

|                     |                                    |                                  |                                |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                   | PRT.DM.025 - Página 1/12         |                                |
| Título do Documento | <b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b> | Emissão: 26/05/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>26/05/2023 |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1. OBJETIVOS</b> .....  | 2  |
| <b>2. JUSTIFICATIVAS</b> .....   | 2  |
| <b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....  | 2  |
| <b>4. MANEJO CLÍNICO</b> .....   | 4  |
| <b>4.1. Investigação laboratorial e clínica</b> .....  | 4  |
| <b>4.2. Avaliação fetal</b> .....  | 4  |
| <b>4.3. Predição e prevenção do trabalho de parto prematuro</b> .....                                    | 5  |
| <b>4.4. Tratamento do trabalho de parto prematuro</b> .....  | 6  |
| <b>4.4.1 Gestação com menos de 34 semanas</b> .....  | 6  |
| <b>4.4.1.1 Tocólise</b> .....  | 6  |
| <b>4.4.1.2 Corticóide</b> .....  | 7  |
| <b>4.4.1.3 Antibioticoprofilaxia para estreptococos do grupo B</b> .....                                 | 7  |
| <b>4.4.2 Gestação com menos de 34 semanas com falha/contraindicação à tocólise, com parto iminente</b> 8 |    |
| <b>4.4.2.1 Corticóide (vide acima)</b> .....   | 8  |
| <b>4.4.2.2 Antibioticoprofilaxia para estreptococos do grupo B (vide acima)</b> .....                    | 8  |
| <b>4.4.2.3 Sulfato de magnésio para neuroproteção</b> .....  | 8  |
| <b>4.4.3 Gestação entre 34 - 37 semanas</b> .....  | 10 |
| <b>4.4.3.1 Antibioticoprofilaxia para estreptococos do grupo B (vide acima)</b> .....                    | 10 |
| <b>4.4.3.2 Corticóide (vide acima)</b> .....   | 10 |
| <b>4.4.3.3 Tocólise</b> .....  | 10 |
| <b>4.5 Assistência ao parto prematuro</b> .....  | 10 |
| <b>4.6 Indicação de alta hospitalar</b> .....  | 11 |
| <b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....   | 11 |
| <b>6. HISTÓRICO DE REVISÃO</b> .....   | 11 |

|                     |                                    |                                  |                                |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                   | PRT.DM.025 - Página 2/12         |                                |
| Título do Documento | <b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b> | Emissão: 26/05/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>26/05/2023 |

## 1. OBJETIVOS

- Conceituar trabalho de parto prematuro, revisando sua classificação e principais fatores de risco;
- Reforçar a adoção no pré-natal de medidas de predição e prevenção para pacientes com maior risco de parto prematuro;
- Estabelecer condutas padronizadas no cuidado de gestantes que entrem em trabalho de parto prematuramente ou precisem ter sua gestação interrompida antes das 37 semanas, com a finalidade de melhorar o prognóstico neonatal.

## 2. JUSTIFICATIVAS

Anualmente, cerca de 15 milhões de prematuros nascem no mundo, dos quais morrem um milhão devido a suas complicações, configurando em 2015 a principal causa de mortalidade infantil abaixo dos 5 anos. A prematuridade é um problema global e o Brasil está entre os dez países com maior número de nascimentos prematuros. Nos de renda mais baixa, em média 12% dos bebês são pré-termo, em comparação com 9% nos países de alta renda.

Essa situação também pode trazer diversas consequências mórbidas aos neonatos, estando relatadas na literatura problemas motores e cognitivos, visuais, comportamentais e de crescimento, o que torna a prevenção e o manejo correto da condição extremamente relevante.

## 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Consideram-se prematuros ou pré-termos todos os recém-nascidos com idade inferior a 37 semanas de gestação. O conceito de trabalho de parto prematuro (TPP) se baseia na presença, em gestantes com idade gestacional entre 22 e 37 semanas, dos seguintes critérios clínicos: contrações uterinas regulares (metrossístoles  $\geq 1/25''/10'$ ) com modificações no colo uterino (apagamento  $> 80\%$  e/ou dilatação de pelo menos 2cm). Outros elementos que, se presentes, favorecem o diagnóstico de TPP são: formação da "bolsa das águas", colo solicitado pela apresentação fetal e rotura anteparto de membranas.

