilitro \*
- Glicemia 2 horas após TOTG 75 g  $\geq 200$  mg por decilitro (mg/ dl) \*
- Glicemia ao acaso  $\geq 200$  mg/dl acompanhada de sintomas de hiperglicemia.

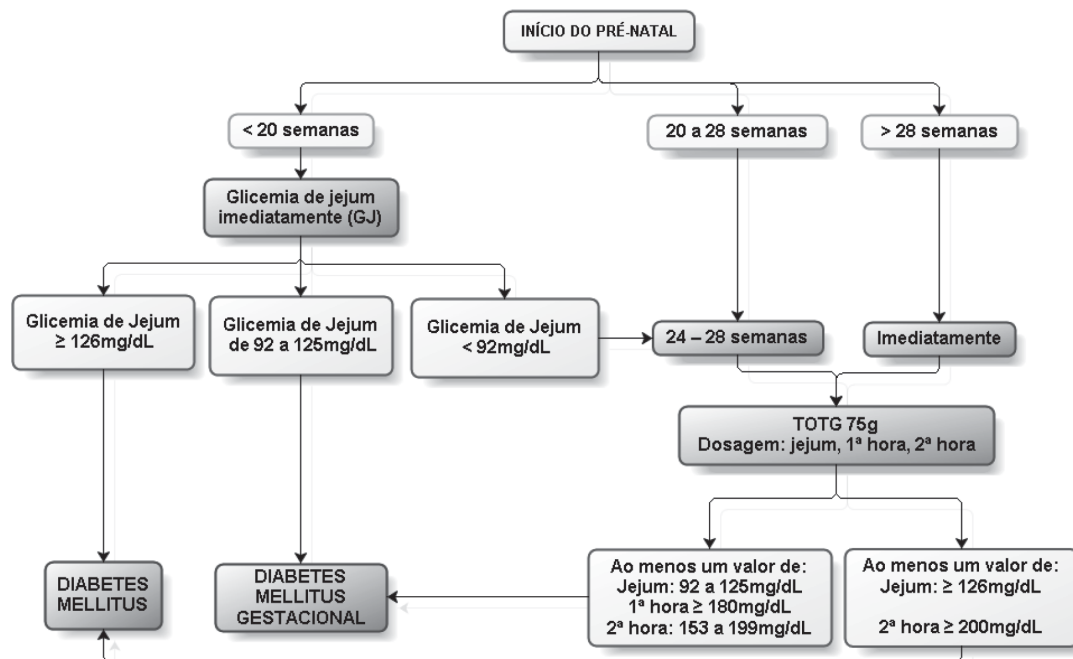
\* Repetir para confirmação diagnóstica, exceto se sintomas de hiperglicemia

TOTG 75 g	Valor de referência
Jejum	92 mg/dl
1 h após	180 mg/dl
2 h após	153 mg/dl

Tabela 1 - Valores de referência do TOTG 75 g

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão: 25/09/2027
		Versão: 7	



Fluxograma 1 - Rastreamento de Diabetes Mellitus na gestação

**3. CONDUTA PRÉ-CONCEPCIONAL DA PACIENTE DIABÉTICA PRÉ-GESTACIONAL**

- Começando na puberdade e continuando em todas as mulheres com potencial reprodutivo, o aconselhamento pré-concepcional deve ser incorporado ao tratamento de rotina do diabetes;
- Planejamento familiar deve ser discutido e a contracepção eficaz deve ser prescrita e usada até que a mulher esteja preparada e pronta para engravidar;
- Aconselhamento pré-concepcional deve abordar a importância do controle glicêmico adequado, idealmente com hemoglobina glicada < 6,5%, para reduzir o risco de anomalias congênitas, pré-eclâmpsia, macrossomia e outras complicações;
- Mulheres com DM tipo 1 ou tipo 2 que estejam planejando engravidar ou que tenham engravidado devem ser aconselhadas sobre o risco de desenvolvimento e / ou progressão da retinopatia diabética. Exames de fundoscopia devem ser realizados idealmente antes da gravidez ou no primeiro trimestre, e então monitorados a cada trimestre e por 1 ano após o parto, conforme indicado pelo grau de retinopatia e conforme recomendado pelo oftalmologista;
- Mulheres com DM prévio devem, idealmente, ser tratadas em clínica multidisciplinar, incluindo endocrinologista, especialista em medicina materno-fetal, nutricionista e educador de diabetes, quando disponível;
- Ácido Fólico, no mínimo 400 microgramas diário, iniciado 3 meses antes da concepção, para prevenção de defeitos no fechamento do tubo neural;

