

|                     |                                      |                                          |                                |
|---------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                     | PRT.DM.013 - Página <b>1</b> de <b>8</b> |                                |
| Título do Documento | <b>ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO - FETAL</b> | Emissão: 03/02/2021<br>Versão: 1         | Próxima revisão:<br>03/02/2023 |

## SUMÁRIO

|                                                       |   |
|-------------------------------------------------------|---|
| 1. OBJETIVOS.....                                     | 2 |
| 2. JUSTIFICATIVAS .....                               | 2 |
| 3. FISIOPATOLOGIA .....                               | 2 |
| 4. CUIDADOS NO PRÉ-NATAL.....                         | 3 |
| 5. CONDUTA DIANTE DE COOMBS INDIRETO POSITIVO.....    | 3 |
| 6. ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA .....                 | 4 |
| 7. DOPPLERVELOCIMETRIA DA ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA..... | 5 |
| 8. CARDIOTOCOGRAFIA .....                             | 5 |
| 9. TRANSFUSÃO INTRAUTERINA .....                      | 5 |
| 10. PROFILAXIA .....                                  | 6 |
| 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                  | 6 |
| 12. HISTÓRICO DE REVISÃO .....                        | 7 |

|                     |                               |                            |                             |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | PROTOCOLO                     | PRT.DM.013 - Página 2 de 8 |                             |
| Título do Documento | ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO - FETAL | Emissão: 03/02/2021        | Próxima revisão: 03/02/2023 |
|                     |                               | Versão: 1                  |                             |

## 1. OBJETIVOS

- ✓ Normatizar as condutas no cuidado das pacientes com diagnóstico de aloimunização atendidas no Hospital Universitário Ana Bezerra;
- ✓ Garantir que sejam realizadas as melhores práticas no tocante ao tema;
- ✓ Diminuir a taxa de complicações fetais, que podem culminar com o óbito intrauterino;
- ✓ Orientar acadêmicos de medicina e residentes no manejo dessa condição clínica.

## 2. JUSTIFICATIVAS

A implantação do protocolo de aloimunização materno-fetal justifica-se pela necessidade de diminuir os desfechos desfavoráveis ao feto e neonato, sendo os principais deles a anemia fetal e icterícia neonatal.

A gestação é o momento em que podemos diagnosticar as mulheres sensibilizadas e temos a possibilidade de, através de práticas estabelecidas no acompanhamento pré-natal, acompanhar a gestação de modo a reconhecer sinais de anemia fetal que permitam realização de tratamento intrauterino adequado, de modo a evitar o óbito fetal em boa parte dos casos.

Além disso, podemos prevenir a sensibilização das gestantes ainda não sensibilizadas através da aplicação de imunoglobulina específica antenatal e pós parto, evitando assim complicação em gestação subsequente.

## 3. FISIOPATOLOGIA

- ✓ A cascata de eventos se inicia quando ocorre a penetração de hemácias Rh positivo na circulação sanguínea de mulheres Rh negativo, determinando a produção de anticorpos. O principal antígeno implicado na Doença Hemolítica Perinatal (DHPN), é o antígeno D.
- ✓ Essa exposição pode ocorrer devido a transfusão sanguínea incompatível, uso de drogas intravenosas ou por passagem transplacentária de sangue fetal (Rh positivo), levando a resposta imune primária, com produção de IgM, que não cruza a barreira placentária.
- ✓ Em ocorrendo novo contato com antígeno Rh, ocorre rápida produção de anticorpos IgG anti-Rh que atravessam a barreira placentária e irão aderir a membrana do eritrócito fetal.
- ✓ O complexo antígeno-anticorpo presente nas hemácias fetais é reconhecida pelo sistema reticulo-endotelial, ocorrendo então a fagocitose dessas células, principalmente a nível de baço, o que caracteriza a hemólise.
- ✓ Para compensar o processo de hemólise, o feto incrementa a eritropoiese, inicialmente pela medula e posteriormente por focos em fígado, baço, rins e placenta. Em decorrência disto, temos formas jovens circulantes presentes na circulação fetal, bem como hepatoesplenomegalia.