Importante diferenciar do falso trabalho de parto, quando contrações uterinas regulares não levam a modificação cervical pois este não deve ser alvo de tratamento. Essas pacientes, porém, deverão realizar ultrassonografia para medição do colo uterino, já que sua medida menor que 25mm é um fator de risco para TPP.

### Classificação:

- Quanto ao fator desencadeante
  - Espontâneo - representa 70-80% dos partos prematuros, sendo que 40-50% destes resultam de trabalho de parto prematuro (TPP) espontâneo e 20-30%, de ruptura prematura

|                     |                                    |                                  |                                |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                   | PRT.DM.025 - Página 3/12         |                                |
| Título do Documento | <b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b> | Emissão: 26/05/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>26/05/2023 |

de membranas (RPMO). No entanto, a etiologia geralmente é multifatorial, destacando-se a associação com infecções.

○ Iatrogênico – representa 20-30% do total de TPP, originando-se comumente de causa única e bem identificada, com a interrupção da gestação sendo motivada por patologias maternas ou fetais.

- Quanto à idade gestacional no parto
  - Prematuridade extrema: < 28 semanas (5%);
  - Prematuridade grave: 28-30 semanas (15%);
  - Prematuridade moderada: 31-33 semanas (20%);
  - Prematuridade quase termo: 34-36 semanas (60%).

**A etiologia é multifatorial:**

- Infecções (corioamnionite subclínica, ITU, vulvovaginites, outras infecções sistêmicas)
- Isquemia uteroplacentária
- Hemorragia decidual
- Sobredistensão uterina com estiramento miometrial (polidramnia, gestação múltipla)
- Incompetência istmo - cervical
- Alterações hormonais na relação estrogênio/progesterona
- Ruptura prematura das membranas ovulares (RPMO)
- Prematuridade eletiva: pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP; RCIU grave, anidrâmnio

**Fatores de risco associados à prematuridade:**

- Parto prematuro prévio (principal fator de risco para recorrência);
- História materna de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre;
- Comprimento cervical < 25 mm;
- Extremos de idade materna (< 15 ou > 40 anos);
- Complicações maternas (clínicas ou obstétricas);

|                     |                                    |                                  |                                |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                   | PRT.DM.025 - Página 4/12         |                                |
| Título do Documento | <b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b> | Emissão: 26/05/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>26/05/2023 |

- Tabagismo, uso de drogas ilícitas;
- Ausência de controle pré-natal;
- Situações de alto estresse;
- Gestação múltipla;
- Restrição de crescimento fetal;
- Anomalias congênitas;
- Polidrâmnio;
- Ruptura prematura de membranas pré-termo;
- Descolamento de placenta;
- Presença de DIU;
- Mioma (submucoso ou subplacentário);
- Anomalias uterinas;
- Incompetência istmo-cervical;
- Infecções maternas (ITU, Vulvovaginites);
- Síndrome do anticorpo antifosfolípide;
- Trauma ou cirurgia;

#### 4. MANEJO CLÍNICO

##### 4.1 Investigação laboratorial e clínica

- Hemograma completo;
- EAS e Urocultura;
- Swab vaginal para cultura de Estreptococo do grupo B (EGB);
- Exame especular (afastar RPMO e identificar possíveis vulvovaginites);
- Exame de toque – registrar a dilatação, apagamento, consistência e centralização do colo, integridade das membranas, altura e apresentação fetal.

