

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.031 - Página 1/12	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL	Emissão: 12/05/2021	Próxima revisão: 12/05/2023
		Versão: 1	

SUMÁRIO

1. OBJETIVOS	2
2. JUSTIFICATIVAS	2
3. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DO BEM ESTAR FETAL ANTENATAL	2
3.1 Mobilograma.....	3
3.2 Cardiotocografia	3
3.3 Perfil Biofísico Fetal	7
3.4 Dopplerfluxometria	9
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10
5. HISTÓRICO DE REVISÃO	11

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.031 - Página 2/12	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL	Emissão: 12/05/2021	Próxima revisão: 12/05/2023
		Versão: 1	

1. OBJETIVOS

- ✓ O objetivo da avaliação do bem estar fetal anteparto é identificar fetos em risco de morte intrauterina ou complicações neurológicas de hipóxia intrauterina progressiva lenta (crônica) e intervir para prevenir desfechos adversos.
- ✓ Normatizar as condutas na avaliação e no cuidado das pacientes atendidas e acompanhadas no Hospital Universitário Ana Bezerra;
- ✓ Garantir que sejam realizadas as melhores práticas no tocante ao binômio materno-fetal;
- ✓ Orientar acadêmicos de medicina e residentes nas indicações e interpretação dos exames que serão realizados;

2. JUSTIFICATIVAS

A avaliação da vitalidade fetal antenatal visa prevenir a morte perinatal, particularmente nas gestações de alto risco, evitando a hipoxemia fetal, acidemia e óbito. Sendo assim, contribui-se para a redução da anóxia e do dano neurológico fetal.

São vários os testes e métodos de avaliação do bem-estar fetal, que facilitam o planejamento e a oportunidade de admissão hospitalar ou indicação do parto.

Apesar de estudos confirmarem que não há benefícios na utilização de métodos de propedêutica armada para avaliação do bem-estar fetal em gestações de baixo risco, esses exames estão cada vez mais presentes no cotidiano dos médicos, daí a importância do conhecimento de suas indicações, bem como da interpretação de seus resultados.

Desse modo, os métodos que serão descritos aplicam-se ao seguimento de gestações de **alto risco**, com exceção da observação de movimentos fetais e da ausculta dos batimentos cardíacos fetais, que devem ser realizadas em todas as consultas de pré-natal.

3. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DO BEM ESTAR FETAL ANTENATAL

Para uma avaliação adequada do bem estar fetal pode-se lançar mão de algumas ferramentas que irão auxiliar no diagnóstico precoce de hipoxemia fetal, tais como mobilograma, cardiotocografia, perfil biofísico fetal e doppler.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.031 - Página 3/12	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL	Emissão: 12/05/2021	Próxima revisão: 12/05/2023
		Versão: 1	

3.1 Mobilograma

Tem por objetivo a avaliação materna do número de movimentos fetais em diferentes períodos do dia, uma vez que a presença de atividade fetal é indicativa de bem-estar fetal.

A atividade fetal pode sofrer influência tanto de fatores internos, como alterações placentárias, doenças maternas ou má-formação fetal, assim como de fatores externos, como atividade materna exagerada, uso de medicamentos sedativos, de álcool e de cigarros.

Nas gestações de risco habitual, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da 34ª semana de gestação e nas de alto risco a partir da 26ª semana.

Há várias formas de realizar essa avaliação, porém, a que parece ser mais apropriada, é contar os movimentos fetais durante uma hora, em decúbito lateral esquerdo, após as refeições. Quatro ou mais movimentos fetais em uma hora são considerados tranquilizadores; se esses movimentos estiverem diminuídos, deve-se procurar atendimento médico para realizar uma avaliação complementar como a cardiotocografia.

Outra forma é avaliar os movimentos fetais ao longo do dia, caso a mãe observe que houve uma diminuição dos movimentos em 50% em relação ao dia anterior ou se no total houve menos de 10 movimentos ao longo do dia, ela deve procurar atendimento médico.

3.2 Cardiotocografia

A cardiotocografia é método de avaliação do bem-estar fetal que utiliza parâmetros que espelham o grau de hipoxemia do sistema nervoso fetal pela avaliação da frequência cardíaca fetal. É um exame mais utilizado para descartar do que para prever o comprometimento fetal, uma vez que as taxas de falso-positivo giram ao redor de 50%.