|                     |                               |                                  |                                |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | PROTOCOLO                     | PRT.DM.013 - Página 3 de 8       |                                |
| Título do Documento | ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO - FETAL | Emissão: 03/02/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>03/02/2023 |

✓ Quando o processo de hemólise supera a produção de células vermelhas, tem-se a anemia. Com isso, tem-se piora da hepatomegalia, com desenvolvimento de hipertensão portal, hipoalbuminemia (hepatócito com função alterada) e ascite. A hipoproteïnemia grave associa-se com anasarca, culminando no quadro de hidropsia fetal.

✓ Também em decorrência da hemólise, tem-se a hiperbilirrubinemia fetal que, a princípio, não agride o feto intraútero pois a substância é metabolizada no organismo materno. Porém, após o parto, sem o auxílio do fígado materno para metabolização, a situação muda de panorama e o neonato é afetado negativamente. Se não tratado adequadamente com fototerapia ou exsanguíneo transfusão, poderá causar Kernicterus com sequelas neurológicas graves.

#### 4. CUIDADOS NO PRÉ-NATAL

✓ Anamnese: os antecedentes obstétricos podem indicar a possibilidade de uma mulher ser isoimunizada, o que influencia no seguimento e conduta durante o pré-natal. Deve-se questionar a respeito da história obstétrica detalhada, histórico materno de transfusão sanguínea, antecedente de recém-nascido com icterícia grave, necessidade de fototerapia ou exsanguíneo transfusão, ou transfusões intrauterinas em gestações anteriores ou de óbito fetal relacionado a anemia grave.

✓ Solicitar tipo sanguíneo materno para determinação do fator Rh. Em casos de paciente Rh negativo, solicitar também fator Rh do parceiro.

✓ Solicitar coombs indireto nas pacientes Rh negativo, para detecção de anticorpos irregulares. Nas pacientes Rh+, solicitar se história de mau passado obstétrico, transfusão ou uso de drogas.

✓ Caso coombs indireto positivo, caracteriza-se o quadro de sensibilização materna. Porém, esta só terá relevância clínica quando a titulação for superior ou igual a 1:16.

✓ Caso coombs indireto negativo e marido Rh positivo ou indeterminado, a paciente está susceptível a sensibilização e este exame deve ser solicitado mensalmente, devendo ser realizada a profilaxia ante (28 semanas) e pós natal (nas primeiras 72h após o parto ou em até 28 dias) com imunoglobulina anti-D na dose de 300µg.

✓ Importante ressaltar que após a administração da imunoglobulina anti-D, a pesquisa de anticorpos pode permanecer positiva, porém em títulos baixos. As mulheres que recebem a imunoglobulina durante a gestação, podem apresentar títulos baixos do coombs indireto no pós-parto, mesmo assim devem receber nova dosagem caso o RN seja Rh positivo.

#### 5. CONDUTA DIANTE DE COOMBS INDIRETO POSITIVO

✓ Nos casos em que a titulação é < 1:16, as pacientes deverão ser acompanhadas com titulação do coombs indireto mensalmente até 24 semanas, quinzenalmente até 36 semanas. Caso esta se mantenha normal, bem como a vitalidade fetal, a gestação poderá ser levada ao termo, dado

|                     |                               |                                  |                                |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | PROTOCOLO                     | PRT.DM.013 - Página 4 de 8       |                                |
| Título do Documento | ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO - FETAL | Emissão: 03/02/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>03/02/2023 |

o baixo risco de anemia moderada/grave, com a indução do parto entre 37 – 38 semanas de gestação.

✓ No caso de fetos que apresentam titulação do coombs indireto > 1:16, a avaliação do pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média (PVS ACM) deve ser realizada semanalmente a partir de 18 semanas de gestação. Quando o PVS ACM é < 1,5 múltiplos de mediana (MoM), a indução do parto deve ser realizada entre 37 – 38 semanas.

