

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.029 - Página 1/9	
Título do Documento	ASMA NA GRAVIDEZ	Emissão: 10/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 10/03/2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	2
3. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:	3
4. CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA ASMA	4
5. TRATAMENTO	4
6. TRATAMENTO DA CRISE ASMÁTICA	5
7. CUIDADOS PERIPARTO	7
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8
9. HISTÓRICO DE REVISÃO	8

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.029 - Página 2/9	
Título do Documento	ASMA NA GRAVIDEZ	Emissão: 10/03/2021	Próxima revisão: 10/03/2023
		Versão: 1	

1. INTRODUÇÃO

A asma é doença crônica frequente na gestação, acomete cerca de 8% das gestantes. É uma das principais intercorrências clínicas a afetar a gravidez, com baixa mortalidade e significativa morbidade associada a desfechos maternos e perinatais desfavoráveis.

Normalmente a gestante tem aumento do volume corrente pulmonar pelo estímulo da progesterona elevada no centro respiratório, porém tem demanda aumentada de oxigênio (elevação de 20% no consumo) e redução na capacidade residual funcional em 18% pela elevação da cúpula diafragmática. Desta forma, há um estado de hiperventilação fisiológico (alcalose respiratória compensada por acidose metabólica) na gestante: a gasometria é normal com pH 7.4-7.45, paO_2 de 106-110 mmHg e $paCO_2$ de 28-32 mmHg, enquanto que valores esperados na mulher não grávida seriam pH de 7.4, paO_2 de 91-95 mmHg e $paCO_2$ de 36-39.4 mmHg. Em situações normais este equilíbrio é bem estabelecido e supre adequadamente as demandas aumentadas do período gestacional, porém em situações adversas como na asma a resposta das gestantes também é alterada. Por exemplo, durante períodos de má ventilação pulmonar a gestante tende a uma dessaturação mais rápida. A hipoxemia materna ($paO_2 < 95$ mmHg) leva rapidamente a uma diminuição do suprimento de oxigênio para o feto e, nas situações de hipoxemia crônica ou recorrente, é esperado que se encontrem restrição do crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer.

A gravidez pode influenciar o curso da asma de forma variada, verificando-se melhora dos sintomas em um terço dos casos, piora do quadro em outro terço das pacientes e nenhuma alteração no restante das gestantes. Piora dos sintomas da asma na gravidez é mais frequente entre mulheres que apresentam controle inadequado da doença antes da gestação. Nos casos de asma mal controlada, a avaliação da vitalidade fetal deve ser rigorosa, buscando identificar possíveis repercussões para o futuro recém-nascido. A gestante asmática não controlada apresenta um risco aumentado de desenvolver pré-eclâmpsia, parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e parto cesariano.

2. DIAGNÓSTICO DE ASMA NA GRAVIDEZ

- O diagnóstico de asma é eminentemente clínico, com sintomas de dispneia, tosse crônica, sibilância e desconforto torácico (um ou mais sintomas), principalmente à noite e ao acordar;
- Ausculta pulmonar evidenciando sibilos expiratórios;
- Sintomas episódicos com melhora espontânea ou medicamentosa;
- Crises geralmente desencadeadas por exposição a alérgenos, exercícios físicos, mudanças climáticas ou infecções respiratórias.
- Hemograma e radiografia de tórax são importantes para afastar infecção pulmonar associada.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.029 - Página 3/9	
Título do Documento	ASMA NA GRAVIDEZ	Emissão: 10/03/2021	Próxima revisão: 10/03/2023
		Versão: 1	

A avaliação da dispneia e o diagnóstico de asma na gravidez representam desafios para clínicos e obstetras, pois 60-70% das gestantes relatam queixas de dispneia durante o curso de uma gestação normal. A dispneia fisiológica da gravidez encontra-se associada ao estado de hiperventilação normal da gestante e não é acompanhada das queixas típicas de asma: sibilância, tosse, e sensação de aperto no peito. Usualmente, as pacientes asmáticas apresentam história de diagnóstico da doença anterior à gravidez. Os sintomas da asma podem ser sazonais, pioram na presença de estímulos (exposição a alérgenos ou quadro de infecção de vias aéreas superiores) e tendem ao agravamento noturno.