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	25/09/2027

- Avaliação cardiovascular: rastrear Doença Arterial Coronariana (DAC) em mulheres com fatores de risco (ex: idade avançada, tempo prolongado de diabetes). Se DAC presente, considerar potenciais riscos da gravidez;
- Avaliação renal: relação proteína/creatinina urinária, creatinina sérica e taxa de filtração glomerular (TFG) estimada. Se alterada, encaminhar para avaliação com nefrologista;
- Avaliação tireoideana: TSH (dosar anticorpo anti-tireoperoxidase nos casos de DM tipo 1);
- Rever medicações potencialmente teratogênicas, como anti-hipertensivos (IECA, BRA), estatinas e fibratos;
- Redução de peso para pacientes com sobrepeso ou obesidade;
- Aconselhamento genético.
- A paciente diabética deverá ser orientada a engravidar apenas quando tiver o controle de sua doença por pelo menos 3 meses.

**4. ROTINA PRÉ-NATAL**

- A frequência de visitas para pacientes compensadas deve ser mensal até 28 semanas, quinzenal entre 28 e 34 semanas e semanal acima de 34 semanas de gestação;
- A paciente descompensada deve ser acompanhada especificamente e com mais rigor;
- Além da rotina de pré-natal no 1º trimestre, para pacientes com DM pré-gestacional, solicitar hemoglobina glicada, proteinúria de 24h, creatinina, fundoscopia e ECG;
- Pacientes com retinopatia devem ser avaliadas a cada 3 meses, inclusive no pós parto.

**5. AVALIAÇÃO FETAL**

AVALIAÇÃO FETAL EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS		
Ultrassonografia	1º Trimestre (11 – 14 sem)	Datar Gestação Translucência Nucal
	2º Trimestre (20 – 28 sem)	Morfológico (20 – 24 sem) Eco Fetal (24 – 26 sem) (DM prévio)
	3º Trimestre (34 – 36 sem)	Avaliar Peso e ILA
Mobilograma	A partir de 28 semanas	
CTG	Semanal a partir de 28 semanas nas pacientes internadas	
Perfil Biofísico Fetal	Se CTG não tranquilizadora	
Doppler	Se vasculopatia, HAS e pré-eclâmpsia.	

Tabela 2 - Avaliação fetal em pacientes com Diabetes Mellitus

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão: 25/09/2027
		Versão: 7	

**6. COMPLICAÇÕES DO DIABETES NA GESTAÇÃO**

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES RELACIONADAS A DIABETES	
<b>Maternas</b>	Hiperglicemia Hipertensão/pré-eclâmpsia Infecções recorrentes Cetoacidose diabética (afastar infecção) Abortamentos espontâneos Coma Morte
<b>Fetais</b>	Malformação fetal Parto prematuro Macrossomia Morte fetal Complicações neonatais: hipoglicemia, síndrome do desconforto respiratório, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, policitemia, cardiomiopatia, ICC

Tabela 3 - Principais complicações relacionadas a diabetes na gestação

**Principais malformações fetais:**

- Cardíacas: defeitos dos septos atrial e ventricular, transposição das grandes artérias, coarctação da aorta, tetralogia de Fallot, tronco arterial, dextrocardia e cardiomegalia;
- Sistema nervoso central: defeitos do tubo neural, anencefalia, holoprosencefalia;
- Renal: hidronefrose, agenesia renal, duplicação ureteral;
- Gastrointestinal: atresia duodenal, atresia anorretal, onfalocele;
- Espinhal: síndrome da regressão caudal, espinha bífida e agenesia sacral.

