

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.033 - Página 1/11	
Título do Documento	SOFRIMENTO FETAL	Emissão: 14/04/2021	Próxima revisão: 14/04/2023
		Versão: 1	

SUMÁRIO

1. OBJETIVO	2
2. JUSTIFICATIVAS	2
3. REFERENCIAL TEÓRICO	2
4. DIAGNÓSTICO	3
4.1 Ausculta intermitente	4
4.2 Cardiotocografia (CTG)	4
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9
6. HISTÓRICO DE REVISÃO	10

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.033 - Página 2/11	
Título do Documento	SOFRIMENTO FETAL	Emissão: 14/04/2021	Próxima revisão: 14/04/2023
		Versão: 1	

1. OBJETIVO

Tentar fazer uma predição da exposição fetal à hipóxia e diagnosticar precocemente o sofrimento fetal agudo é atuar no sentido de minimizar as conseqüências da hipóxia intraútero, reduzindo assim a morbi-mortalidade perinatal.

2. JUSTIFICATIVAS

No Brasil a mortalidade neonatal passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir dos anos 90, e, diferentemente do observado para a mortalidade pós-neonatal, vem se mantendo estabilizada em níveis elevados. A maior parte dos óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce (0-6 dias de vida), cerca de 40% no primeiro dia de vida, e um número significativo acontece ainda nas primeiras horas de vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto em maternidades.

Além da prematuridade, uma das causas importantes do óbito neonatal é a asfixia intraparto, que, em princípio, pode acometer qualquer feto e principalmente aqueles com sofrimento fetal crônico. O desenvolvimento de lesões neurológicas permanentes depende do grau, da duração da asfixia e das condições fetais prévias ao parto, podendo algumas vezes levar ao óbito no período intraparto ou pós parto.

Dessa forma, a monitorização fetal intraparto, através da avaliação da frequência cardíaca fetal, visa diferenciar os fetos bem-oxigenados que não necessitam de intervenções, daqueles mal oxigenados que necessitam de intervenções rápidas para evitar lesão permanente do sistema nervoso central, especialmente, paralisia cerebral e o óbito fetal.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O sofrimento fetal agudo (SFA) é conceitualmente a asfixia persistente e progressiva cuja gravidade, se não revertida, leva ao esgotamento dos mecanismos compensatórios fetais, resultando em morte celular neuronal. Caracteriza-se, bioquimicamente por hipóxia, hipercapnia e acidose. Pode ser reconhecido de forma indireta por alterações nas atividades biofísicas fetais, principalmente em sua frequência cardíaca. Há uma recomendação do ACOG para que se substitua o termo SFA por “estado fetal não tranquilizador”.

A incidência do SFA é variável, pois se relaciona à presença ou ausência dos múltiplos fatores causadores da hipóxia intrauterina. No geral, a asfixia perinatal tem uma prevalência em torno de 2% de todas as gestações.

Todas as situações ou fatores capazes de interferir ou dificultar, de forma abrupta, a oxigenação tecidual do concepto são potencialmente capazes de causar o SFA. O suprimento de oxigênio fetal depende: da oxigenação materna, do fluxo uterino e placentário, das trocas gasosas na placenta, e da capacidade fetal de distribuição de oxigênio. Alterações no compartimento materno, placentário ou fetal, podem comprometer as trocas gasosas, levando à hipóxia.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.033 - Página 3/11	
Título do Documento	SOFRIMENTO FETAL	Emissão: 14/04/2021	Próxima revisão: 14/04/2023
		Versão: 1	

Principais mecanismos de hipóxia fetal intraparto:

Compartmento materno	Atividade uterina excessiva Hipoxemia materna Hipotensão materna
Compartmento placentário	Insuficiência placentária crônica Eventos placentários agudos
Compartmento intrauterino	Esgotamento das reservas energéticas fetais Fluxo sanguíneo umbilical insuficiente Limitação fetal de transporte/distribuição de oxigênio

Desta forma, o próprio trabalho de parto se destaca como um importante fator determinante do SFA, pois a contração determina redução aguda e temporária nas trocas materno-fetais. O trabalho de parto fisiológico é um processo onde as repetidas contrações levam ao pinçamento temporário dos vasos sanguíneos maternos resultando em eventos hipóxicos auto-limitados. Estes eventos considerados fisiológicos resultam em determinado grau de acidemia, suportável pelo feto saudável. O feto bem adaptado a um ambiente intrauterino de baixa oxigenação, está apto a suportar o estado de hipoxemia intermitente do trabalho de parto, através do uso de suas reservas calóricas e da ativação dos seus mecanismos fisiológicos de compensação.

