

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.044 - Página 1/10	
Título do Documento	EPILEPSIA NA GESTAÇÃO	Emissão: 15/03/2021	Próxima revisão: 15/03/2023
		Versão: 1	

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	2
2. EPIDEMIOLOGIA	2
3. USO DE DROGAS ANTIEPILEPTICAS E REPERCUSSÕES FETAIS	3
4. CONDUTA	4
4.1 Conduta pré-concepcional	4
4.2 Conduta durante a gravidez	5
4.3 Conduta no parto	7
4.4 Conduta no período pós-parto	8
5. GRÁFICO	8
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9
7. HISTÓRICO DE REVISÃO	9

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.044 - Página 2/10	
Título do Documento	EPILEPSIA NA GESTAÇÃO	Emissão: 15/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/03/2023

1. INTRODUÇÃO

A epilepsia é a patologia neurológica mais frequente encontrada na gestação, afetando cerca de 0.5% das gestantes.

Embora a maioria das mulheres com epilepsia tenha gestações sem complicações, elas correm um risco aumentado de uma série de complicações perinatais em comparação com a população em geral, incluindo pré-eclâmpsia, hemorragia, restrição de crescimento fetal, natimortalidade e mortalidade materna. Seus filhos têm um risco aumentado de grandes malformações congênitas e resultados adversos no desenvolvimento neurológico. No entanto, muitos desses riscos podem ser modificados pela seleção cuidadosa do tipo e dose de medicamentos antiepiléticos antes da concepção e continuando durante a gravidez.

Um estudo sobre internações hospitalares nos EUA entre 2007 e 2011 comparando mulheres com e sem epilepsia evidenciou que além da morte fetal, natimorto e parto prematuro, as mulheres com epilepsia têm um aumento pequeno, mas significativo, do risco de vários resultados perinatais adicionais, dentre eles destacam-se: parto cesáreo, hipertensão relacionada à gravidez, pré-eclâmpsia, hemorragia pré-parto e pós-parto, incluindo hemorragia pós-parto grave, trabalho de parto prematuro e restrição de crescimento fetal.

Além das preocupações com a exposição fetal a drogas antiepiléticas (DEAs), há riscos para o feto devido às convulsões maternas, principalmente as tônico-clônicas generalizadas que podem levar à hipóxia e acidose láctica. Outros riscos adicionais incluem as lesões no feto, descolamento da placenta ou perda fetal devido a trauma materno sofrido durante uma convulsão.

2. EPIDEMIOLOGIA

Os principais fatores de risco para convulsões durante a gravidez incluem a frequência inicial de convulsões antes da gravidez e síndromes focais de epilepsia. Outros incluem tipo de DAE, politerapia, adesão do paciente e o não monitoramento terapêutico dos medicamentos.

Algumas mulheres que experimentam aumento da frequência de crises são privadas de sono ou não aderem aos medicamentos devido a preocupações com os efeitos do medicamento no feto em desenvolvimento.

Indivíduos com epilepsia têm uma prevalência aumentada de depressão e ansiedade em comparação com indivíduos sem epilepsia, e isso parece ser verdade durante a gravidez e também no período pós-parto. A detecção da depressão durante a gravidez e o pós-parto é importante porque estão disponíveis tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, e doenças não tratadas podem ter consequências para mãe e filho.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.044 - Página 3/10	
Título do Documento	EPILEPSIA NA GESTAÇÃO	Emissão: 15/03/2021	Próxima revisão: 15/03/2023
		Versão: 1	

3. USO DE DROGAS ANTIEPILÉPTICAS E REPERCUSSÕES FETAIS

Há um risco aumentado de malformações congênitas graves em fetos expostos a DEAs. O risco relatado de malformações congênitas graves com uso materno de DAE é de 4 a 6%, em comparação com uma estimativa populacional de 2 a 3%.

As principais malformações mais comuns associadas aos DEAs são: defeito do tubo neural, cardiopatia congênita e defeitos do trato urinário, anormalidades esqueléticas e fendas orais.