**7. TRATAMENTO**

- Maior objetivo: manter a gestação sem intercorrências;
- Orientação e educação da paciente;
- Acompanhamento por uma equipe multidisciplinar;
- Tratamento farmacológico: iniciar quando dieta e exercícios não forem suficientes para controle glicêmico adequado, após período de 1-2 semanas. Pode também ser considerado quando houver crescimento fetal excessivo (US entre 29 – 33 semanas com circunferência abdominal acima do percentil 75);
- Terapia Nutricional: indicada para todas as pacientes com DMG ou DM pré-existente. O cálculo do valor calórico total da dieta pode ser feito de acordo com o índice de massa corporal (IMC) e visa a permitir ganho de peso dentro dos limites recomendados (Tabela 4). O valor calórico total prescrito deve ser individualizado e conter 40% a 55% de carboidratos, 15 a 20% de proteínas e 30 a 40% de gorduras. Deve-se dar preferência ao consumo de alimentos que contenham carboidratos com baixo índice glicêmico. Podem-se utilizar adoçantes artificiais com moderação, conforme os limites diários recomendados pela OMS

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão: 25/09/2027
		Versão: 7	

e aceitos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

- Exercícios Físicos: no mínimo 30 minutos por dia. EVITAR se os movimentos fetais estiverem reduzidos (< 10 movimentos por dia), se glicemia < 60 mg/dl ou > 250 mg/dl, exercício com mergulho e descompressão, riscos de queda ou traumas abdominais (Tabela 5).

IMC pré-gestacional (kg)	Ganho total (kg)	Ganho semanal no 2º e 3º trim. (Kg)
Baixo peso (< 18,5)	12,5 – 18	0,5
Normal (18,5 – 24,9)	11,5 – 16	0,4
Sobrepeso (25 – 29,9)	7 – 11,5	0,3
Obesidade (≥ 30)	5 – 9	0,2

Tabela 4 - Ganho de peso recomendado na gestação

<b>CONTRAINDICAÇÕES À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA GRAVIDEZ</b>	
<b>Absolutas</b>	<b>Relativas</b>
Rotura anteparto de membranas ovulares	Aborto espontâneo prévio
Trabalho de parto prematuro	Parto prematuro prévio
Doença hipertensiva da gestação	Doença cardiovascular leve-moderada
Incompetência istmo cervical	Anemia (Hb < 10 mg por decilitro)
Restrição de crescimento fetal	Doença respiratória leve-moderada
Gestação múltipla (≥ trigemelar)	Desnutrição ou distúrbio alimentar
Placenta prévia > 28ª semana	Gestação gemelar > 28ª semana
Sangramento persistente no 2º ou 3º trim.	Neuropatia diabética leve-moderada
Doença sistêmica descompensada	
Retinopatia proliferativa	
Neuropatia diabética autonômica grave	
Hipoglicemias graves	

Tabela 5 - Contraindicações à prática de atividade física na gestação

**Insulinoterapia:**

- Insulina é o agente de primeira linha para o tratamento farmacológico do DMG. Embora alguns estudos apoiem a eficácia da metformina e glibenclamida, esses agentes não são recomendados como medicamentos de primeira linha porque atravessam a barreira placentária e os dados sobre a segurança a longo prazo para a prole são inconsistentes.
- Necessária em 15 a 20% dos casos de diabetes gestacional, quando há falha no controle glicêmico com a dieta e os exercícios;
- Iniciar insulina basal preferencialmente com detemir ou NPH. O uso de glargina pode ser considerado, se necessário clinicamente;
- Iniciar insulina prandial com regular ou, preferencialmente, lispro ou asparte;
- Manter bomba de insulina em pacientes que já a usavam antes de engravidar. Não iniciar na

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	25/09/2027

gestação, exceto se falha de todos os outros métodos.

**Como calcular dose?**

1º trimestre: 0,5-0,6 Unidade por Kg por dia

2º trimestre: 0,7-0,8 Unidade por Kg por dia

3º trimestre: 0,9-1,0 Unidade por Kg por dia

- Iniciar com a 0,5 Unidade por Kg por dia.

