



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 1/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021	Próxima revisão: 07/02/2023
		Versão: 1	

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS	02
2. OBJETIVOS	02
3. JUSTIFICATIVAS	02
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	03
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	03
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	04
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	06
8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO.	07
9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO	09
10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	09
11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA	09
12. FLUXOGRAMAS	10
13. MONITORAMENTO	11
14. REFERÊNCIAS	11
15. HISTÓRICO DE REVISÃO	12



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 2/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021	Próxima revisão: 07/02/2023
		Versão: 1	

1. SIGLAS E CONCEITOS

ALT – Alanina aminotransferase

AST – Aspartato aminotransferase

BE – Boletim de emergência, trata-se de ficha própria do serviço para atendimentos de emergência

EAS – Elementos anormais no sedimento (exame de urina simples ou tipo 1)

EDA – Endoscopia digestiva alta

HG – Hiperêmese gravídica

HP – *Helicobacter pylori*, *H. pylori* (bactéria)

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

IM – Intramuscular

IV – Intravenoso

K – Potássio (eletrólito)

KCl- Cloreto de potássio (solução)

mEq – Miliequivalente (corresponde ao peso molecular dividido pela valência/peso atômico)

Mg – Magnésio (eletrólito)

Na – Sódio (eletrólito)

NVG - Náusea e Vômito na Gestação

PUQE – Pregnancy Unique Quantification of Emesis (score que quantifica os vômitos na gestação)

TSH – Hormônio tireoestimulante

T3 – Tri-iodotironina (hormônio tireoidiano)

T4 – Tiroxina (hormônio tireoidiano)

USG – Ultrassonografia

VO – Via oral

2. OBJETIVOS

Padronizar o diagnóstico e conduta de hiperêmese gravídica nas pacientes gestantes atendidas na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 3/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMENSE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021	Próxima revisão: 07/02/2023
		Versão: 1	

3. JUSTIFICATIVAS

A ocorrência de náuseas e vômitos ocasionais (êmese gravídica) são comuns no início da gestação. Sua forma grave é chamada de hiperêmese gravídica (HG) e caracteriza-se por vômitos persistentes ou incoercíveis antes de 20 semanas, que obrigam ao jejum forçado e levam à perda de peso, associada à desidratação e distúrbios eletrolíticos. Tal condição corresponde a cerca de 1,1% de todos os quadros de náuseas e vômitos durante a gestação.

A hiperêmese gravídica costuma se apresentar entre gestantes que apresentam situações com aumento expressivo na concentração gonadotrofina coriônica (HCG), a exemplo da gestação múltipla, doença trofoblástica gestacional, gestantes com fetos do sexo feminino e de gestantes com fetos portadores da síndrome de Down.

A maior parte das pacientes apresenta melhora do quadro de êmese a partir da segunda metade da gestação, tornando-se ocasional após 20 semanas, mas em alguns casos o quadro clínico pode persistir até o parto, principalmente naquelas que evoluíram com hiperêmese.

É importante determinar e afastar outras causas orgânicas de náuseas e vômitos como a insuficiência do cárdia, hipertireoidismo ou dispepsias. As doenças do trato digestivo devem ser tratadas concomitantemente, para evitar evolução para quadros mais graves.

A importância da criação desse protocolo se dá pela gravidade que o quadro pode apresentar, levando a distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base graves além de perda ponderal substancial, afetando a saúde da mulher e de seu concepto.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Serão incluídas todas as gestantes que apresentem o quadro de vômitos incoercíveis antes de 20 semanas, com perda de peso importante (4% a 10%) devido a redução do aporte alimentar, com ou sem sinais de desidratação.

Serão excluídas as pacientes que se apresentarem com quadro de náuseas e vômitos após o 1º trimestre ou que seja explicado por alguma outra doença orgânica.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

5.1 Equipe de Enfermagem

- Acolhimento e classificação de risco, segundo protocolo ou POP da instituição;
- Administração das medicações prescritas.