Se a hipóxia aguda persistir e/ou o feto já apresentar comprometimento de suas reservas energéticas no período anteparto, como acontece nos casos de insuficiência placentária, pode haver um esgotamento dos mecanismos adaptativos ao trabalho de parto, levando à descompensação cardiovascular e acidose metabólica. A resposta cardiovascular fetal à hipóxia depende da intensidade, da frequência e da velocidade de instalação do insulto hipóxico e da reserva fetal e placentária.

O SFA pode resultar assim em danos neurológicos importantes e até mesmo morte do concepto. Porém, é importante ressaltar que os principais fatores que geram lesão neurológica neonatal estão associados a condições prévias ao nascimento, tais como malformações congênitas, prematuridade, infecções congênitas e crescimento intrauterino restrito.

4. DIAGNÓSTICO

A monitorização fetal intraparto pode ser realizada por ausculta intermitente dos batimentos cardíofetais, cardiotocografia contínua (externa ou interna), ou intercalando os dois métodos periodicamente. Outros métodos de monitorização, tais como cardiotocografia interna com avaliação do segmento ST, oximetria de pulso e coleta sangue do escalpe fetal para mensuração do pH e/ou lactato, ainda, necessitam de comprovação de sua utilidade na prática clínica. A

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.033 - Página 4/11	
Título do Documento	SOFRIMENTO FETAL	Emissão: 14/04/2021	Próxima revisão: 14/04/2023
		Versão: 1	

determinação do volume e do aspecto do líquido amniótico também podem auxiliar na avaliação do bem-estar.

4.1 Ausculta intermitente

A ausculta da frequência cardíaca fetal (FCF) com o estetoscópio de Pinard ou com o sonar Doppler é um método simples, barato e acessível. Indicada para gestações de baixo e moderado risco, é o método mais utilizado no acompanhamento da vitalidade fetal intraparto em todo o mundo e não é considerado inferior à monitorização eletrônica nestas gestações.

Existem diversas técnicas descritas de como realizar o monitoramento. De modo geral. A frequência cardíaca fetal deve ser avaliada a cada 15 a 30 minutos, no primeiro período, e a cada 5 a 15 minutos, no segundo período do trabalho de parto, durante um minuto antes, durante e após duas contrações (pelo menos 30 segundos após a contração). Importante mensurar a frequência cardíaca basal e observar a presença de acelerações, desacelerações e movimentos fetais.

4.2 Cardiotocografia (CTG)

O sistema nervoso central modula a FCF através do equilíbrio das forças do sistema nervoso autônomo: simpático e parassimpático. Assim a FCF pode refletir, indiretamente, o grau de oxigenação cerebral. A CTG consiste na captação e registro contínuo dos batimentos cardíacos fetais, podendo ser realizada com transdutores externos ou internos. No entanto, seu emprego de rotina na assistência ao parto é controverso. Estudos demonstram que existe grande variação intra e interobservador na interpretação da CTG. As taxas de falso positivo deste exame na predição de paralisia cerebral são superiores a 99%. Aproximadamente 30% dos fetos vão exibir, em algum momento do parto, padrão não tranquilizador a CTG. A monitorização eletrônica tem alta sensibilidade (capacidade de detectar os fetos saudáveis quando realmente o são), mas apresenta baixa especificidade (capacidade de se detectar feto comprometido quando ele realmente é). Esta limitação de especificidade relaciona-se a incapacidade deste método determinar diretamente o status da oxigenação fetal.

Estudos evidenciam que a monitorização fetal eletrônica, quando comparada à ausculta intermitente em gestações de médio e baixo risco, surpreendentemente, aumenta as taxas de cesariana e de parto vaginal operatório, e apesar de reduzir o risco de convulsões neonatais, não reduz o risco de paralisia cerebral e nem tão pouco de mortalidade perinatal.

Entretanto, existe uma recomendação da ACOG para que gestações de alto risco sejam monitoradas durante o trabalho de parto com a CTG. As indicações de monitorização contínua intraparto (situações de maior risco para hipóxia/acidose fetal) seriam:

- Alteração na ausculta intermitente;
- Presença de líquido meconial;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.033 - Página 5/11	
Título do Documento	SOFRIMENTO FETAL	Emissão: 14/04/2021	Próxima revisão: 14/04/2023
		Versão: 1	

- Tempo de ruptura prematura de membrana prolongado (após 24 horas);
- Febre intraparto ou corioamnionite;
- Sangramento anteparto;
- Uso de ocitocina ou analgesia de parto;
- Fase ativa trabalho de parto acima de 12 horas ou período expulsivo acima de uma hora;
- Cesariana prévia;
- Qualquer doença materna que possa influir na oxigenação fetal (diabetes, pré-eclâmpsia, colestase gravídica, etc.);
- Gestação pós-termo ou prematura;
- Oligoâmnio ou alteração no Doppler;
- Crescimento intrauterino restrito (tanto precoce como tardio); g
- Gestação múltipla.