##### 4.2 Avaliação fetal

- Cardiotocografia, se gestação maior que 28 semanas;
- Ultrassonografia obstétrica com doppler

|                     |                                    |                                  |                                |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                   | PRT.DM.025 - Página 5/12         |                                |
| Título do Documento | <b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b> | Emissão: 26/05/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>26/05/2023 |

- Avaliar condição fetal, peso fetal, líquido amniótico e vitalidade fetal;
- Se dilatação do colo uterino < 3 cm, realizar avaliação do colo uterino por via transvaginal;
- Se houver suspeita de placenta prévia realizar avaliação por via transvaginal;
- Quando houver dúvidas em relação à idade gestacional e ao crescimento fetal.

#### 4.3 Predição e prevenção do trabalho de parto prematuro

- Medida do colo uterino
  - Realizar entre 16 e 28 semanas (preferencialmente junto ao ultrassom morfológico de segundo trimestre);
  - OBRIGATORIAMENTE POR VIA TRANSVAGINAL;
  - Em pacientes que já apresentem fatores de risco para TPP, mais medidas do colo devem ser consideradas.
- Progesterona natural micronizada (prescrever de 100 a 200 mcg intravaginal, diariamente, da 18ª a 36ª semana de gravidez)
  - Em todas as gestantes com história de TPP em gestações anteriores;
  - Naquelas com colo com medida menor ou igual a 25mm em ultrassom transvaginal feito no segundo trimestre da gestação atual;
  - Gestantes gemelares com colo curto ao ultrassom transvaginal, considerar dobrar a dose de progesterona.
  - Gestantes com história de TPP em gravidez anterior que apresentaram colo curto (menor ou igual a 25 mm) no segundo trimestre da gestação, devendo ser realizado assim que o diagnóstico do colo curto foi dado;
- Cerclagem uterina
  - Indicada nas gestantes que tiverem diagnóstico ou suspeita (história clínica pregressa de herniação de bolsa ou dilatação cervical **indolor**) de incompetência istmo cervical, devendo ser realizada no fim do primeiro trimestre (entre 12 e 14 semanas);
  - Pacientes com exame de toque ou especular entre 16 e 28 semanas da gestação atual sugerindo diagnóstico de IIC (bolsa protusa, colo dilatado sem contração uterina), devendo ser realizado o mais rápido possível, desde que haja condições técnicas para tal (como

|                     |                                    |                                  |                                |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                   | PRT.DM.025 - Página 6/12         |                                |
| Título do Documento | <b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b> | Emissão: 26/05/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>26/05/2023 |

possibilidade de redução da bolsa amniótica) e sejam afastadas condições impeditivas como contrações uterinas e infecções.

Não existem evidências que apoiem o uso do repouso em leito como forma de prevenir o parto prematuro, assim como do uso da hidratação.

#### 4.4 Tratamento do trabalho de parto prematuro

Toda paciente em trabalho de parto prematuro deve ser internada, seja para tratamento tocolítico e corticoterapia (quando a idade gestacional < 34 semanas) e/ou para assistência ao parto.

##### 4.4.1 Gestação com menos de 34 semanas

###### 4.4.1.1 Tocólise

Seu objetivo é postergar o parto por tempo suficiente (48-72 horas) para praticar a corticoterapia antenatal, atitude que efetivamente melhora o prognóstico neonatal. O prolongamento da terapia por mais de 48 horas, ainda não possui evidência científica que justifique seu uso, devendo ser realizado apenas em casos selecionados (como em idade gestacional muito precoce, com bem-estar fetal assegurado e sem comprometimento infeccioso).

Opções:

- **Nifedipina** (1ª escolha):

- Dose de ataque: 10mg, via oral, a cada 30 minutos, até ser observada a eficácia, utilizando-se no máximo 4 doses e realizando monitorização rigorosa da pressão arterial;
- Dose de manutenção: iniciar 4h após a última dose de ataque, sendo 1 comprimido de 20mg a cada 6 horas, durante 24 horas, seguido de 1 comprimido a cada 8h, por 24h, totalizando 48h de tratamento.
- Contra Indicações: doença cardíaca materna significativa, hipotensão, disfunção hepática ou uso concomitante de betamimético endovenoso, nitrato.