5.2 Equipe Médica (plantonistas e residentes sob supervisão)

- Realização de anamnese e exame físico;
- Solicitação de exames complementares;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 4/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021	Próxima revisão: 07/02/2023
		Versão: 1	

- Prescrição médica
- Definição dos critérios de internação e conduta. Toda avaliação deve ser registrada, assinada e carimbada no Boletim de Emergência (BE) e no prontuário da paciente. Caso a paciente apresente sinais de desidratação grave, alteração laboratorial que denote gravidade ou alteração na vitalidade fetal, esta deverá ser internada para proceder estabilização do quadro, suporte nutricional e correção de eventuais distúrbios bioquímicos.
- Definição do momento da alta hospitalar após estabilização do quadro com prescrição de antieméticos e orientações quanto a piora dos sintomas.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

No exame físico de uma gestante referindo náuseas, as alterações serão difíceis de detecção nos casos de menor gravidade. Alguns casos são acompanhados de excesso da salivação. Nos casos de média ou maior intensidade, o exame físico pode identificar sinais de desidratação:

- Pele e mucosas secas;
- Turgor e elasticidade reduzidos;
- Redução do volume urinário (abaixo de 400 mL nas 24 horas);
- Taquicardia (acima de 100 batimentos por minuto);
- Redução da pressão arterial (inferior a 90x60 mmHg).

No exame genital e na palpação abdominal é necessário avaliar sangramento genital e aumento do volume uterino incompatível com idade gestacional e verificar eventual eliminação de vesículas na tentativa de identificar sinais sugestivos doença trofoblástica gestacional, causa importante de hiperêmese.

A determinação da gravidade do quadro é dada através do Escore de PUQE (*Pregnancy Unique Quantification of Emesis*), que classifica em forma leve, moderada e grave de acordo com o Quadro 1.

A hiperêmese gravídica apresenta uma nítida evolução de comprometimento materno dividida didaticamente em fases:

- Fase de desidratação: náusea e ptialismo intensos, vômitos, levando a um quadro de desidratação. Distúrbios hidroeletrólíticos podem estar presentes (Sódio alto, Cloro e Potássio um pouco diminuídos), hematócrito um pouco aumentado.

- Fase metabólica: somam-se ao quadro anterior distúrbios nutricionais (perda de peso > 5%), alterações da função hepática (aumento de transaminases e bilirrubinas, com leve icterícia), cetoacidose e cetonúria ++ ou +++, hipoalbuminemia, hiponatremia, hipopotassemia, hipoglicemia, ainda hipotermia e torpor podem ocorrer.

- Fase neurológica: soma-se ao anterior um quadro de comprometimento oftálmico com lesões retinianas e alterações neurológicas iniciais com hiporreflexia e dor à palpação das panturrilhas e coxas, que antecedem o acometimento encefálico (que é irreversível) em uma



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 5/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021	Próxima revisão: 07/02/2023
		Versão: 1	

semana (interstício crítico de Briquet), período em que a gravidez deve ser interrompida imediatamente.

- Fase da psicose de Wernicke-Korsakoff: encefalopatia amoniacal caracterizada por instabilidade hemodinâmica de difícil controle, alucinações e coma, irreversível na maioria das vezes.

Quadro 1 - Determinação da gravidade da Náusea e Vômito na Gestação (NVG) – Escore de PUQE (Pregnancy Unique Quantication of Emesis).