A demonstração de obstrução reversível do fluxo aéreo através do exame de espirometria, que é o teste padrão-ouro para avaliar a função pulmonar, apresenta um VEF₁ (volume expiratório forçado no primeiro segundo) reduzido e uma variação da resposta de no mínimo 12% ou maior que 200 ml após a inalação broncodilatador, confirma o diagnóstico de asma na gravidez. No entanto, a presença de espirometria normal não exclui o diagnóstico, sendo aceito que pacientes com história clínica compatível, quando outras causas de dispneia forem afastadas e que apresentem melhora do quadro com tratamento adequado para asma sejam consideradas como tendo o diagnóstico de asma já que testes de provocação brônquica, devem ser evitados durante a gravidez.

Medidas diárias do melhor valor de volume expiratório da paciente com variações diurnas maiores que 20% sugerem diagnóstico de asma.

3. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:

- Dispneia fisiológica da gravidez
- Embolia pulmonar
- Embolia por líquido amniótico
- Bronquite
- Pneumonia
- Sinusite ou rinite com gotejamento posterior
- Insuficiência cardíaca
- Refluxo gastroesofágico
- Disfunção de cordas vocais
- Miocardiopatia periparto

O diagnóstico diferencial da asma na gestação é fundamental para o manejo correto das pacientes. Definir adequadamente as gestantes com asma é o primeiro passo para o acompanhamento satisfatório destas pacientes diante de uma doença que pode se apresentar de maneiras diversas durante a gestação.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.029 - Página 4/9	
Título do Documento	ASMA NA GRAVIDEZ	Emissão: 10/03/2021	Próxima revisão: 10/03/2023
		Versão: 1	

4. CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA ASMA

A gravidade da asma deve ser classificada de forma dinâmica, com uma reclassificação de acordo com o quadro clínico de cada consulta. Atualmente a asma é classificada de acordo com o grau de controle, não sendo mais categorizada em leve, moderada ou grave.

Os critérios de controle são:

- Ausência de despertares noturnos.
- Ausência de limitação das atividades físicas.
- Sintomas respiratórios menos que duas vezes por semana.
- Necessidade de uso de medicação de resgate menos que duas vezes por semana.
- VEF₁ normal (> 80% do previsto)

Considera-se *asma controlada* aquela que preenche todos os critérios de controle, *asma parcialmente controlada* aquela com um ou dois critérios alterados e *asma não controlada* quando houver três ou mais critérios alterados.

5. TRATAMENTO

O tratamento busca atingir o controle adequado da doença, com normalização das provas de função pulmonar, mínima presença de sintomas crônicos, exacerbações e mínima limitação de atividades. Considera-se mais seguro para a gestante asmática ser tratada com medicações para controle a longo prazo da asma, do que apresentar exacerbações ou sintomas da doença.

A gestante asmática deve ser orientada a respeito da teratogenicidade relacionada às medicações utilizadas para o tratamento da asma. Desta forma, as pacientes asmáticas mal controladas apresentam uma maior chance de complicações na gravidez e má-formação fetal. No entanto, as vantagens do controle da asma superam eventuais riscos associados ao uso das medicações necessárias.

O tratamento da asma consiste no controle dos sintomas respiratórios agudos (terapia de resgate) e prevenção de sintomas (terapia de manutenção). A manutenção visa reduzir os sintomas, prevenir as exacerbações e o remodelamento brônquico, melhorar a qualidade de vida e a função pulmonar da paciente.