Deve ser realizada com a paciente em posição de semi-Fowler ou em decúbito lateral esquerdo e terá uma duração de 20 minutos. Uma avaliação não adequada, na cardiotocografia de repouso, deve ser acompanhada por outros testes, tais como, estimulação vibroacústica ou perfil biofísico fetal.

A cardiotocografia anteparto deve ser realizada em gestantes que não apresentam contração uterina com o intuito de avaliar a vitalidade fetal, nas seguintes indicações:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.031 - Página 4/12	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL	Emissão: 12/05/2021	Próxima revisão: 12/05/2023
		Versão: 1	

INDICAÇÕES PARA CARDIOTOCOGRAFIA ANTEPARTO	
Condições maternas	Condições relacionadas à gravidez
Diabetes mellitus pré-gestacional	Hipertensão gestacional
Hipertensão	Pré-eclâmpsia
Lúpus eritematoso sistêmico	Diminuição do movimento fetal
Doença renal crônica	Diabetes mellitus gestacional (mal controlado)
Síndrome do anticorpo antifosfolípide	Oligoâmnio
Hipertireoidismo	Restrição de crescimento fetal
Hemoglobinopatias	Gestação pós-termo
Doença cardíaca cianótica	Isoimunização
	Morte fetal em gestação anterior
	Gestação gemelar monocoriônica

A linha de base normal durante o exame é de 110 – 160 bpm em 10 minutos. Taquicardia é considerada quem os batimentos cardíacos fetais encontram-se superiores a 160 bpm por mais de 10 minutos e bradicardia com estão inferiores a 110 bpm por mais de 10 minutos.

Considera-se padrão ativo, na cardiotocografia de repouso, quando há duas ou mais acelerações da frequência cardíaca fetal em um período de 20 min, sendo que cada uma aceleração deve durar no mínimo 15 segundos e alcançar um pico de 15 batimentos acima do nível basal, e padrão hipoativo quando, após 20 min, não há acelerações.

Como a situação anterior pode corresponder ao período de sono fetal, deve-se continuar o exame por mais 20 minutos. Caso o padrão persista, deve-se promover o estímulo sonoro (colocando uma buzina sobre o pólo cefálico fetal, por cerca de 3 a 5 segundos ininterruptos) e observar o tipo de resposta encontrado. O resultado é normal (feto reativo) quando há aumento maior que 20 bpm da frequência cardíaca fetal em relação à linha de base anterior por 3 minutos, e resultado alterado (hiporreativo e não reativo) quando não ocorre esse padrão de resposta. Quando não houver uma resposta adequada o estímulo pode ser repetido por até 3 vezes.

Antes de 32 semanas de idade gestacional, 50% dos fetos normais terão uma avaliação cardiotocográfica não reativa secundária à imaturidade da inervação simpática e parassimpática fetal. Dessa forma, em gestações entre 28 e 32 semanas, pode-se utilizar como referência acelerações de 10 bpm com duração de 10 segundos.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.031 - Página 5/12	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL	Emissão: 12/05/2021	Próxima revisão: 12/05/2023
		Versão: 1	

A cardiocotografia intraparto deve ser realizada em gestantes com risco de hipoxemia/acidose fetal durante o trabalho de parto, conforme a tabela a seguir:

INDICAÇÕES CARDIOTOCOGRAFIA INTRAPARTO		
Causas maternas	Causas fetais	Intraparto
Hipertensão arterial	Restrição de crescimento fetal	Taquissistolia
Diabetes	Oligoâmnio	Febre intraparto
Pré-eclâmpsia	Alteração de doppler	Indução do parto
Pós-datismo	Líquido meconial	Alteração na ausculta fetal intermitente
Amniorrexe há mais de 24h	Prematuridade (> 28 semanas)	Hemorragia vaginal
Indução do trabalho de parto com misoprostol		

A cardiocotografia NÃO deve ser realizada de rotina na admissão hospitalar de pacientes de risco habitual, essas pacientes devem ser conduzidas com a ausculta cardíaca fetal intermitente durante o acompanhamento do trabalho de parto.