1. Por quanto tempo se sentiu nauseada nas últimas 24 horas?

Nunca	01 ponto
Até 4 horas	02 pontos
Até 8 horas	03 pontos
Até 12 horas	04 pontos
> de 12 horas	05 pontos

2. Quantos episódios de vômito apresentou nas últimas 24h?

Nenhum	01 ponto
Um episódio	02 pontos
Até 3 episódios	03 pontos
Até 4 episódios	04 pontos
Mais de cinco	05 pontos

3. Quantos momentos observou intensa salivação e esforço de vômito nas últimas 24h?

Nenhum	01 ponto
Até 3 vezes	02 pontos
Até 5 vezes	03 pontos
Até 8 vezes	04 pontos
Todo tempo	05 pontos

Classificação:

≤ 6 forma leve
Entre 7 e 11 forma moderada
≥ 12 forma grave

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 6/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021	Próxima revisão: 07/02/2023
		Versão: 1	

Fonte: Traduzido de Koren G, Piwko C, Ahn E, Boskovic R, Maltepe C, Einarson A, et al. Validation studies of the Pregnancy Unique-Quantification of Emesis (PUQE) scores. J Obstet Gynaecol. 2005;25(3):241-4.

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Os exames complementares são utilizados para dar subsídio ao diagnóstico diferencial, avaliar o comprometimento sistêmico da gestante e inferir o resultado terapêutico.

Avaliação laboratorial e complementar na hiperêmese gravídica está descrita na Tabela 1. Inicialmente, nos quadros de náuseas de menor gravidade, sugere-se a realização de hemograma, transaminases (AST/ALT), lipase, amilase, bilirrubinas glicemia, proteínas, hormônios tireoidianos, eletrólitos (Cloreto, Sódio e Potássio) e sumário de urina.

A ultrassonografia obstétrica está indicada para descartar casos de doença trofoblástica ou identificar gestações gemelares, situações onde as NVG são mais frequentes.

A ultrassonografia abdominal deve ser solicitada para exclusão de patologias gastrointestinais que cursam com náuseas e vômitos, mais frequentemente as de vias biliares.

Nos casos sem remissão ou melhora das NVG, apesar da terapia instalada, é indicada a repetição das funções hepática e renal como também é imprescindível a realização da endoscopia digestiva alta (EDA) com pesquisa de infecção pelo *Helicobacter pylori* (HP).

Tabela 1 - Avaliação laboratorial e complementar na Hiperêmese gravídica.

EXAMES	RESULTADOS ESPERADOS
Hemograma	Hematócrito elevado Anemia megaloblástica
Transaminases (AST/ALT) Lipase, Amilase Bilirrubinas	Elevadas
Glicose	Diminuída
Proteínas	Diminuída
Hormônios tireoidianos	TSH diminuído T3 e T4 altos
Eletrólitos	Cloreto, Sódio e Potássio diminuídos
Sumário de urina, Urina tipo I	Densidade alta

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 7/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMISE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021	Próxima revisão: 07/02/2023
		Versão: 1	

Cetonúria

Ultrassonografia abdominal	Diagnóstico diferencial
Ultrassonografia transvaginal/pélvico	Identificar gestação múltipla, doença trofoblástica gestacional

Fonte: VAZ JO. Náuseas e vômitos na gravidez. Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 3/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). São Paulo. 2018.

8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

8.1. Medidas gerais

- Internação nos casos moderados/graves;
- Apoio psicoemocional / psicoterapia;
- Manter cabeceira elevada;
- Avaliar necessidade de nutrição parenteral nos casos mais graves;
- Controle diário de peso e diurese;
- Evitar medicamentos à base de ferro (piora os sintomas).
- Esclarecer a paciente e familiares sobre o caráter transitório dos sintomas, e sobre a necessidade da gestante de atenção e apoio.

8.2 Terapêutica medicamentosa

8.2.1. Hidratação venosa

A hidratação parenteral deve ser iniciada de imediato nas pacientes com sinais de desidratação. A preferência é dada aos cristaloides (ringer lactato ou solução salina 0,9%). O volume ideal de reposição é 2.000 a 4.000mL em 24 horas, não devendo exceder 6.000mL/dia.