- **Atosiban** - É um antagonista da ocitocina com potente ação tocolítica, mas estudos comparativos não demonstraram sua superioridade em relação à nifedipina, além de apresentar alto custo.

- 1ª Etapa: 0,9 mL, IV, em bolus. Correr em 1 minuto;

|                     |                                    |                          |                             |
|---------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                   | PRT.DM.025 - Página 7/12 |                             |
| Título do Documento | <b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b> | Emissão: 26/05/2021      | Próxima revisão: 26/05/2023 |
|                     |                                    | Versão: 1                |                             |

○ 2ª etapa: 10 mL diluídos em 90 mL de SF 0,9%, IV, em BIC, 24 mL/h, por 03 horas; portanto, são infundidos, nesse período 72mL. O restante (28mL) é injetado 8mL/hora por mais três horas e meia;

○ 3ª etapa: 10 mL diluídos em 90 mL de SF 0,9%, IV, em BIC, 8 mL/h por 45 horas;

○ Essas 3 fases do atosiban podem ser repetidas, em casos muito bem selecionados, por até 3 vezes.

As principais contraindicações para tocólise são: feto morto, corioamnionite, sofrimento fetal agudo, sangramento genital intenso.

#### 4.4.1.2 Corticóide

Os efeitos atingem seu benefício máximo se o parto ocorrer entre 24 horas e 7 dias após a última dose do medicamento. Entretanto, mesmo se o parto ocorrer fora desse prazo ainda existem benefícios, portanto, toda mulher com risco de parto prematuro deve receber corticoterapia, exceto quando houver contraindicações ao seu uso.

Opções:

- **Betametasona** 12 mg, IM, 24/24 h, 02 doses;

- **Dexametasona** 6 mg, IM, 12/12 h, 04 doses;

○ Indicações: IG  $\geq$  24 e  $\leq$  34 semanas;

○ Contraindicações: evidências clínicas de infecção e/ou parto iminente.

○ Uma nova dose (12mg de Betametasona) pode ser realizado caso o último ciclo tenha ocorrido há mais de 14 dias;

○ A corticoterapia também é capaz de melhorar os resultados neonatais quando administrada entre 34s e 36s e 6d para fetos que não tiveram exposição prévia à corticoterapia, aumentando, no entanto, o risco de hipoglicemia neonatal.

#### 4.4.1.3 Antibioticoprofilaxia para estreptococos do grupo B

Exceto quando houver cultura de swab vaginal negativa recente (colhida há < 5 semanas).

Opções de tratamento: Devem ser administrados até o parto ou inibição do TPP.

|                     |                                    |                                  |                                |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                   | PRT.DM.025 - Página 8/12         |                                |
| Título do Documento | <b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b> | Emissão: 26/05/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>26/05/2023 |

• **Penicilina G Cristalina** - Ataque: 5.000.000 UI, IV; Manutenção: 2.500.000 UI, IV, 4/4 horas;

• **Cefazolina** - Ataque: 2g, IV; Manutenção: 1g, IV, 8/8 horas;

• **Ampicilina** – Ataque: 2g, IV; Manutenção: 1g, IV, 4/4h;

• **Clindamicina**: Em caso de alergia às penicilinas, 900 mg, IV, 8/8 horas.

Outras indicações para profilaxia de infecção por EGB independentemente da idade gestacional em gestantes com cultura não realizada:

• Membranas rotas >18h;

• Bacteriúria por EGB;

• História de recém-nascido prévio infectado por EGB;

• Temperatura intraparto  $\geq 38^{\circ}$  C.

#### 4.4.2 Gestação com menos de 34 semanas com falha/contraindicação à tocolise, com parto iminente

##### 4.4.2.1 Corticóide (vide acima)

##### 4.4.2.2 Antibioticoprofilaxia para estreptococos do grupo B (vide acima)

##### 4.4.2.3 Sulfato de magnésio para neuroproteção

- Indicação

- Deve ser realizado quando a idade gestacional está entre 24 semanas e 31 semanas e 6 dias;

- Quando houver parto iminente (dilatação 4 cm ou mais, com modificação progressiva do colo associado a dinâmica uterina regular) em 12h; **OU**

- Trabalho de parto inicial com RPMO; **OU**

- Parto eletivo por indicação materna ou fetal, seja cesariana ou parto vaginal (em caso de indicação de parto vaginal com indução, somente iniciar o protocolo quando dilatação for maior que 4 cm).