Um relatório de 2019 da Liga Internacional Contra Epilepsia (ILAE) concluiu que o valproato está associado ao maior risco de malformações congênitas graves, enquanto o fenobarbital e o topiramato estão associados a um risco intermediário, e a lamotrigina e o levetiracetam estão associados ao menor risco. O relatório do ILAE também observou que o risco é dependente da dose.

A politerapia com um regime que inclui valproato ou topiramato representa um risco particularmente alto para malformações graves. Algumas combinações de politerapia, no entanto, não apresentam risco substancialmente elevado de malformações graves e estão sendo usadas com mais frequência para evitar o uso de valproato durante a gravidez, especialmente em mulheres em idade fértil com síndromes de epilepsia que são constituídas por crises de início generalizado.

Mulheres com uma gravidez exposta ao DAE, resultando em malformações graves, apresentam risco aumentado nas gestações subsequentes.

Uma história familiar de defeitos congênitos, inclusive do lado paterno, e um baixo nível de escolaridade materna foram identificados como fatores de risco adicionais para malformações graves do feto, pelo menos em alguns estudos.

Há um risco aumentado de restrição ao crescimento fetal e nascimento de bebês pequenos para a idade gestacional (PIG) com exposição pré-natal a topiramato, zonisamida, carbamazepina, valproato e fenobarbital tanto em mono como em politerapia. O risco parece ser mais pronunciado com o topiramato.

Em todos os registros de gravidez, a monoterapia com valproato está associada às maiores taxas de malformações graves e, portanto, seu uso deve ser evitado. A fenitoína e a monoterapia com fenobarbital também foram associadas a taxas basais relativamente altas de malformações graves. A monoterapia com carbamazepina, topiramato e zonisamida está associada a taxas modestas de malformações importantes, enquanto a lamotrigina e levetiracetam e oxcarbazepina apresentam taxas mais baixas de malformação maior que são semelhantes às taxas na população em geral.

A exposição ao valproato no útero está associada ao desenvolvimento de defeitos do tubo neural (por exemplo, espinha bífida, mielocelo lombossacra aberta) em 1 a 2% dos fetos. Padrões adicionais de malformações graves no primeiro trimestre incluem fendas orais, malformações cardiovasculares e urogenitais e múltiplas malformações. Foram relatados ainda,

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.044 - Página 4/10	
Título do Documento	EPILEPSIA NA GESTAÇÃO	Emissão: 15/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/03/2023

casos raros de coagulopatia neonatal devido a hipofibrinogenemia induzida pela droga. O efeito do ácido valpróico no risco de malformação é dependente da dose, mas uma dose segura mais baixa não foi estabelecida.

As principais malformações descritas com o uso da fenitoína são as fendas orofaciais, malformações cardíacas e defeitos geniturinários. Malformações do coração, estruturas orofaciais e urogenitais ocorrem com maior frequência com fenobarbital.

4. CONDUTA

4.1 Conduta pré-concepcional

Diante da gravidade e do aumento da morbimortalidade materna e fetal, recomenda-se que pacientes portadoras de epilepsia, idealmente, tenham sua gravidez planejada para mulheres com DEAs. Isso permite que a equipe clínica e o paciente escolham o melhor regime de tratamento para o controle da doença, com um perfil de risco teratogênico estrutural e neurodesenvolvimental aceitável baixo.

Para as mulheres que tomam contraceptivos hormonais, o uso de DEAs indutores de enzimas está associado a um risco elevado de gravidez não planejada. Assim, para mulheres com esses DEAs, é ideal usar as opções de contraceptivos reversíveis de ação prolongada (LARC) de dispositivos intra-uterinos (DIUs) ou depósito de acetato de medroxiprogesterona (DMPA) intramuscular.