Nos casos de hidratação venosa prolongada, se faz necessário repor algumas vitaminas:

- Vitamina C 100mg/mL (ampola com 5 ml) 1 ampola ao dia em 100 ml de solução salina 0,9% ou glicosada a 5%, administrada em 30 minutos EV;
- Vitamina K 10mg IM a cada 3 dias;
- Vitamina B1 (Tiamina) 100mg/mL (ampolas de 1mL) - 100 mg em 100 ml de solução salina 0,9%, administrada em 30 minutos EV;
- Vitamina B6 (piridoxina – cp de 10 e 25mg) - utilizada na dose de 10 a 25 mg a cada 6 a 8 horas VO;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 8/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 07/02/2023

8.2.2. Reposição de potássio

A reposição de potássio está indicada nos casos de hipopotassemia (K^+ sérico < 3,5mEq/L).

- **Se K^+ <2,5 mEq/L ou sintomático:** Indicada reposição EV, sem ultrapassar 20 mEq/h.
- Solução de KCl 19,1% (ampolas de 10 ml, contém 2,5 mEq de K^+ por ml), administrar 1 ou 2 ampolas diluídas em solução fisiológica 0,9% (500ml a 1 litro), correr em 6 horas.
- Solução KCl 10%, EV, na dose de 0,3 - 0,5 mEq/kg/h de potássio em 6 horas, em bomba de infusão (usar 100mL SF 0,9%);
- **Se K^+ entre 2,5-3,0 mEq/L:** Reposição pode ser feita por via oral (repor entre 40-80mEq/dia).
- Xarope de KCl 6% (0,78 mEq K/mL); 15 a 30 ml após refeições 3 vezes ao dia, 15 mL = 12 mEq;
- Comprimido de liberação entérica de cloreto de potássio (slow K = 1 drágea = 8mEq) 2 drágeas de 8/8h;
- Ampolas de solução de KCl a 10% via oral 10 a 20 mL 3 vezes ao dia acrescentado à dieta.

8.2.3. Antieméticos

Entre os antieméticos, a ondansetrona mostra certa superioridade em relação aos demais do grupo, com baixa incidência de efeitos colaterais é uma das drogas mais seguras. Quando presentes, seus efeitos colaterais incluem o flush facial e constipação intestinal.

Metoclopramida tem seu uso limitado devido a ocorrência de efeitos extrapiramidais como tremores de extremidades e desequilíbrio postural.

Anti-histamínicos como demenidrato e prometazina apresentam bons efeitos em formas leves (PUQE < ou = 6)

- Dimenidrinato: 50 a 100 mg IV, diluído em SF 0,9% - 10 mL, (infundir em 2 minutos) a cada 4 – 6 horas até o máximo de 200 mg/dia
- Dramin B6 (amp de 10ml com 3mg/ml=30mg + 50mg de piridoxina + 1g glicose e de frutose) 1 ampola por via endovenosa até a cada 8 horas diluído em SF 0,9% - 10 mL, infundir em 2 minutos.
- Metoclopramida: 10 a 20mg, IV, de 6/6 h. Diluir em 50ml de S.F 0,9% ou S.G. 5% Infusão: 15 min. Doses de até 10mg podem ser administradas sem diluição.
- Ondansetrona (em casos graves): 4 a 8 mg IV até de 6/6 h – IV lento por 15 a 20 minutos, evitar o uso no primeiro trimestre. Pode ser administrado sem diluição.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 9/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021	Próxima revisão: 07/02/2023
		Versão: 1	

Doses superiores a 8mg até 32mg devem ser diluídas em SF 0,9% ou SG 5% 50-100mL. Infusão lenta: em 15 minutos.

- Prometazina: 12,5 a 25 mg IM a cada 6 ou 8 h (ampola de 2ml – 25mg/ml)

8.2.4. Sedativos

- Levomepromazina – (em solução a 4%) - 3 gotas VO de 8/8 h
- Diazepam 5 mg VO ou 10 mg IV até de 8/8 h. Diluir em SF 0,9% ou SG 5% (250mL) no máximo 4mL (2 ampolas). velocidade de infusão de 2 a 5 mg/min. Não misturar nem diluir com outras soluções parenterais.