- Dose:

- Ataque: 6g em 100 ml solução glicosada 5%, correr em 20-30 min.

|                     |                                    |                                  |                                |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                   | PRT.DM.025 - Página 9/12         |                                |
| Título do Documento | <b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b> | Emissão: 26/05/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>26/05/2023 |

○ Manutenção: 2g/h (12g sulfato de magnésio em 500 ml solução glicosada 5% EV, em bomba de infusão contínua, 84 ml/h).

○ OBS.: Essa dose foi escolhida por ser a mesma utilizada em pré-eclâmpsia grave no nosso serviço. Salientamos que nos casos de pré-eclâmpsia grave o esquema anticonvulsivante se sobrepõe ao de neuroproteção.

- Duração do tratamento:

- Dose de manutenção até o parto ou máximo de 12h;

- O sulfato de magnésio deve ser suspenso caso trabalho de parto não seja mais iminente em 12h (ausência de dilatação cervical progressiva no intervalo de 4 horas entre as avaliações);

- Em caso de cesariana: Iniciar o protocolo 4h antes do parto (ataque 4h antes do parto e manter dose de manutenção até o parto).

- Retratamento:

- Após 6 horas da suspensão do medicamento o esquema pode ser reiniciado;

Exemplo: Sulfato de magnésio foi suspenso há > 6h = reiniciar o protocolo (ataque e manutenção) / Sulfato de magnésio foi suspenso há < 6h = continuar o protocolo até completar 12h ou o parto.

- Contraindicações:

- Miastenia gravis, arritmia cardíaca, insuficiência renal (as mesmas em caso de pré-eclâmpsia grave);

- Múltiplas malformações fetais.

- Monitorização da paciente (suspender medicação se):

- Frequência respiratória < 16 irpm;

- Ausência de reflexos patelares; ☒

- Diurese < 30 ml/h (medida por sonda vesical de demora).

- Observações:

- Se o MgSO<sub>4</sub> foi iniciado, a tocolise deve ser descontinuada;

- O MgSO<sub>4</sub> pode ser administrado antes que as drogas tocolíticas sejam eliminadas da circulação materna. O uso prévio de nifedipina não contraindica o uso do MgSO<sub>4</sub> para neuroproteção;

- O parto não deve ser postergado para a administração de MgSO<sub>4</sub> para neuroproteção nos casos em que houver indicação para interrupção de urgência por indicação materna e/ou fetal;

|                     |                                    |                                  |                                |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                   | PRT.DM.025 - Página 10/12        |                                |
| Título do Documento | <b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b> | Emissão: 26/05/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>26/05/2023 |

- Não é necessária a monitorização dos níveis de magnésio sérico.

#### 4.4.3 Gestação entre 34 - 37 semanas

##### 4.4.3.1 Antibioticoprofilaxia para estreptococos do grupo B (vide acima)

##### 4.4.3.2 Corticóide (vide acima)

Deve ser administrado para toda gestante com iminente risco de parto prematuro nos próximos 7 dias, exceto se houver corioamnionite ou uso prévio de ciclo de corticoide para maturação.

##### 4.4.3.3 Tocólise

Pode ser realizada de acordo com a avaliação fetal e disponibilidade de vaga na UTI neonatal. Sempre entrar em comum acordo com a neonatologia.