A evidência mais clara dos efeitos dos DEAs indutores de enzimas nos contraceptivos hormonais vem de estudos com carbamazepina. Um relatório demonstrou que a carbamazepina diminuiu os níveis de contraceptivos à base de estrogênios, permitindo a ovulação durante o uso de um contraceptivo oral de baixa dose. Outro estudo em mulheres em uso de implante contraceptivo demonstrou que a carbamazepina reduziu as concentrações de etonogestrel abaixo do limiar da supressão ovulatória. Por outro lado, um relatório demonstrou boa segurança e aceitabilidade do uso de um dispositivo intra-uterino de progesterona em 20 mulheres com epilepsia.

Após comprovação eletroencefalográfica, se a paciente precisa de DEAs o obstetra e o neurologista que a acompanham devem se questionar se ela está tomando os medicamentos mais adequados e qual a dose mínima para manter o controle das crises.

Se uma mulher ficou sem convulsões por um período satisfatório e ela atende aos critérios gerais para considerar a interrupção dos medicamentos, sugerimos fazê-lo pelo menos 6 a 12 meses antes de engravidar, pois o risco de recorrência de convulsões após a retirada é maior durante esse período.

Para mulheres com epilepsia em idade fértil que planejam gravidez, a lamotrigina ou levetiracetam em monoterapia são preferidas como opções de tratamento de primeira linha, porque possuem os dados mais abundantes e consistentes para baixo risco teratogênico estrutural e do desenvolvimento neurológico durante a gravidez. No entanto, o clínico deve considerar muitos

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.044 - Página 5/10	
Título do Documento	EPILEPSIA NA GESTAÇÃO	Emissão: 15/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/03/2023

fatores ao escolher quais DEAs prescrever para fornecer o melhor equilíbrio entre controle das crises maternas e efeitos colaterais mínimos versus riscos para o feto em desenvolvimento.

As principais considerações são falhas anteriores da medicação (se houver), síndrome da epilepsia e tipos de convulsões, gravidade da convulsão, efeitos adversos e comorbidades. A tomada de decisão sobre medicamentos deve ser considerada neste contexto e em parceria com o paciente informado após o aconselhamento. Embora seja especialmente difícil mudar de um regime de DEA que esteja funcionando, algumas mulheres optam por mudar os medicamentos para um DEA que tenha demonstrado baixos riscos fetais, enquanto outras optam por permanecer no seu regime atual.

Como já mencionado, o valproato deve ser evitado em todas as situações, com a rara exceção de que pode ser usado como último recurso quando outros DEAs foram tentados e falharam em fornecer um controle adequado das convulsões. Se o valproato for usado, ele deve ser prescrito na menor dose efetiva, se possível, almejando doses de 500 a 600 mg / dia e níveis plasmáticos mais baixos (<70 mcg / mL), a menos que seja absolutamente necessário para controlar convulsões.

Dado que as doses mais altas de ácido fólico não foram associadas a efeitos adversos, sugere-se administrar ácido fólico, pelo menos 1 mg por dia, para todas as mulheres com potencial para engravidar que estão tomando DEAs, começando antes da concepção e continuando durante a gravidez. Para mulheres que tomam carbamazepina ou valproato, ou aquelas com uma gravidez anterior afetada por um defeito no tubo neural ou com um defeito no tubo neural que afeta um dos pais, sugerimos uma dose mais alta de ácido fólico de 4 mg por dia. As diretrizes ainda são divergentes, porém um relatório de 2019 do ILAE conclui que as mulheres com potencial para engravidar que tomam DEA devem tomar pelo menos 0,4 mg por dia de folato.

4.2 Conduta durante a gravidez

Durante a gravidez e o período intra-parto, as mulheres são mais propensas a serem expostas a potenciais desencadeadores de crises e podem ter um aumento na ocorrência de crises. Os gatilhos comuns incluem privação do sono e aumento do estresse emocional, além de náuseas e vômitos que afetam os níveis das medicações. O risco de crises agravadas é aumentado em pacientes com maior frequência basal de crises antes da gravidez e com epilepsia focal.