**Esquemas:**

- Insulina Basal (50% da dose total):
  - NPH: 2/3 em jejum e 1/3 antes de dormir ou 1/2 em jejum, 1/4 antes do almoço e 1/4 antes de dormir
  - Detemir: 1/2 em jejum e 1/2 antes de jantar ou dormir;
  - Glargina: uma vez em jejum;
- Insulina Prandial (50% da dose total):
  - Regular, lispro ou Asparte: 1/3 antes do café, 1/3 antes do almoço e 1/3 antes do jantar (as doses devem ser aplicadas 30 min antes das refeições no caso da insulina regular).

**Antidiabéticos orais:**

- Metformina foi associada a um menor risco de hipoglicemia neonatal e menor ganho de peso materno quando comparada à insulina nas revisões sistemáticas; no entanto, pode aumentar ligeiramente o risco de prematuridade. Estudos recentes que avaliaram gestantes com DMG e síndrome dos ovários policísticos (SOP) mostraram maior IMC e aumento da obesidade na prole exposta à metformina.
- Glibenclamida foi associada a maior risco de hipoglicemia e macrossomia neonatais quando comparada à insulina ou a metformina em uma meta-análise de 2015. Mais recentemente, falhou em se mostrar não inferior à insulina com base em um resultado composto de hipoglicemia neonatal, macrossomia e hiperbilirrubinemia. Dados de segurança de longo prazo para a prole não estão disponíveis.

**Ácido acetilsalicílico (AAS):**

- Como profilaxia de pré-eclâmpsia, pacientes com diabetes prévio à gestação devem iniciar AAS 100 mg/dia, a partir 12 semanas (idealmente iniciar até 16 semanas), mantendo-o até 36 semanas.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão: 25/09/2027
		Versão: 7	

**8. CONTROLE GLICÊMICO DESEJADO**

<b>CONTROLE GLICÊMICO IDEAL</b>	
Pré-prandial, antes de dormir e de madrugada	65 – 95 mg/dl
1 hora pós-prandial	< 140 mg/dl
2 horas pós-prandial	< 120 mg/dl

Tabela 6 - Controle glicêmico ideal em pacientes com DMG e DM pré-gestacional

**OBS.:** Se para atingir essas metas estiverem ocorrendo hipoglicemias significativas, podem ser consideradas metas mais elevadas

Esquema de correção pré-prandial para a gestante

<b>GLICEMIA (MG/DL)</b>	<b>INSULINA RÁPIDA (Unidade Internacional - UI)</b>
65 – 100	00 UI
101 – 140	+ 02 UI
141 – 180	+ 04 UI
181 – 220	+ 06 UI
221 – 260	+ 08 UI
261 – 300	+ 10 UI
> 300	+ 12 UI

Tabela 7 - Esquema de insulina para correção da glicemia pré-prandial

**OBS.:** 1. Administrar metade da dose entre 22 e 6 horas.

2. Havendo necessidade de utilizar a insulina de correção persistentemente nos mesmos horários, deve-se tentar ajustar a dose de NPH prescrita.

**9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO**

- Controle metabólico inadequado;
- Alteração da função renal;
- Hipertensão arterial não controlada;
- Restrição de crescimento fetal;
- Polidrâmnio moderado a grave;
- ITU complicada;
- Cardiotocografia alterada.

**10. PARTO PRÉ-TERMO EM PACIENTES COM DIABETES**

Nas pacientes com diabetes, o uso de corticoide para maturação pulmonar não está contraindicado, mas deve ser administrado com monitoramento intensivo da glicemia e com ajustes necessários das doses de insulina. Tocólise não está contraindicada, mas os beta-agonistas não devem

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão:
		Versão: 7	25/09/2027

ser utilizados.