8.2.5. Corticosteroides

- Dexametasona (50 mg IV de 12/12 horas por 24 a 48 horas); Diluir em 50-100mL SF ou SG 5%. IV direta ou infusão contínua.
- Hidrocortisona (50mg VO 12-12h por 24-48h);
- Prednisona (10mg VO 12-12h por 7 dias – comprimidos de 5 e 20mg): não necessita de retirada gradual (esquema curto).

8.2.6. Terapêutica adjuvante

- Omeprazol: 20 mg VO/ dia ou 40 mg (1 frasco-ampola) IV/dia. Reconstituir somente com o diluente próprio (10mL). A injeção deve ser aplicada lentamente, com velocidade média de no mínimo 2,5 ml/min e máximo de até 4 ml/min.

8.2.7. Orientações gerais

Deve-se evitar soluções com alta concentração de glicose e a reposição vigorosa de sódio. A alimentação por via oral deve ser suspensa nas primeiras 24-48h (ou por mais tempo, a depender da evolução do quadro clínico), retornando progressivamente à dieta líquida e, em seguida, alimentos sólidos, de preferência pobres em lipídios e ricos em carboidratos, em pequenas porções, em curtos intervalos (3/3h). A via parenteral torna-se necessária nos quadros mais graves e/ou resistentes ao tratamento inicial.

9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Internar as pacientes com formas moderadas e graves de acordo com o e Escore de PUQE (*Pregnancy Unique Quantication of Emesis*). Entre 7 e 11 - forma moderada e ≥ 12 - forma grave.

A internação de pacientes com quadro de HG moderado ou grave torna-se necessária para o tratamento e retirada da paciente do possível ambiente estressor.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 10/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021	Próxima revisão: 07/02/2023
		Versão: 1	

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

O antiemético de primeira linha é ondansetrona IV, sendo a metoclopramida a droga de segunda escolha, nos casos de resposta inadequada.

Em caso de refratariedade ao tratamento inicial os corticosteroides encontram-se indicados, de acordo com a posologia acima.

Se houver comprometimento neurológico, como a psicose de Wernicke, a indicação é iniciar terapêutica já com doses altas de corticoides em associação com as demais medidas de controle metabólico. Esses casos devem ser discutidos com a equipe de intensivistas do hospital para que seja discutida a necessidade de acompanhamento em Unidade de Terapia Intensiva.