As desacelerações (diminuição na frequência cardíaca fetal abaixo da linha de base, de mais de 15 bpm com duração superior a 15 segundos) podem ser precoces, tardias, variáveis e prolongadas. As precoces são aquelas que coincidem com a contração uterina e estão relacionadas com a compressão do polo cefálico, não sugere hipóxia/acidose fetal. As tardias apresentam um início cerca de 20 segundos após o início da contração, com nadir após o ápice da contração e, sugere hipóxia/acidose fetal. As desacelerações variáveis apresentam uma queda rápida em menos de 30 segundos e um retorno rápido, está relacionada a compressão do cordão umbilical e raramente está associada a hipóxia/acidose fetal. E a desaceleração prolongada é aquela que dura mais de 3 minutos e, se durar mais de 5 minutos com a frequência cardíaca fetal < 80bpm, sugere hipóxia/acidose fetal e indica intervenção urgente.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.031 - Página 6/12	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL	Emissão: 12/05/2021	Próxima revisão: 12/05/2023
		Versão: 1	

INTERPRETAÇÃO DA CARDIOTOCOGRAFIA			
	CATEGORIA 1 NORMAL	CATEGORIA 2 SUSPEITA	CATEGORIA 3 PATOLÓGICA
Interpretação	Todos os parâmetros presentes	- Ausência de pelo menos 1 parâmetro da categoria 1 - Ausência de nenhum da categoria 3	Pelo menos 1 parâmetro presente
Linha de base	Normal	- Bradicardia com variabilidade - Taquicardia	Bradicardia
Variabilidade	Normal	Mínima, ausente (sem desacelerações recorrentes) ou aumentada	Ausente ou padrão sinusoidal (amplitude de 5 a 15bpm com 3 a 5 ciclos/minuto, durando mais de 30 minutos e sem acelerações)
Acelerações	Presentes ou ausentes	Ausentes ao estímulo fetal	Ausentes
Desacelerações	- Tardias ou variáveis: ausentes - Precoces: presentes ou ausente	- Desaceleração variável recorrente (> 50% das contrações) acompanhada por variabilidade normal ou mínima - Desaceleração prolongada (> 2min) - Desaceleração variável com outras características, como retorno lento à linha de base	- Tardia recorrente (com variabilidade ausente) - Variável recorrente (com variabilidade ausente)
Conduta	Feto sem hipóxia Nenhuma intervenção	Feto com pequena probabilidade de hipóxia Corrigir causas reversíveis*, monitoramento próximo ou métodos complementares para avaliar oxigenação fetal	Feto com alta probabilidade de hipóxia Ação imediata para corrigir causas reversíveis* e providenciar o parto imediato.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.031 - Página 7/12	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL	Emissão: 12/05/2021	Próxima revisão: 12/05/2023
		Versão: 1	

* Intervenções para tentar corrigir causas reversíveis:

- Colocar a paciente em decúbito lateral esquerdo;
- Administrar oxigênio;
- Hidratação venosa;
- Suspender ocitocina ou misoprostol;
- Administrar tocolítics em caso de taquissístolia (≥ 5 contrações / 10min).

3.3 Perfil Biofísico Fetal

Exame de avaliação de bem-estar fetal que pode prever a hipóxia tecidual aguda e crônica. Baseia-se na hipótese de que a integridade das atividades biofísicas fetais reflete o grau de oxigenação do sistema nervoso fetal. Tem alto valor preditivo negativo da mortalidade fetal em 72 a 96 horas subsequentes ao teste. É indicado para o acompanhamento de gestações de alto risco.

Ele utiliza marcadores biofísicos de sofrimento fetal agudo, que são a presença de movimentos respiratórios, movimentos fetais, o tônus fetal e a cardiocardiografia em repouso, associados com um marcador de sofrimento fetal crônico, que é a avaliação da quantidade de líquido amniótico.

O grau de queda na concentração de oxigênio necessária para abolir uma determinada saída do centro regulador do sistema nervoso central varia de acordo com o centro. Os centros que regulam a respiração fetal e as acelerações da frequência cardíaca fetal podem ser afetados por hipoxemia leve, o movimento fetal tem um limiar mais alto antes de serem afetados pela hipoxemia e o centro de tônus fetal tem o limiar mais alto. Assim, as atividades biofísicas fetais agudas respondem à hipoxemia em uma cascata previsível e fisiologicamente baseada: perda dos movimentos respiratórios fetais e acelerações da frequência cardíaca fetal, seguidas por diminuição dos movimentos fetal e, por fim, perda do tônus fetal.