**11. PARTO**

- A via de parto tem indicação obstétrica:
  - Peso fetal > 4000 g, histerotomias prévias, apresentações não cefálicas, implantação anormal de placenta e oligoâmnio, indicam cesariana;
  - Resolver gestação com IG 39 semanas nas pacientes compensadas, sem vasculopatia ou pré-eclâmpsia e com boa vitalidade fetal.
- As pacientes descompensadas, com patologias recorrentes ou alterações de crescimento e vitalidade fetal devem ter conduta individualizada. Recomenda-se abordagem preferencial em torno de 38 semanas, após teste de maturidade pulmonar;
- Pacientes com glicemia controlada, mas com macrosomia ou polidrâmnio: resolução com 38 semanas;
- O parto abdominal eletivo ou indução do trabalho de parto devem ser programadas para o período da manhã;
- No trabalho de parto, espontâneo ou induzido, ou na cesárea, fazer:
- Durante o Parto:
  - Cesárea: NÃO administrar insulina na manhã do parto.
  - Vaginal: suspender insulina com diagnóstico de trabalho de parto.
  - Solução glicosada 5% 50 ml por hora e glicemia capilar a cada 2 horas (manter entre 70-140 mg/dl).

Insulina regular conforme glicemia capilar/bomba de infusão contínua (BIC):

- BIC de insulina: 50 UI Insulina Regular + 500 ml SF 0,9% (solução 1 unidade internacional por 10 ml). (Tabela 8)
- Suspender bomba de infusão contínua imediatamente após o parto.

Glicemia capilar	BIC insulina (ml/h)	Insulina SC (Ultrarrápida)
< 80 mg/dl	não infundir	0
81-140 mg/dl	1 UI por hora = 10 ml por hora	0
141-180 mg/dl	15 ml por hora	1-2
181-220 mg/dl	20 ml por hora	2-3
221-300 mg/dl	30 ml por hora	4-6
301-340 mg/dl	40 ml por hora	6-8
> 340 mg/dl	50 ml por hora	8-10

Tabela 8 - Correção da glicemia durante trabalho de parto

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão: 25/09/2027
		Versão: 7	

**12. PÓS-PARTO IMEDIATO**

- Monitorização de glicemias antes das refeições e antes de dormir.
- Correção pré-prandial conforme o esquema (metade da dose antes de dormir) (Tabela 9):

GLICEMIA (mg/dl)	INSULINA RÁPIDA (Unidade Internacional - UI)
60 – 100	00 UI
101 – 140	02 UI – se jejum
141 – 180	+ 02 UI
181 – 220	+ 04 UI
221 – 260	+ 06 UI
261 – 300	+ 08 UI
> 300	+ 10 UI

Tabela 9 - Esquema de insulina para correção de glicemias pré-prandiais no pós-parto.

- Descontinuar o tratamento farmacológico (insulinas e/ou antidiabéticos orais) nas pacientes com DMG, exceto nos casos de hiperglicemia franca persistente, quando deverá ser tomada conduta caso a caso;
- A amamentação deve ser estimulada;
- Lactantes com DM prévio podem fazer uso de glibenclamida ou metformina;
- Pacientes com DM tipo 1 devem ter dose de insulina reduzida após o parto e fazer rastreamento para tireoidite pós-parto com medida do TSH depois de 3 e 6 meses;
- Nos casos de DMG:
  - Realizar TOTG com 75g, 4 a 12 semanas após o parto (Tabela 10);
  - Orientar estilo de vida saudável para prevenir incidência futura de diabetes;
  - Recomendar avaliação glicêmica a cada 1-3 anos, dependendo dos fatores de risco.

TOTG com 75 g após o parto
<b>Glicemia de Jejum (mg por decilitro)</b>
< 100: normal
100 -125: glicemia de jejum alterada
≥ 126: diabetes
<b>Glicemia após 2 horas (mg por decilitro)</b>
< 140: normal
141-199: intolerância à glicose
≥ 200: diabetes