A terapia de resgate utilizada em crises de asma durante a gravidez não difere do manejo da crise em pacientes não gestantes, objetivando manter a paciente com saturação de oxigênio acima de 95%, com monitorização fetal durante o evento. Embora o salbutamol seja classificado como C, é o broncodilatador de ação rápida mais estudado na gravidez, sendo recomendado para controle de exacerbações. A terapia de manutenção deve ser realizada tendo como drogas de primeira linha os corticoides inalatórios, sendo a budesonida, classe B, a droga

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.029 - Página 5/9	
Título do Documento	ASMA NA GRAVIDEZ	Emissão: 10/03/2021	Próxima revisão: 10/03/2023
		Versão: 1	

considerada de primeira escolha e, em algumas situações pode-se realizar a associação entre um droga beta2-agonista de longa duração com um corticoide inalatório (Quadro 1).

<i>Corticoides inalatórios</i>		
Droga	Dose diária	Observação
Budesonida	200 -1600 µg	Dose inicial 200 µg 12/12h
Beclometasona	250 – 1000 µg	Dose inicial 250 µg 12/12h
<i>Associações beta2-agonista longa duração + corticoide inalatório</i>		
Droga	Dose diária	
Formoterol + Budesonida 12/400 µg	1 – 2 inalações/dia	
Salmeterol + Fluticasona 25/125 µg, 25/250 µg ou 50/250 µg	1 inalação 12/12h	

Quadro 1: Terapia de manutenção da asma

A redução de medicações durante a gravidez deve ser evitada, pois não se justifica o risco de perder o controle da doença na gestação. Nos casos mais graves previamente a gestação, retirar o uso de corticoide oral ou mesmo reduzir as doses elevadas de corticoide inalatório podem ser considerados com muita cautela, desde que seja possível realizar a redução sem perda do controle.

Os antileucotrienos (montelucaste), categoria B, é considerado terceira linha de tratamento uma vez que existem poucos estudos na gestação. Está indicado quando não houver controle da asma mesmo após o uso do beta2-agonista de longa duração associado ao corticoide inalatório. A dose recomendada é de 10mg 1x ao dia.

Em relação ao corticoide sistêmico, pode-se fazer ciclos curtos de prednisona (40 – 60mg/dia por 5-7 dias) para controle dos sintomas.

Pacientes com asma bem-controlada podem apresentar eventuais exacerbações com necessidade de medicações de resgate: Salbutamol spray 100µg – inalar dois jatos de 6/6h.

A amamentação no pós-parto deve ser incentivada. Não há contraindicação para o uso de corticoide, β2-agonista e teofilinas durante a amamentação.

6. TRATAMENTO DA CRISE ASMÁTICA

- Suporte de **oxigênio** visando manter a saturação > 92%.
- Administração de **Beta2-agonista de ação rápida** por via inalatória, que é a medida mais importante para o alívio dos sintomas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.029 - Página 6/9	
Título do Documento	ASMA NA GRAVIDEZ	Emissão: 10/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 10/03/2023

- **Corticoide sistêmico** para resolução mais rápida da crise e prevenção da recorrência, devendo ser administrado nas crises graves, na ausência de resposta após inalação e em pacientes que já estavam fazendo uso de corticoide. O tratamento deve ser mantido por 5 a 7 dias.

- O **Sulfato de Magnésio** está indicado quando não houver resposta ao tratamento inicial, tendo em vista que apresenta ação broncodilatadora.

***CRITÉRIOS DE GRAVIDADE:**

- Frequência cardíaca > 110 bpm;
- Frequência respiratória > 30 irpm;
- Dispnéia moderada ou intensa;
- Uso de musculatura acessória acentuada;
- Cianose;
- Sudorese;
- Agitação;
- Confusão mental;
- PO₂ <60mmHg e PCO₂ >40mmHg;
- Saturação de O₂ <95% em ar ambiente (equivale a PO₂<60mmHg, levando à hipóxia fetal).