O aconselhamento adequado sobre a tentativa de reduzir os gatilhos convulsivos e enfatizar a adesão à medicação durante a gravidez pode atenuar esses riscos potenciais. O aconselhamento deve enfatizar a necessidade contínua de terapia com DEA, uma vez que qualquer risco potencial ao feto relacionado à exposição ao DEA deve ser ponderado em relação ao risco de lesão ao feto e à mãe causada por convulsões aumentadas na ausência de terapia eficaz com DEA.

Dadas as alterações no volume de distribuição e o aumento da depuração renal e do metabolismo hepático dos medicamentos antiepiléticos (DAE) associados à gravidez, os níveis sanguíneos de DEAs devem ser monitorados em intervalos regulares, a saber:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.044 - Página 6/10	
Título do Documento	EPILEPSIA NA GESTAÇÃO	Emissão: 15/03/2021	Próxima revisão: 15/03/2023
		Versão: 1	

- Rotineiramente em intervalos de quatro semanas durante a gravidez e começando quando a gravidez é relatada.

- Uma vez na visita pós-parto de seis semanas.

- Imediatamente se o paciente relatar ou apresentar aumento da atividade convulsiva ou agravamento da gravidade da convulsão.

- Imediatamente se o paciente apresentar tonturas, visão turva ou outras queixas comuns associadas à toxicidade do medicamento para DEA.

Quando os níveis sanguíneos de DAE não estão disponíveis, um relatório de 2019 da Liga Internacional Contra Epilepsia (ILAE) observa que é razoável aumentar a dose de DEA após o primeiro trimestre para mulheres com epilepsia quando as seguintes condições se aplicam:

- O tratamento envolve DEAs propensos a alterações acentuadas na depuração (lamotrigina, levetiracetam e oxcarbazepina) durante a gravidez;

- As crises incluem crises focais a crises tônico-clônicas generalizadas ou bilaterais;

- O controle das crises foi sensível a alterações nos níveis de DAE antes da gravidez;

- A paciente iniciou a gravidez com a menor dose efetiva de DAE.

Com poucas exceções, não se recomenda alterar os DEAs durante uma gravidez estabelecida apenas com o objetivo de reduzir o risco de malformações fetais relacionadas a DEE. Fazer isso provavelmente é ineficaz como forma de evitar o teratogênio estrutural, enquanto potencialmente arriscado em relação à ocorrência de crises convulsivas. No entanto, há evidências de que os padrões de prescrição para mulheres em idade fértil com epilepsia estão mudando para DEAs com perfis teratogênicos mais favoráveis.

Essas seleções costumam ser feitas antes da concepção, o que ressalta a importância de selecionar DEAs com base no potencial de uma gravidez não planejada e planejada. Se o DAE for alterado, a troca deve ser realizada com tempo adequado para determinar a eficácia e a tolerância do novo regime bem antes da concepção.

Há poucas exceções. Se uma mulher com uma gravidez não planejada estiver tomando vários DEAs, e considerar-se que o controle das crises não seria comprometido significativamente, pode ser razoável remover um ou mais DEAs para diminuir a exposição fetal aos DEAs com risco desfavorável ou desconhecido perfil. Outra possível exceção seria uma mulher em uso de valproato cujas convulsões não provaram ser refratárias a outros DEAs; nesse caso, a transição do valproato a qualquer momento da gravidez (quanto mais cedo melhor) pode diminuir o risco de atraso no desenvolvimento do neurodesenvolvimento e autismo.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.044 - Página 7/10	
Título do Documento	EPILEPSIA NA GESTAÇÃO	Emissão: 15/03/2021	Próxima revisão: 15/03/2023
		Versão: 1	

4.3 Conduta no parto

A maioria das mulheres com epilepsia tem parto vaginal normal e o modo de parto deve ser determinado por indicações obstétricas. Portanto, é essencial manter a concentração alvo de DEA da mulher individualizada conhecida por proteger contra convulsões durante o terceiro trimestre e durante o parto.