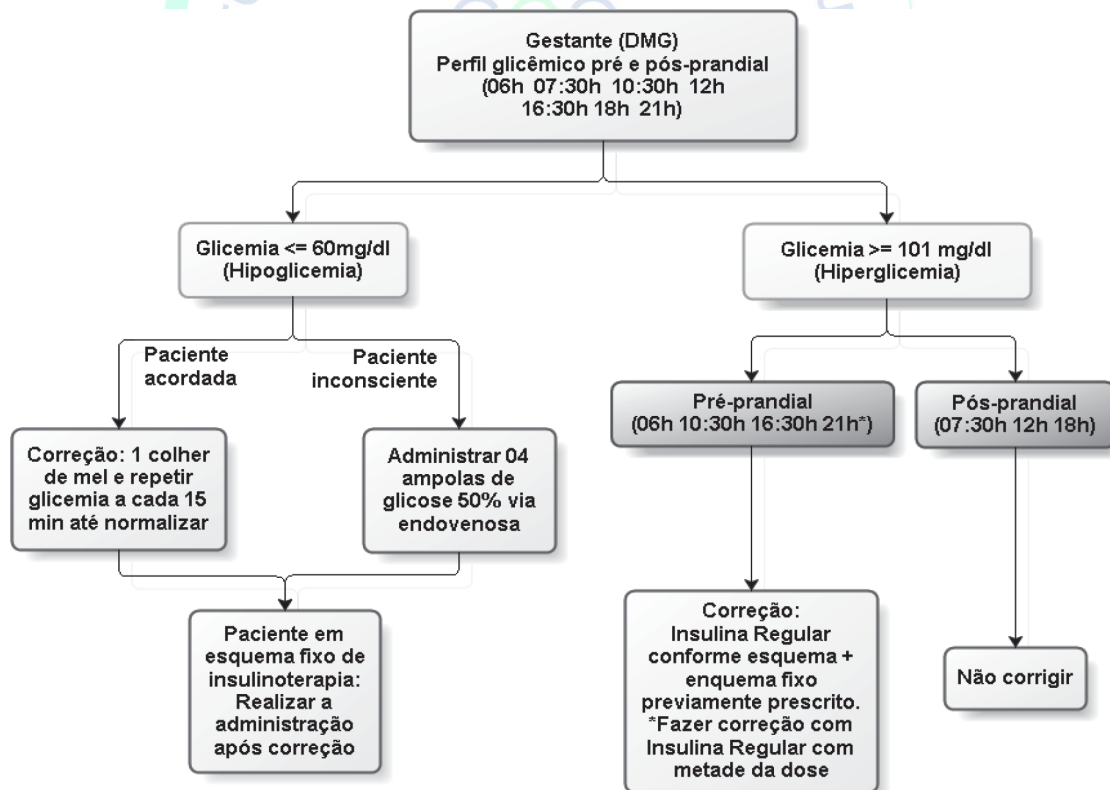
Tabela 10 - Interpretação do TOTG 75g no pós-parto

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão: 25/09/2027
		Versão: 7	

**13. CONTRACEPÇÃO**

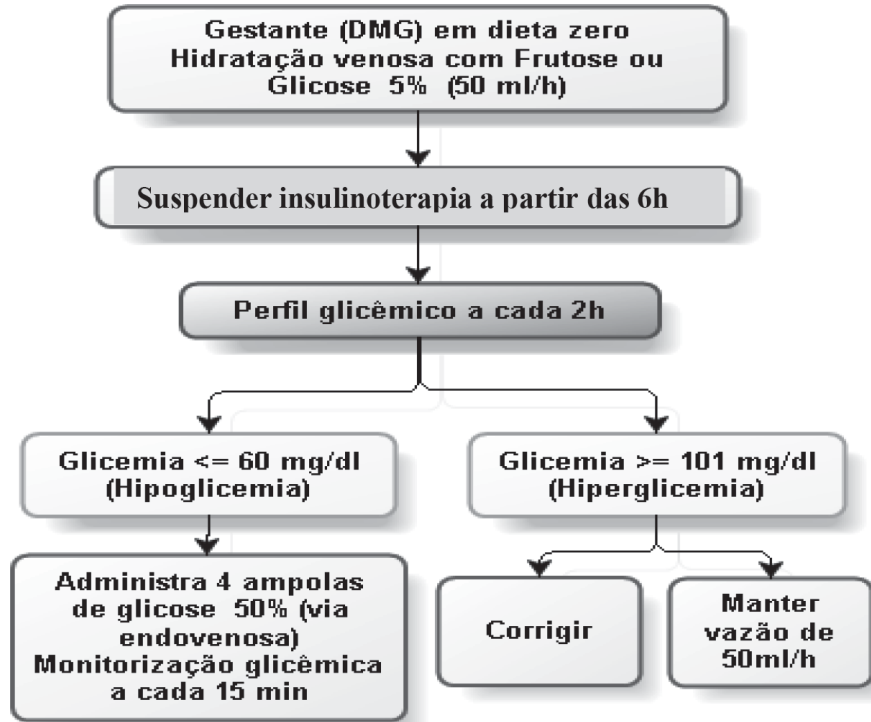
- Pacientes com história de diabetes gestacional ou diabetes sem vasculopatia e menos de 20 anos de doença não apresentam contraindicação a nenhum método contraceptivo.
- Pacientes com diabetes mellitus com vasculopatia ou mais de 20 anos de doença não devem usar contracepção com hormônio combinado (por nenhuma via) ou acetato de medroxiprogesterona injetável.
- DIU de cobre e com levonogestrel são seguros;
- Progestágenos de baixa dosagem podem ser utilizados. Progestágeno injetável de longa duração não é recomendado para pacientes diabéticas.
- Método definitivo (laqueadura tubária) para pacientes com vasculopatias e prole definida;
- Se teste de tolerância à glicose 75 g for normal, considerar contracepção como na população em geral.