Broncodilatadores inalatórios	
Droga	Posologia
Salbutamol	2 – 4 jatos até de 20 em 20 minutos na primeira hora
Inalação: Soro fisiológico 10ml Fenoterol 6 – 10 gotas Ipratrópio 30 – 40 gotas	Uma inalação até de 20 em 20 minutos na primeira hora
Corticoides sistêmicos	
Hidrocortisona	Ataque de 200 – 300mg, endovenosa
Metilprednisolona	Ataque de 40mg, endovenosa
Prednisona	40 – 60mg via oral
Magnésio	
Sulfato de Magnésio	1 – 2g de magnésio diluído em 100ml de soro fisiológico e correr em 20 minutos, endovenoso

Quadro 2: Tratamento da crise asmática

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.029 - Página 7/9	
Título do Documento	ASMA NA GRAVIDEZ	Emissão: 10/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 10/03/2023

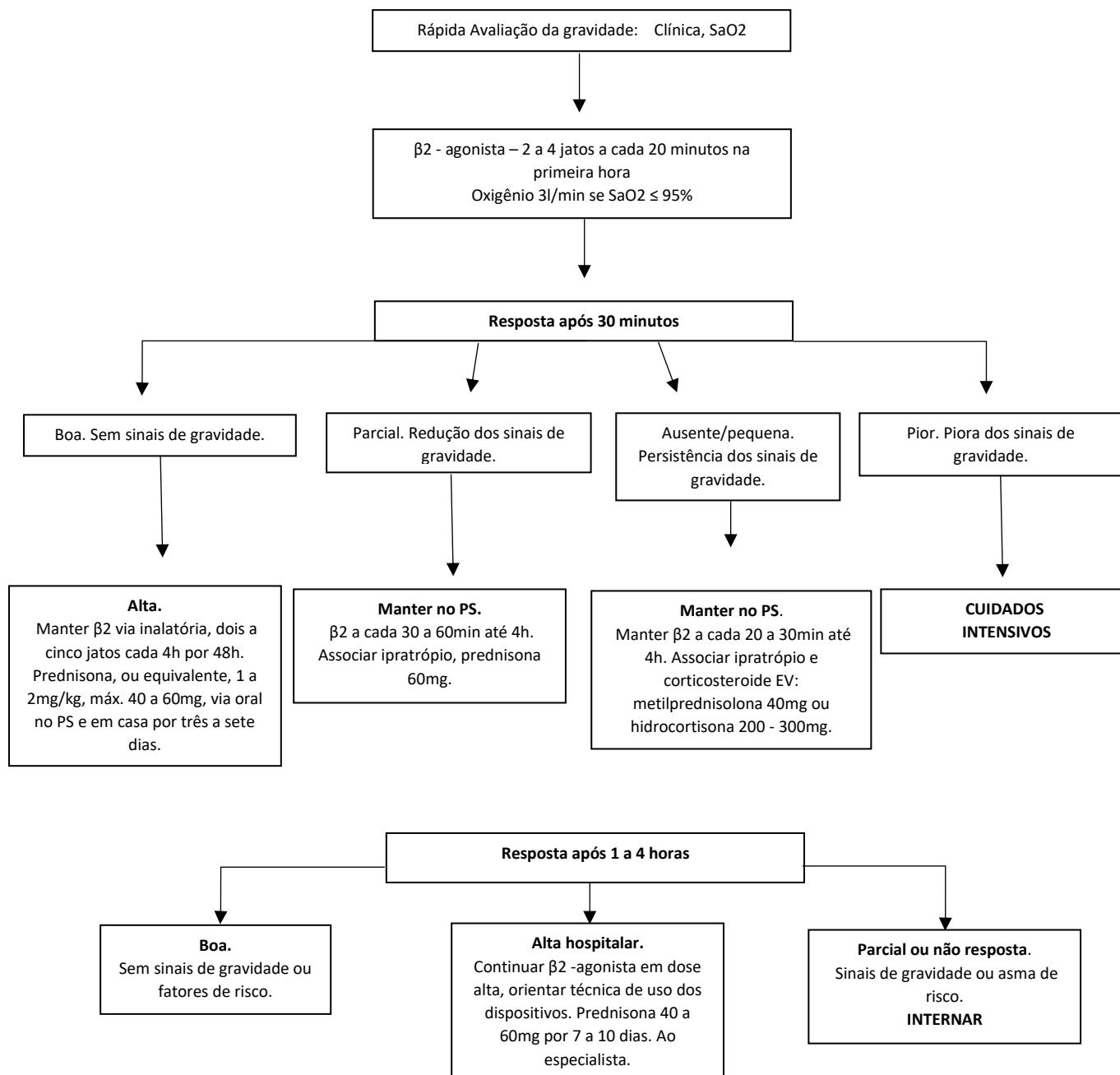


Figura 1 – Algoritmo do tratamento da crise de asma.