✓ No caso de fetos que apresentam titulação do coombs indireto > 1:16 com PVS ACM > 1,5 MoM, com idade gestacional acima de 34 semanas, deve-se proceder a resolução da gestação. Quando a idade gestacional é inferior a 34 semanas, deve-se proceder a cordocentese, para avaliação de anemia fetal. Caso hematócrito esteja acima de 30%, deve-se realizar cordocentese a cada 1 – 2 semanas para nova avaliação; caso esteja abaixo de 30%, deve ser indicado transfusão sanguínea dada a possibilidade de desenvolvimento de insuficiência cardíaca fetal, com realização de corticoterapia para maturação pulmonar fetal e resolução da gravidez próximo as 34 semanas (PACIENTES NESSES PERFIS DEVERÃO SER ENCAMINHADAS PARA A MEJC).

✓ Deve-se minimizar o risco de troca sanguínea materno-fetal no período antenatal, sendo recomendado evitar procedimentos invasivos no feto e seus anexos, bem como manobras de versão externa.

✓ O prognóstico é melhor quando o feto ainda não apresenta hidropsia. O que demonstra a importância do diagnóstico e tratamento precoces, através de um seguimento adequado conforme recomendado.

✓ Pacientes devem ser orientadas a procurar serviço de urgência caso percebam redução da movimentação fetal.

✓ Parto: procurar fazer por via vaginal, evitar uso excessivo de ocitocina, realizar amniotomia oportuna, evitar extração manual da placenta e não manter o clampeamento do cordão enquanto se aguarda a dequitação.

## 6. ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

✓ Pouco sensível para quantificar a anemia fetal

✓ Detecta apenas estados avançados através de sinais que sugerem descompensação: aumento do líquido amniótico, ascite, aumento da área cardíaca, aumento da espessura placentária (> 4cm) e da sua ecogenicidade com perda da definição dos cotilédones, adquirindo aspecto em “Vidro Moído”.

✓ Hidropsia fetal: grau de comprometimento máximo. Caracterizada por pelo menos dois derrames serosos (derrame pericárdico, pleural ou ascite) acompanhado de edema de pele.

|                     |                               |                                  |                                |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | PROTOCOLO                     | PRT.DM.013 - Página 5 de 8       |                                |
| Título do Documento | ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO - FETAL | Emissão: 03/02/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>03/02/2023 |

## 7. DOPPLERVELOCIMETRIA DA ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA

✓ Método eficaz, seguro e não invasivo para o rastreio da anemia fetal em pacientes isoimunizadas.

✓ Nos casos de anemia fetal, é observado aumento da velocidade da coluna de sangue em decorrência do aumento do trabalho cardíaco e diminuição da viscosidade do sangue.

✓ Parâmetro avaliado: pico de velocidade sistólica na artéria cerebral média. São obtidas três medidas e a maior é registrada. Se seu valor for > 1,5 múltiplos da mediana (MoM) para a idade gestacional, caracteriza-se a presença de anemia moderada a grave.

✓ Frequência e intervalos adequados para a realização desse exame não estão bem estabelecidos, mas sugere-se acompanhamento semanal nos casos em que o pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média estiver < 1,5 MoM, até o momento do parto que será entre 37 e 38 semanas de gestação.

✓ Tem sua sensibilidade reduzida após a realização da transfusão, principalmente após a repetição do procedimento.

## 8. CARDIOTOCOGRAFIA

✓ Costuma ser utilizada para avaliação dos fetos com risco de anemia para avaliação da vitalidade durante o acompanhamento ultrassonográfico e para monitorização fetal após as transfusões uterinas.

## 9. TRANSFUSÃO INTRAUTERINA

✓ A técnica de transfusão intravascular (TIV) é a mais utilizada e deve ser realizada por profissionais habilitados da Medicina Fetal.

✓ Realizada de 18-34 semanas de gravidez.

✓ O sangue utilizado nesse tipo de procedimento é concentrado (Ht 65% a 85%), tipo "O" Rh negativo, submetido a irradiação para destruição de leucócitos e diminuição de reação, com velocidade de infusão em torno de 5-10 ml/min.

✓ O hematócrito fetal desejado é entre 40% e 50%.