Quando empregada de forma intermitente, a duração do exame é de aproximadamente 20 minutos, podendo-se prolongar em casos suspeitos. Diante de variabilidade ausente ou diminuída e/ ou ausência de aceleração transitória, pode-se realizar estímulo vibroacústico ou mecânico sobre o polo cefálico que pode ser repetido três vezes, a cada minuto, se não houver resposta.

O traçado cardiotocográfico deve ser interpretado de acordo com o quadro clínico e a fase do trabalho de parto. Mudanças na frequência cardíaca basal durante a evolução do trabalho de parto, especialmente, diminuição da variabilidade e taquicardia, e presença de desacelerações com duração maior que 60 segundos e com recuperação lenta da linha de base, devem causar preocupação.

Existem diversas classificações do traçado cardiotocográfico na literatura, sendo a mais utilizada no Brasil a de NICHD/ACOG (National Institute of Child Health and Human Development/ American College of Obstetricians and Gynecologists), que divide os traçados em três categorias com intuito de facilitar a interpretação deste exame. Na análise são observadas cinco variáveis:

- LINHA DE BASE:
 - Média aproximada dos valores da frequência cardíaca observada em 2 minutos, não necessariamente consecutivos, em um traçado de pelo menos 10 minutos, excluídas as acelerações, desacelerações ou período de variabilidade aumentada.
 - **Normal:** de 110 a 160 bpm

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.033 - Página 6/11	
Título do Documento	SOFRIMENTO FETAL	Emissão: 14/04/2021	Próxima revisão: 14/04/2023
		Versão: 1	

▪ **Taquicardia:** acima de 160 bpm por pelo menos 10 minutos. Isoladamente tem pouco valor preditivo para acidose, mas pode estar presente nas fases iniciais da resposta ao estímulo hipóxico de instalação não aguda. Descartar outras causas, tais como febre (infecção materna e fetal, analgesia de parto), prematuridade, movimentação fetal excessiva, ansiedade materna, hipertireoidismo, anemia fetal, taquiarritmia fetal (geralmente acima de 200 bpm), uso de medicamentos (β -adrenérgicos, bloqueadores parassimpáticos) e de cocaína.

▪ **Bradycardia:** abaixo de 110 bpm por pelo menos 10 minutos. Quando associada à acidose, geralmente, é precedida por outras alterações, especialmente variabilidade mínima ou ausente e ausência de acelerações. Pode ocorrer devido a evento catastrófico (prolapso cordão, ruptura uterina, descolamento prematuro de placenta); ou à hipotensão materna, à hipotermia, à hipoglicemia, ao pós-datismo, à bradiarritmia fetal, à descida rápida da apresentação, ao uso de medicamentos (β -bloqueadores, anestesia) e à taquissístolia.

- VARIABILIDADE:

- São oscilações da linha de base, irregulares em amplitude e frequência, observadas num período de 10 minutos, excluindo acelerações ou desacelerações.

- **Ausente:** não detectada a olho nu. Padrão geralmente terminal.

- **Mínima:** amplitude menor ou igual a 5 bpm. Pode estar associado à acidemia, especialmente, na ausência de acelerações transitórias e presença de desacelerações tardias e variáveis. Descartar período de sono fetal (duração de 20 a 60 minutos; reverte espontaneamente ou com emprego de estímulo vibroacústico ou do polo cefálico com o toque vaginal), uso de medicamentos (opioides, sulfato de magnésio, bloqueadores parassimpáticos), prematuridade extrema, infecção, má-formação sistema nervoso central e coração, dano neurológico prévio.

- **Moderada ou normal:** amplitude de 6 a 25 bpm. Geralmente, indica ausência de acidose, mesmo se associada à desaceleração.

- **Acentuada:** amplitude maior que 25 bpm. Significado indeterminado. Pode ser decorrente de movimentação fetal intensa ou de depressão do sistema nervoso central consequente a evento hipóxico de instalação rápida.

- ACELERAÇÕES:

- Aumento abrupto (menos de 30 segundos) de pelo menos 15 bpm da linha de base com duração de 15 segundos a 10 minutos; considerada prolongada se durar entre 2 e 10 minutos.