**14. FLUXOGRAMAS DE CONDUTA EM ENFERMARIA, BASEADO NO PERFIL GLICÊMICO**


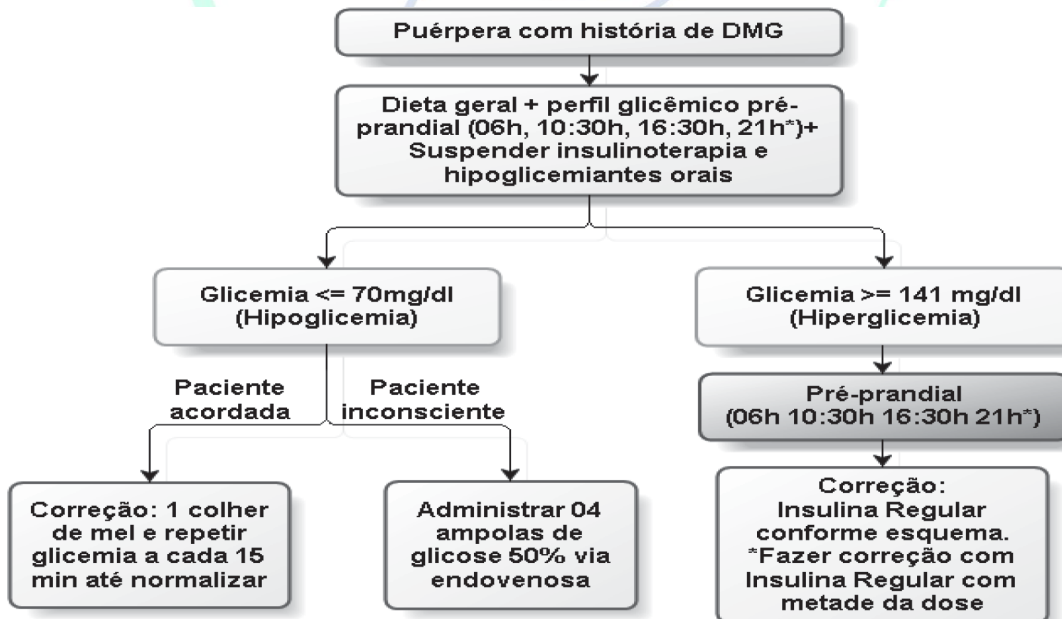
Fluxograma 2 - Condução na enfermagem para gestantes com Diabetes Mellitus