✓ Quando a gestação estiver com mais de 24 semanas deve-se administrar o corticóide antes de realizar o procedimento.

✓ Taxa de complicações: 2%, sendo as mais comuns: bradicardia, hipercapnia, tamponamento ou hematoma do cordão, embolia e sangramento para o líquido amniótico.

|                     |                               |                                  |                                |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | PROTOCOLO                     | PRT.DM.013 - Página 6 de 8       |                                |
| Título do Documento | ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO - FETAL | Emissão: 03/02/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>03/02/2023 |

## 10. PROFILAXIA

O risco de isoimunização se a mãe é Rh negativo e o feto é Rh positivo pode chegar até 16 %. Quando a profilaxia é realizada adequadamente, esse risco é reduzido para 0,1%. A taxa de sucesso da imunoprofilaxia é de 98,4 a 99% quando a imunoglobulina anti-D na dose de 300 µg, intramuscular, é administrada no período adequado.

Mulheres que são Rh negativo e apresentam o coombs indireto positivo, não devem receber a imunoglobulina anti-D, um vez que a isoimunização já aconteceu.

O perfil de paciente e o momento que deverá receber a imunoglobulina, é o seguinte:

✓ PACIENTES RH NEGATIVO COM COOMBS INDIRETO NEGATIVO E MARIDO RH POSITIVO OU INDETERMINADO:

- Entre a 28ª e 34ª semana de gestação.
- Pós parto de RN Rh positivo, com coombs indireto negativo, preferencialmente nas primeiras 72h, porém, esta administração pode ser feita até 28 dias após o parto (sabendo que a possibilidade de efeito nessa situação é menor).
- Abortamento.
- Gravidez molar.
- Gravidez ectópica.
- OFIU.
- Após biópsia de vilosidades coriônicas, amniocentese e cordocentese.
- Trauma abdominal.
- Versão cefálica externa.
- Após transfusão de sangue incompatível.
- Sangramento durante o período gestacional.

## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NARDOZZA, L. M. **Doença hemolítica perinatal**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 36/ Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal).

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia**. Burueri, SP: Manole, 2016.

|                     |                               |                                  |                             |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | PROTOCOLO                     | PRT.DM.013 - Página 7 de 8       |                             |
| Título do Documento | ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO - FETAL | Emissão: 03/02/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão: 03/02/2023 |

Prefumo F, Fichera A, Fratelli N, Sartori E, **Fetal anaemia: diagnosis and management**, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2019.

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org, Mari G, Norton ME, et al. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Clinical Guideline #8: **The fetus at risk for anemia--diagnosis and management**. Am J Obstet Gynecol 2015; 212:697.

## 12. HISTÓRICO DE REVISÃO

| VERSÃO | DATA | DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO |
|--------|------|------------------------|
|        |      |                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Elaboração</b><br><br>Nome: Ana Carolina Bezerra Dantas Fabrício de Hollanda<br>SIAPE: 1199484<br>Função: Médica Ginecologista e Obstetra<br><br>Nome: Mônica Martins Nóbrega Galvão<br>SIAPE: 2675917<br>Função: Médica Ginecologista e Obstetra | Data: 03/02/2021<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b><br><b>VIA SEI</b> |
| <b>Revisão</b><br><br>Nome:<br>SIAPE:<br>Função:                                                                                                                                                                                                     | Data:<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b><br><b>VIA SEI</b>            |
| <b>Validação</b><br><br>Nome:<br>SIAPE:<br>Função: Membro SGQVS                                                                                                                                                                                      | <b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b><br><b>VIA SEI</b>                                                         |

|                     |                               |                            |                             |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | PROTOCOLO                     | PRT.DM.013 - Página 8 de 8 |                             |
| Título do Documento | ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO - FETAL | Emissão: 03/02/2021        | Próxima revisão: 03/02/2023 |
|                     |                               | Versão: 1                  |                             |

|                                                                                                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Aprovação</b><br><br>Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos<br>Função: Gerente de Atenção à Saúde | <b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b><br><br><b>VIA SEI</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte*

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000  
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

## CERTIDÃO

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: Ana Carolina Bezerra Dantas Fabrício de Hollanda, Mônica Martins Nobrega, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.013.