Quanto mais parâmetros agudos estiverem ausentes (ou seja, quanto menor a pontuação do PBF), menor a probabilidade de a alteração ocorrer devido ao estado de sono e maior a probabilidade da causa ser patológica. A extensão do período de observação para abranger a duração habitual dos ciclos do estado do sono (20 a 40 minutos) minimiza a possibilidade de confundir patológico com causas fisiológicas de um parâmetro agudo ausente, desta forma, o feto deve ser avaliado pelo período de 30 minutos antes de atribuir o valor 0 para qualquer um dos parâmetros agudos. A estimulação acústica fetal pode ser realizada quando há suspeita de sono fetal.

Uma pontuação de 10/10 ou 8/10 **sem oligoâmnio** é tranquilizadora do bem-estar fetal; 6/10 sem oligoâmnio é um resultado de teste ambíguo e deve ser repetido dentro de 24 horas

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.031 - Página 8/12	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL	Emissão: 12/05/2021	Próxima revisão: 12/05/2023
		Versão: 1	

se não houver resolução da gestação; e 0/10 a 4/10 sugerem um alto risco de asfixia fetal dentro de uma semana se nenhuma intervenção terapêutica for realizada.

Pontuações de 6/10 ou 8/10 **com oligoâmnio** (0 pontos para líquido amniótico) são testes anormais, pois o risco de asfixia fetal dentro de uma semana é de 89/1000, com tratamento expectante.

Os escores do perfil biofísico fetal devem ser interpretados no contexto da idade gestacional, fatores maternos e obstétricos. Uma pontuação baixa do PBF em uma paciente de alto risco exige que o profissional considere os riscos fetais e neonatais do manejo expectante versus parto e parto quando a pontuação aponta um maior risco fetal.

A idade gestacional mínima para iniciar o teste deve refletir o limite inferior em que a intervenção com o parto pode ser considerada, geralmente utiliza-se a idade gestacional de 32 semanas. Repetimos um escore PBF normal (10/10 ou 8/10 sem oligoâmnio) semanalmente ou duas vezes por semana até o parto quando a condição de alto risco persistir e parecer estável e, mais frequentemente quando houver piora significativa do estado clínico (por exemplo, pré-eclâmpsia grave, atividade fetal diminuída, restrição severa do crescimento fetal com doppler alterado).

As variáveis, o resultado, a interpretação e a conduta são:

VARIÁVEIS	NOTA 2	NOTA 0
Movimento corporal fetal	3 ou + movimentos corporais ou de membros em 30 min.	< 3 movimentos em 30 min
Movimento respiratório fetal	1 ou + movimentos respiratórios com duração de 30 seg. em 30 min.	Ausência de movimentos ou movimentos com duração inferior a 30 seg. em 30 min.
Tônus fetal	1 ou + movimentos de flexão/extensão de membros ou abertura/fechamento de mão em 30 minutos	Ausência de movimentos ou movimentos insatisfatórios
Maior bolsão de líquido amniótico	1 bolsão \geq 2 cm	Bolsão < 2 cm
Cardiotocografia anteparto	2 acelerações transitórias de 15 bpm com duração de 15 segundos em 20 minutos	Aceleração insatisfatória e/ou < 2 acelerações em 20 min.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.031 - Página 9/12	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL	Emissão: 12/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 12/05/2023

RESULTADO	INTERPRETAÇÃO	MORTALIDADE PERINATAL	CONDUTA
10 ou 8 9 (líquido normal)	Resultado normal	1/1000	Resolução por indicação materna
8 (líquido anormal)	Comprometimento fetal crônico?	60/1000	Investigar líquido amniótico
6 (líquido normal) 6 (líquido anormal)	Resultado suspeito Anóxia possível	Variável 90/1000	Resolução se maturidade pulmonar ou reavaliação em 24h
4 2 0	Resultado patológico	90/1000 125/1000 600/1000	Resolução imediata

3.4 Dopplerfluxometria

A avaliação das velocidades do fluxo sanguíneo nos vasos materno-fetais fornece informações a respeito do fluxo sanguíneo uteroplacentário e das respostas fetais aos desafios fisiológicos. A implantação anormal da placenta como na pré-eclâmpsia, resulta em alterações hemodinâmicas progressivas na circulação feto-placentária. O índice de pulsatilidade (IP) da artéria umbilical aumentam quando há comprometimento de 60 – 70% da placenta. Conseqüentemente há uma redução no IP da artéria cerebral média com o redirecionamento da circulação fetal para os órgãos nobres (principalmente para o cérebro, coração e suprarenais). Por fim o fluxo diastólico da artéria umbilical torna-se ausente ou reverso e há um aumento na resistência do sistema venoso fetal com o ducto venoso mostrando-se alterado. Essas alterações ocorrem em períodos variáveis de tempo e estão correlacionados com a acidose fetal.