#### 4.5 Assistência ao parto prematuro

- Episiotomia: não existem informações significativas do seu benefício ao neonato prematuro.
- Manter membranas ovulares íntegras pelo maior tempo possível durante o período de dilatação;
- Via de parto: indicação obstétrica, não havendo dados que favoreçam o uso de fórcepe de alívio. Não existem evidências de que o uso rotineiro da cesariana possa melhorar o prognóstico de recém-nascidos prematuros, embora a sua realização possa reduzir a mortalidade neonatal em recém-nascidos de extremo baixo peso, a morbidade neonatal pode ser extremamente alta, não justificando o procedimento (devem ser considerados também os riscos maternos).
- Monitorização: ausculta de batimentos cardio fetal (BCF) a cada hora e cardiotocografia intermitente para detecção de sofrimento fetal de maneira precoce;
- Preparo de toda a equipe multidisciplinar para o recebimento do recém-nascido, que possui maior risco de complicações precoces.

|                     |                                    |                                  |                                |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                   | PRT.DM.025 - Página 11/12        |                                |
| Título do Documento | <b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b> | Emissão: 26/05/2021<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>26/05/2023 |

#### 4.6 Indicação de alta hospitalar

A alta hospitalar pode ser considerada para pacientes que, 24 horas após a conclusão da corticoterapia e suspensão da tocolise, tiveram o trabalho de parto interrompido, com membranas íntegras, processos infecciosos tratados ou descartados e vitalidade fetal garantida.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MANUAL TÉCNICO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO – MINISTÉRIO DA SAÚDE – págs. 70-77.

MANUAL DE CONDUITAS EM OBSTETRÍCIA / Maternidade Escola Januário Cicco. – Natal, RN: EDUFRN, 2015.

ZUGAIB, Marcelo – Obstetrícia. Ed. Manole, 2a edição, 2016.

CAMANO, Luiz – Obstetrícia (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar –UNIFESP). Ed. Manole, 1a edição, 2017.

REZENDE, Jorge - Obstetrícia Ed. Guanabara Koogan, 11ª edição, 2014.

MEAC – EBSERH. **Protocolo Clínico: Trabalho de parto prematuro**, 2020.

Souza E, Fava JL, Musiello RB, Camano L. **Trabalho de parto prematuro: uso racional da tocolise**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 29/ Comissão Nacional Especializada em Perinatologia).

#### 6. HISTÓRICO DE REVISÃO

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

Elaboração

Data: 26/05/2021

|                     |                                    |                           |                                |
|---------------------|------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                   | PRT.DM.025 - Página 12/12 |                                |
| Título do Documento | <b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b> | Emissão: 26/05/2021       | Próxima revisão:<br>26/05/2023 |
|                     |                                    | Versão: 1                 |                                |

|   |   |
|---|---|
| <p>Nome: Natália Raquel Galdino da Silva<br/>SIAPE: 1756154<br/>Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Bianca Karenina Brito de Medeiros<br/>SIAPE: 2199557<br/>Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Mônica Martins Nóbrega Galvão<br/>SIAPE: 2675917<br/>Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> | <p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b></p> <p><b>VIA SEI</b></p>                             |
| <p><b>Revisão</b></p> <p>Nome:<br/>SIAPE:<br/>Função:</p>   | <p>Data:</p> <p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b></p> <p><b>VIA SEI</b></p>                |
| <p><b>Validação</b></p> <p>Nome:<br/>SIAPE:<br/>Função: Membro SGQVS</p>  | <p>Data: ____/____/____</p> <p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b></p> <p><b>VIA SEI</b></p> |
| <p><b>Aprovação</b></p> <p>Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos<br/>Função: Gerente de Atenção à Saúde</p>  | <p>Data: ____/____/____</p> <p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b></p> <p><b>VIA SEI</b></p> |

*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: Natália Raquel Galdino da Silva, Bianca Karenina Brito de Medeiros, Mônica Martins Nobrega, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.025.



Documento assinado eletronicamente por **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 02/08/2021, às 08:23, 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 **Bianca Karenina Brito de Medeiros, Médico(a)**, em 25/08/2021, às 17:32, 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 19:38, 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 **Natália Raquel Galdino da Silva, Médico(a)**, em 26/08/2021, às 18:32, 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 **15173080** e o código CRC **AC29C6E9**.

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