Documento assinado eletronicamente por **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 30/06/2021, às 09:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Carolina Bezerra Dantas Fabrício de Hollanda, Médico(a)**, em 24/08/2021, às 20:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mônica Martins Nobrega, Médico(a)**, em 25/08/2021, às 19:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **14550195** e o código CRC **2F2B7685**.

**Referência:** Processo nº 23527.003914/2021-21

SEI nº 14550195

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO  
GRANDE DO NORTE

Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro  
Santa Cruz-RN, CEP 59200-000  
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: HUAB

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta favorável à aprovação dos Protocolos, abaixo relacionados, onde constam as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão, quais sejam:

- PRT.DM.016 que versa sobre o Protocolo ABORTAMENTO ( 14550113), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550141);
- PRT.DM.013 que versa sobre o Protocolo ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO-FETAL (14550170), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550195);
- PRT.DM.044 que versa sobre o Protocolo EPILEPSIA NA GESTAÇÃO ( 14550216), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550233);
- PRT.DM.020 que versa sobre o Protocolo VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER (14550242), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550258);
- PRT.DM.043 que versa sobre o Protocolo ARBOVIROSES E GRAVIDEZ ( 14563007), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563085);
- PRT.DM.029 que versa sobre o Protocolo ASMA NA GRAVIDEZ ( 14563151), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563307);
- PRT.DM.004 que versa sobre o Protocolo ITU NA GESTAÇÃO ( 14563374), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563438);
- PRT.DM.008 que versa sobre o Protocolo GEMELARIDADE ( 15173033), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173044);
- PRT.DM.012 que versa sobre o Protocolo INFECÇÃO PUERPERAL ( 15173061), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173068);
- PRT.DM.025 que versa sobre o Protocolo PREMATURIDADE ( 15173075), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173080);
- PRT.DM.048 que versa sobre o Protocolo INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (15633141), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633214);
- PRT.DM.010 que versa sobre o Protocolo HIPERÊMESE GRAVÍDICA ( 15633414), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633541);
- PRT.DM.033 que versa sobre o Protocolo SOFRIMENTO FETAL ( 15633717), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633766);
- PRT.DM.002 que versa sobre o Protocolo INSERÇÃO DE DIU NO PÓS-PARTO E PÓS-ABORTAMENTO (15664607), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15664628);
- PRT.DM.021 que versa sobre o Protocolo PARTOGRAMA ( 15786124), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786181);

- PRT.DM.028 que versa sobre o Protocolo CARDIOPATIA NA GRAVIDEZ ( 15786268), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786299);

- PRT.DM.026 que versa sobre o Protocolo PCR NA GRAVIDEZ ( 15814637), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814689);

- PRT.DM.047 que versa sobre o Protocolo ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA ( 15814744), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814782);

- PRT.DM.041 que versa sobre o Protocolo HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO (15845016), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15844931);

- PRT.DM.030 que versa sobre o Protocolo ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO PUERPÉRIO (15908763), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908774);

- PRT.DM.031 que versa sobre o Protocolo AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL ( 15908784), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908799);

- PRT.DM.022 que versa sobre o Protocolo RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO (15908813), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908826);

- PRT.DM.003 que versa sobre o Protocolo TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO (15908852), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908862);

Ressalto que a aprovação dos documentos supracitados não envolve a análise técnica, considerando ser esta uma responsabilidade das áreas competentes que elaboraram e revisaram os referidos protocolos assistenciais, conforme consta nas certidões acima mencionadas.

**Esta aprovação está condicionada à validação dos respectivos documentos pela chefia do Setor de Vigilância em Saúde.**

Atenciosamente,

*(assinado e datado eletronicamente)*

**FLÁVIA ANDRÉIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS**

Gerente de Atenção à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 27/09/2021, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **16437568** e o código CRC **880F63A7**.

**Referência:** Processo nº 23527.003914/2021-21 SEI nº 16437568