As informações obtidas a partir da avaliação das ondas do doppler variam de acordo com o vaso analisado e com a idade gestacional. O doppler da artéria umbilical é mais comumente realizado quando a hipoxemia fetal é uma preocupação. O pico da velocidade sistólica da artéria cerebral média é utilizado para avaliar anemia fetal.

Em gestações de alto risco que apresentam insuficiência placentária o manejo obstétrico guiado pelos achados do doppler da artéria umbilical pode melhorar a mortalidade e a morbidade perinatais. A avaliação com a dopplerfluxometria deve ser restrita para as gestações em que há insuficiência placentária / restrição de crescimento fetal (**VIDE PROTOCOLO DE RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL**), uma vez que não foi demonstrado nenhum benefício nem melhora nos

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.031 - Página 10/12	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL	Emissão: 12/05/2021	Próxima revisão: 12/05/2023
		Versão: 1	

desfechos perinatais com a realização desta avaliação em gestações de com crescimento fetal normal.

O padrão da onda do estudo doppler da artéria umbilical é compatível com baixa resistência, baixo índice de pulsatilidade com fluxo diastólico de alta velocidade. Quando há restrição de crescimento por insuficiência placentária o fluxo diastólico vai reduzindo chegando a ficar ausente e até mesmo reverso conforme o agravamento do quadro.

Nas gestações a termo a redistribuição do fluxo fetal avaliada pelo doppler da artéria umbilical, artéria cerebral média e da relação cerebroplacentária parece ser superior em relação a avaliação isolada do doppler da artéria umbilical quanto aos desfechos perinatais. No entanto, ainda não existem fortes evidências científicas que comprovem a melhoria nos desfechos perinatais, desta forma, não é recomendada a avaliação da artéria cerebral média e da relação cerebroplacentária para determinar qual melhor momento para realizar o parto em gestações a termo.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MANNING FA. **Biophysical profile test for antepartum fetal assessment** – UpToDate. Disponível em www.uptodate.com. Acesso em 12/05/2021.

MAULIK DEV. **Doppler ultrasound of the umbilical artery for fetal surveillance** – UpToDate 2021. Disponível em www.uptodate.com. Acesso em 12/05/2021.

FRETTS RC. **Decreased fetal movement: Diagnosis, evaluation and management**. Disponível em www.uptodate.com. Acesso em 12/05/2021.

SIGNORE C, SPONG C. **Overview of antepartum fetal surveillance**. Disponível em www.uptodate.com. Acesso em 12/05/2021.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Cardiotocografia anteparto**. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 17/Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal).

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. **Perfil Biofísico Fetal**. Cap.23. Pag.659-661.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.031 - Página 11/12	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL	Emissão: 12/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 12/05/2023

GONÇALVES ER, PAIVA JP, FEITOSA FEL. **Cardiotocografia**. Protocolos assistenciais em obstetrícia (livro eletrônico): Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Pag. 69-76.

FEBRASGO - Manual de Assistência Pré-natal 2014. **Avaliação do bem estar fetal**. p.147-150

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Mychelle Amaral Araújo dos Santos SIAPE: 1922122 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Mônica Martins Nóbrega Galvão SIAPE: 2675917 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	<p>Data: 12/05/2021</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>

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.031 - Página 12/12	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL	Emissão: 12/05/2021	Próxima revisão: 12/05/2023
		Versão: 1	

Aprovação	Data: ___/___/_____
Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos	ASSINATURA ELETRÔNICA
Função: Gerente de Atenção à Saúde	VIA SEI

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>

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.031

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Mychelle Amaral Araújo dos Santos SIAPE: 1922122 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, 30/08/2021

Documento assinado eletronicamente

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: Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Mônica Martins Nobrega, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.031.



Documento assinado eletronicamente por **Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Médico(a)**, em 30/08/2021, às 21:55, 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 30/08/2021, às 22:15, 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 **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 14/09/2021, às 09:31, 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 **15908799** e o código CRC **B2EA1AB0**.