O manejo da dor e o ambiente da sala de parto e parto devem ser otimizados para as mulheres com epilepsia. A consulta com anestesia deve ser realizada no início do trabalho de parto, se não antes da admissão para o parto. Incentivamos ativamente nossos pacientes com epilepsia a receber analgesia neuroaxial durante o trabalho de parto. Com uma peridural adequadamente administrada, muitas mulheres podem cochilar ou dormir durante o primeiro estágio do trabalho de parto e, assim, minimizar as conseqüências potenciais da privação do sono e minimizar o estresse associado à dor. As visitas de familiares devem ser evitadas a fim de permitir o descanso e diminuir estímulos externos. A iluminação pode ser reduzida para incentivar o sono em intervalos apropriados.

Em caso de crises convulsivas durante o parto, o lorazepam é considerado a droga de escolha e deve ser deixado à beira do leito ou pelo menos na sala de parto para todas as mulheres com epilepsia durante o trabalho de parto. Geralmente, recomendamos 1 mg IV para crises não-convulsivas e 2 mg IV para uma convulsão tônico-clônica generalizada.

A ocorrência de uma convulsão durante o trabalho de parto não deve alterar o modo de parto pretendido, desde que a convulsão possa ser tratada e os medicamentos profiláticos administrados. A monitoração fetal contínua deve ser aplicada o mais rápido possível após o diagnóstico de uma convulsão. O traçado cardíaco fetal será temporariamente deprimido por uma convulsão materna, mas deve retornar a uma categoria apropriada dentro de cinco minutos.

Dado o risco subjacente de descolamento da placenta associado à convulsão materna, a deterioração progressiva da faixa de frequência cardíaca fetal ou sua falha em retornar ao status tranquilizador é uma indicação para um parto acelerado.

Sulfato de magnésio não é um tratamento apropriado para convulsões epiléticas. No entanto, quando as crises ocorrem pela primeira vez durante o terceiro trimestre da gravidez ou no período pós-parto precoce, pode ser difícil distinguir eclâmpsia de um novo início ou recidiva tardia da epilepsia. A consulta imediata com o pessoal médico materno-fetal é necessária nesta circunstância. É necessário tratamento da eclâmpsia e avaliação de outras etiologias para a convulsão.

Algumas drogas anticonvulsivantes, como a fenitoína, a primidona e o fenobarbital diminuem o transporte da vitamina K através da placenta, o que pode ocasionar o risco de hemorragia fetal e neonatal. Nesses casos, administrar à mãe 20mg/dia de vitamina K durante o último mês de gravidez e 1mg IM ao recém-nascido

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.044 - Página 8/10	
Título do Documento	EPILEPSIA NA GESTAÇÃO	Emissão: 15/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/03/2023