7. CUIDADOS PERIPARTO

- É muito importante a hidratação venosa durante a crise asmática, evitando-se desidratação.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.029 - Página 8/9	
Título do Documento	ASMA NA GRAVIDEZ	Emissão: 10/03/2021	Próxima revisão: 10/03/2023
		Versão: 1	

- A interrupção da gravidez está indicada se houver complicação materno-fetal.
- Durante o trabalho de parto podem ocorrer crises e as mesmas devem ser tratadas da mesma forma que em outro momento.
- A analgesia no trabalho de parto deve ser considerada, uma vez que a dor pode desencadear crises de broncoespasmo.
- É fundamental o uso de corticoide EV (hidrocortisona 100 mg 8/8h) por 24h após o parto, se a paciente recebeu corticoide sistêmico nas quatro últimas semanas.
- A ocitocina é a droga de escolha para indução do trabalho de parto e para controle de hemorragia pós-parto.
- O uso de ergotamina e prostaglandina F_{2α} (carboprost) pode causar broncoespasmo.
- Em caso de hemorragia, optar por ocitocina como primeira escolha e, se necessário, misoprostol (prostaglandina E1 não desencadeia broncoespasmo).

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. Rev bras alerg imunopatol. 2006;29:222-45.

Mauro M. de Aguiar, José A. Rizzo, Maria E.P.L. e Silva Lima, Elias F. de Melo Junior, Emanuel S.C. Sarinho. **Asma na gravidez: atualização no manejo.** Braz J Allergy Immunol. – Vol. 1. N° 3, 2013.

Mayra Sette Rotsen Junqueira, Claudia Vaz de Melo Sette, Christiane Salgado Sette, José Helvécio Kalil de Souza. **Asma e gravidez: uma abordagem completa.** Rev Med Minas Gerais 2014; 24(3): 367-373.

Osmundo Júnior GS. **Asma e gravidez.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 86/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

Schatz M, Weinberger S. **Management of asthma during pregnancy.** UpToDate. 2021. Disponível em www.uptodate.com. Acesso em 10/03/2021.

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

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

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.029 - Página 9/9	
Título do Documento	ASMA NA GRAVIDEZ	Emissão: 10/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 10/03/2023

--	--	--

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Karina Sampaio Cavalcanti Rodrigues SIAPE: 1094578 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Mônica Martins Nóbrega Galvão SIAPE: 2675917 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	<p>Data: 10/03/2021</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Revisão</p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>	<p>Data:</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Validação</p> <p>Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS</p>	<p>Data: ___/___/_____</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Aprovação</p> <p>Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde</p>	<p>Data: ___/___/_____</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</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: Karina Sampaio Cavalcanti Rodrigues, Mônica Martins Nobrega, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.029.



Documento assinado eletronicamente por **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 26/07/2021, às 08:27, 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 19:42, 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, informando o código verificador **14563307** e o código CRC **28B48016**.

Referência: Processo nº 23527.003914/2021-21

SEI nº 14563307

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, informando o código verificador **16437568** e o código CRC **880F63A7**.

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

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.029

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Karina Sampaio Cavalcanti Rodrigues SIAPE: 1094578 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Mônica Martins Nóbrega Galvão SIAPE: 2675917 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	
<p>Revisão</p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>	
<p>Validação</p> <p>Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS</p>	
<p>Aprovação:</p> <p>Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde</p>	

Santa Cruz, 28/06/2021

Documento assinado eletronicamente