- Em fetos com menos de 32 semanas, a amplitude pode ser menor (10 bpm com duração de pelo menos 10 segundos).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.033 - Página 7/11	
Título do Documento	SOFRIMENTO FETAL	Emissão: 14/04/2021	Próxima revisão: 14/04/2023
		Versão: 1	

- Geralmente associadas ao movimento fetal.

- **DESACELERAÇÕES:**

- Queda da FCF. Podem ser periódicas (quando associadas às contrações) ou episódicas (quando não associadas às contrações); recorrentes (em mais de 50% das contrações em 20 minutos) ou intermitentes (em menos de 50% das contrações em 20 minutos).

- **Precoce:** queda e recuperação lenta da linha de base (mais de 30 segundos); simétrica; coincidente com a contração; duração de 15 segundos a 2 minutos. Geralmente sem significado clínico. Está associada à compressão do polo cefálico no final do trabalho de parto.

- **Tardia:** queda e recuperação lenta da linha de base; simétrica; início, nadir e recuperação ocorrem após início, pico e final da contração; duração de 15 segundos a 2 minutos. Resposta reflexa à hipóxia mediada pelos quimiorreceptores. Isoladamente, tem pouco valor preditivo para acidose, mesmo quando recorrente. Sugere insuficiência uteroplacentária se não houver recuperação com as medidas de reanimação intrauterina, evoluir com aumento da frequência cardíaca basal ou se associada à variabilidade mínima ou ausente e ausência de acelerações transitórias. Descartar taquissistolia, hipotensão e hipóxia materna.

- **Variável:** queda e recuperação abrupta da linha de base (menos de 30 segundos); queda de pelo menos 15 batimentos com duração de 15 segundos a 2 minutos; quando associada à contração, apresenta aparência variável em contrações sucessivas. É a mais frequente. Resposta reflexa à hipóxia mediada pelos barorreceptores após compressão do cordão e aumento da pressão arterial. Considerada típica quando apresenta pequena aceleração antes e após a desaceleração (shoulder), queda e recuperação rápida à linha de base. É considerada atípica se recorrente, que progride em profundidade e duração (especialmente se duração maior que 60 segundos e queda maior que 60 bpm ou que alcança 60 bpm), com perda da aceleração antes e/ou depois da desaceleração ou da variabilidade durante a desaceleração, recuperação lenta ou sem recuperação da linha de base ou seguida de taquicardia compensatória (overshoot), ou morfologia geminada. Nesses casos, pode estar associada à acidose. A presença de variabilidade normal e/ou acelerações transitórias sugere que o feto não está acidótico. Associada à circular de cordão, ao período expulsivo, ao cordão curto, ao oligoâmnio e à amniorrexe.

- **Prolongada:** queda de 15 bpm, por 2 a 10 minutos. Reverte espontaneamente em 6 a 9 minutos se causada por reflexo vagal, porém pode ser decorrente de evento catastrófico (prolapso cordão, ruptura uterina, descolamento prematuro de placenta, ruptura de vasa prévia, colapso/hipotensão materna, etc.), taquissistolia, descida rápida da apresentação fetal, toque vaginal e outros. Pior prognóstico se durar mais de 5 minutos, houver variabilidade mínima/ausente antes ou durante a desaceleração, desaceleração tardia/variável prévia, queda maior que 60 bpm ou atingir basal abaixo de 80 bpm.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.033 - Página 8/11	
Título do Documento	SOFRIMENTO FETAL	Emissão: 14/04/2021	Próxima revisão: 14/04/2023
		Versão: 1	

• **CONTRAÇÕES:**

- Normal até 5 contrações em 10 minutos.
- Taquissístolia se 6 ou mais contrações.

Classificação dos traçados da cardiotocografia:

Categorias cardiotocográficas e recomendações	Características do traçado
<p>Categoria I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traçado normal - Baixo risco acidose metabólica - Vigilância habitual 	<p>Deve incluir todas as variáveis abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Linha de base 110-160 bpm - Variabilidade moderada - Sem desacelerações tardias ou variáveis - Com ou sem desacelerações precoces ou acelerações transitórias
<p>Categoria II*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traçado indeterminado - Risco indefinido acidose metabólica - Prosseguir propedêutica - Estreitar vigilância <p>* Traçados não classificados como categoria I ou III</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bradicardia sem variabilidade ausente - Taquicardia - Variabilidade mínima ou aumentada - Variabilidade ausente sem desacelerações recorrentes - Ausência de aceleração após estímulo fetal - Desacelerações variáveis recorrentes com variabilidade mínima ou moderada - Desacelerações prolongadas - Desacelerações tardias recorrentes com variabilidade moderada - Desacelerações variáveis com outras características: retorno lento à linha de base, overshoot e shoulder
<p>Categoria III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traçado anormal - Alto risco acidose metabólica - Corrigir causas reversíveis e adicionar outros métodos de avaliação da oxigenação fetal, se disponíveis (exceto nas situações 	<ul style="list-style-type: none"> - Variabilidade ausente com desacelerações tardias ou variáveis recorrentes ou com bradicardia - -Padrão sinusoidal: 3 a 5 ondas regulares por minuto em forma de sino, de pequena amplitude, que persiste por 20 minutos

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.033 - Página 9/11	
Título do Documento	SOFRIMENTO FETAL	Emissão: 14/04/2021	Próxima revisão: 14/04/2023
		Versão: 1	

emergenciais como DPP, ruptura uterina, prolapso de cordão.

- Indicada interrupção imediata se não houver reversão em poucos minutos.

Diante de avaliação alterada, deve-se tentar elucidar a causa e adotar medidas de reanimação intrauterina para revertê-la, se possível, melhorando a oxigenação fetal, quais sejam:

Manejo	Efeito	Benefício potencial
Reposicionar a gestante em decúbito lateral	- Evita compressão aortocava e melhora perfusão uteroplacentária - Alivia compressão cordão umbilical	Reversão de desacelerações tardias, variáveis e prolongadas
Suspensão puxos maternos	Diminui compressão polo cefálico	Reversão de desacelerações precoces
Suspensão ocitocina e administração de uterolítico	Reduz taquissístolia melhorando a oxigenação fetal	- Reversão de desacelerações tardias, variáveis e prolongadas - Tratamento da taquissístolia
Administração de oxigênio para a mãe	Aumento do aporte de oxigênio para o feto	Melhora da oxigenação fetal (eficácia questionável)
Hidratação endovenosa	Correção de hipovolemia materna	Melhora da perfusão uteroplacentária
Amnioinfusão	Alivia compressão de cordão	Reversão de desacelerações variáveis e prolongadas

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Silveira SK, Trapani Júnior AT. **Monitorização fetal intraparto**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 100/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

ACOG Committee Opinion 326. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. **Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia**. *Obstet Gynecol* 2005; 106(6): 1469–70

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.033 - Página 10/11	
Título do Documento	SOFRIMENTO FETAL	Emissão: 14/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 14/04/2023

ACOG Practice Bulletin 106. **Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles.** American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2009; 114(1):192-202.

Montenegro CAB, Rezende Filho J. **Sofrimento Fetal Agudo.** Rezende Obstetrícia fundamental. 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.418-28.

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Bianca Karenina Brito de Medeiros SIAPE: 2199557 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Karina Sampaio Cavalcanti Rodrigues SIAPE: 1094578 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	<p>Data: 14/04/2021</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>Data: ___/___/_____</p>

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.033 - Página 11/11	
Título do Documento	SOFRIMENTO FETAL	Emissão: 14/04/2021	Próxima revisão: 14/04/2023
		Versão: 1	

Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos	ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI
Função: Gerente de Atenção à Saúde	

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

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: Bianca Karenina Brito de Medeiros, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.033.



Documento assinado eletronicamente por **Bianca Karenina Brito de Medeiros, Médico(a)**, em 25/08/2021, às 17:55, 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 **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 14/09/2021, às 09:29, 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 **15633766** e o código CRC **BF7EA0ED**.

Referência: Processo nº 23527.003914/2021-21

SEI nº 15633766

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.033

Elaboração

Nome: Bianca Karenina Brito de Medeiros

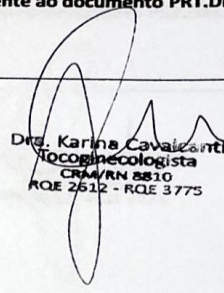
SIAPE: 2199557

Função: Médica Ginecologista e Obstetra

Nome: Karina Sampaio Cavalcanti Rodrigues

SIAPE: 1094578

Função: Médica Ginecologista e Obstetra



Dr. Karina Cavalcanti
Ginecologista
CRM/RN 8810
RQE 2612 - RQE 3775

Revisão

Nome:

SIAPE:

Função:

Validação

Nome:

SIAPE:

Função: Membro SGQVS

Aprovação:

Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos

Função: Gerente de Atenção à Saúde

Santa Cruz, 01/08/2021

Documento assinado eletronicamente