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão: 25/09/2027
		Versão: 7	



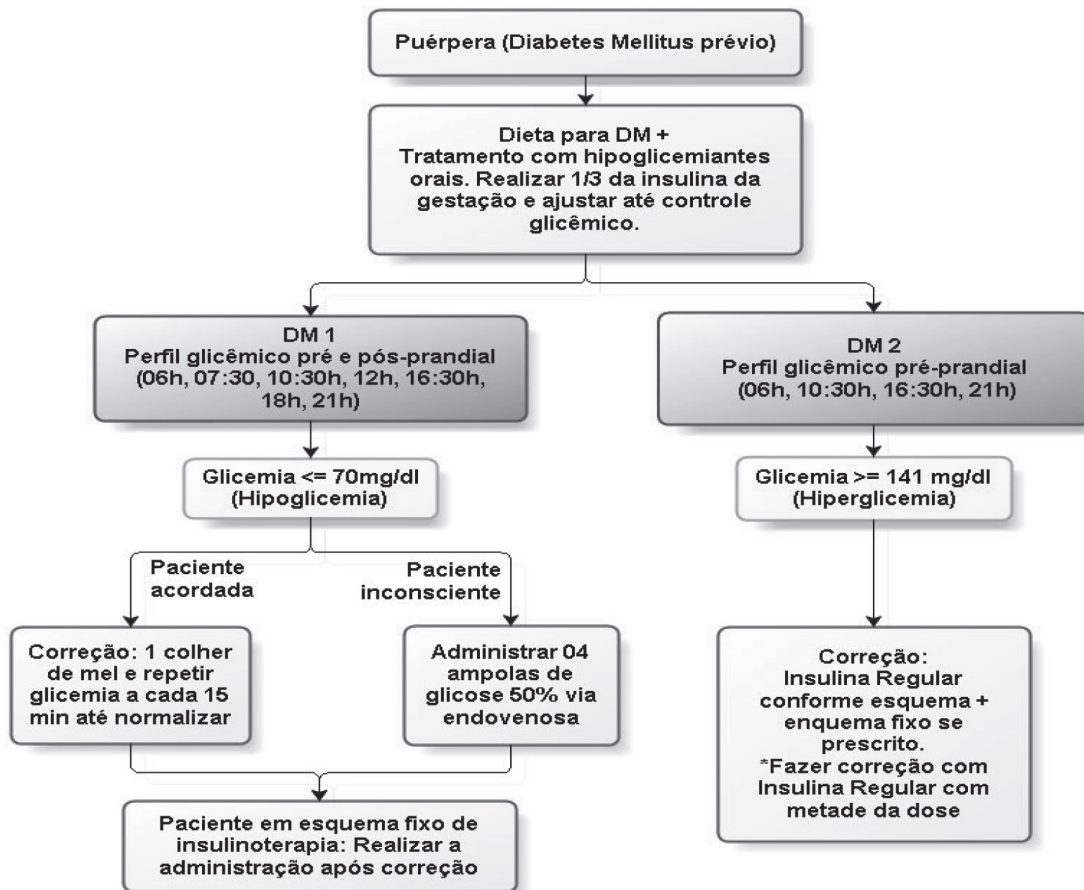
Fluxograma 3 - Conduta na enfermagem para gestantes com DM em dieta zero



Fluxograma 4 - Conduta na enfermagem para puérperas que tiveram DMG

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão: 25/09/2027
		Versão: 7	



Fluxograma 5 - Conduta na enfermagem para puérperas com DM prévio

**15. REFERÊNCIAS**

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. Disponível: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso: 04/05/2019
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016.
3. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019. Diabetes Care. Volume 42, Supplement 1, January 2019.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UOBT-MEAC.025	
Título do Documento	<b>DIABETES MELLITUS</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão: 25/09/2027
		Versão: 7	

**16. HISTÓRICO DE REVISÃO**

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
6	02/03/2020	Alteração completa.
7	25/09/2025	Atualização da versão

**17. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO**

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Paulo Cruz de Queiroz, Carolina de Alencar Ohi Garcia, Luis Carlos Belmino Barreto, Jordana Parente Paiva, Francisco Edson de Lucena Feitosa.	
VALIDAÇÃO	
<b>Raquel Cavalcante Mota</b> Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.031744/2025-10, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
<b>Clarisse Uchoa de Albuquerque</b> Chefe da Unidade de Obstetrícia	Conforme Processo SEI nº 23533.031744/2025-10, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
<b>Zeus Peron Barbosa do Nascimento</b> Chefe do Setor Materno-Infantil	Conforme Processo SEI nº 23533.031744/2025-10, 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*