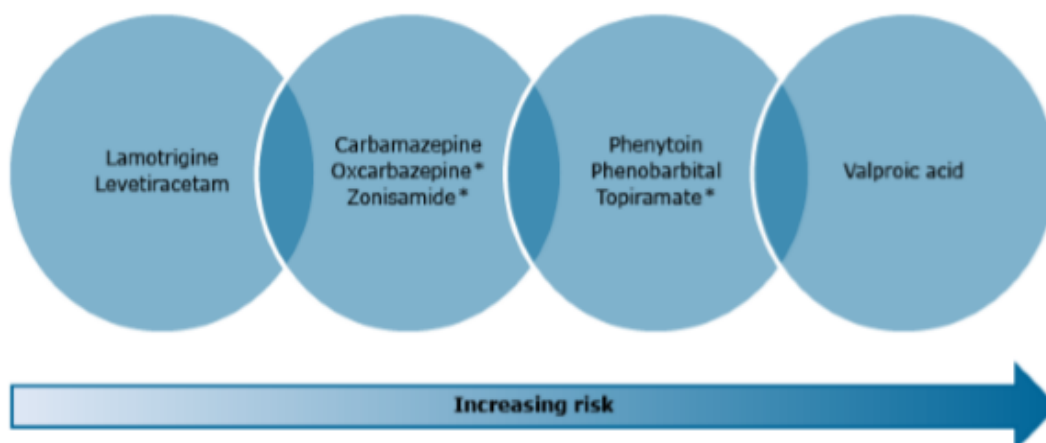
4.4 Conduta no período pós-parto

Após o parto, fenobarbital, primidona e benzodiazepínicos permanecem no plasma neonatal por vários dias. Esses medicamentos podem causar sedação e hiperresponsividade no recém-nascido, e a avaliação e a ressuscitação devem ser realizadas por pessoal qualificado em neonatologia. Existem poucos relatos de sedação neonatal com os outros DEAs em monoterapia. No entanto, a politerapia com DAE e uma alta carga de drogas podem estar associadas a um maior risco de sedação neonatal, diminuição da responsividade e má alimentação, e o recém-nascido pode desenvolver características semelhantes à síndrome da abstinência neonatal nos primeiros dias de vida.

Durante o período pós-parto, a taxa de redução da dose do DAE depende principalmente da via primária de eliminação de cada DAE individual. Devem ser tomadas medidas para evitar a privação do sono, o que aumenta o risco de convulsões. A terapia com DAE geralmente não é considerada uma contraindicação para a amamentação.

5. GRÁFICO

Perfis de risco teratogênico de medicamentos antiepiléticos



Resumo dos perfis de risco teratogênico relativo dos medicamentos antiepiléticos, com base nos dados disponíveis. Os perfis de risco incluem dados sobre as principais malformações congênitas, crescimento fetal e resultados de desenvolvimento neurológico, quando disponíveis, considerando a faixa de riscos relativos relatados em vários estudos, número de pacientes estudados e intervalos de confiança.

LTG: lamotrigina; LEV: levetiracetam; CBZ: carbamazepina; OXC: oxcarbazepina; ZNS: zonisamida; PHT: fenitoína; PB: fenobarbital; TPM: topiramato; APV: valproato.

* Os resultados do desenvolvimento neurológico ainda não são conhecidos.

Adapted by permission from: Springer: Neurotherapeutics. Pennell PB. Use of Antiepileptic Drugs During Pregnancy: Evolving Concepts. Neurotherapeutics 2016; 13:811. Copyright © 2016. <https://link.springer.com/journal/13311>.

Graphic 118230 Version 2.0

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.044 - Página 9/10	
Título do Documento	EPILEPSIA NA GESTAÇÃO	Emissão: 15/03/2021	Próxima revisão: 15/03/2023
		Versão: 1	

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. **Epilepsia**. p.227-228.

Pennell, Página B MD, Thomas McElrath, MD, PhD **Management of epilepsy during preconception, pregnancy, and the postpartum period** – UpToDate.

Pennell, Página B MD, Thomas McElrath, MD, PhD. **Risks associated with epilepsy during pregnancy and postpartum period** – UpToDate.

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(*Itens obrigatórios apenas para os Protocolos Assistenciais)

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Mychelle Amaral Araújo dos Santos SIAPE: 1922122 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Paula Angélica de Araújo Alves Lopes SIAPE: 2199506 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	<p>Data: 15/03/2021</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA</p> <p>VIA SEI</p>
<p>Revisão</p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>	<p>Data:</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA</p> <p>VIA SEI</p>

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.044 - Página 10/10	
Título do Documento	EPILEPSIA NA GESTAÇÃO	Emissão: 15/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/03/2023

Validação Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS	ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI
Aprovação Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde	ASSINATURA ELETRÔNICA 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>

CERTIDÃO

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Paula Angélica de Araújo Alves Lopes, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.044.



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



Documento assinado eletronicamente por **Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Médico(a)**, em 25/08/2021, às 18:19, 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 **Paula Angélica de Araújo Alves Lopes, Médico(a)**, em 26/08/2021, às 15:06, 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 **14550233** e o código CRC **D115F834**.

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