11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERENCIA

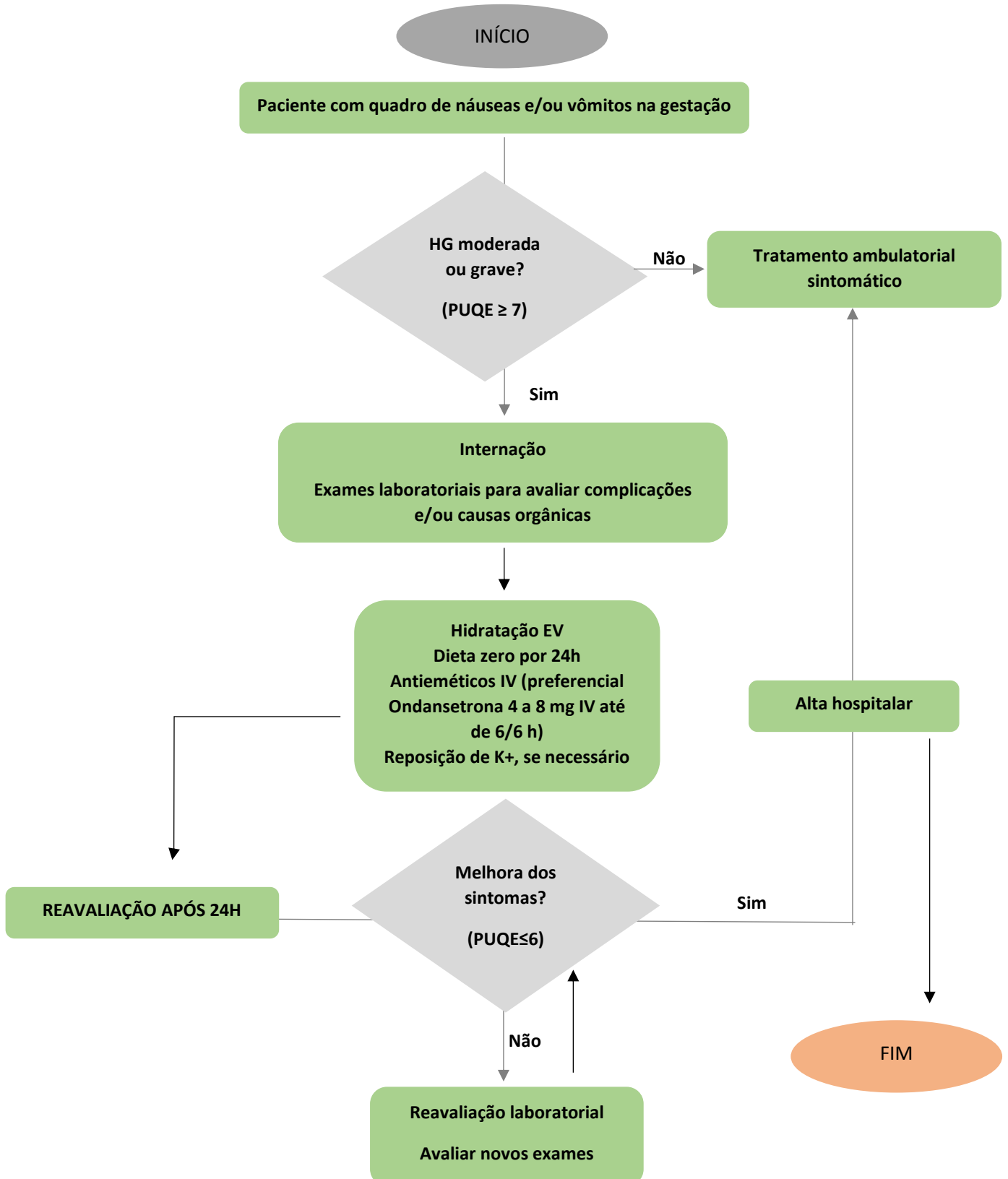
Após as medidas terapêuticas, a paciente deve permanecer em observação por no mínimo 24 horas. Nesse período os vômitos devem ter cessado e espera-se que o escore PUQE classifique a paciente com a forma leve do distúrbio.

Se isso ocorrer a paciente deverá ter alta hospitalar. Caso não haja melhora do quadro a gestante deve ser reavaliada com novos exames complementares para afastar outras causas de náuseas e vômitos intensos, como úlcera gástrica, cisto de ovário torcido, prenhez ectópica, insuficiência renal, infecções intestinais, problemas metabólicos e do sistema nervoso central.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 11/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021	Próxima revisão: 07/02/2023
		Versão: 1	

12. FLUXOGRAMA

Fluxograma de diagnóstico e conduta da hiperêmese gravídica





Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 12/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021	Próxima revisão: 07/02/2023
		Versão: 1	

13. MONITORAMENTO

Pacientes portadoras de êmese leve, que são atendidas na triagem são medicadas com sintomáticos e encaminhadas ao pré-natal de risco habitual nas Unidades Básicas de Saúde e geralmente melhoram após o primeiro trimestre da gestação. Já aquelas que apresentam quadros mais graves com necessidade de internação são encaminhadas ao pré-natal de alto risco de referência. Os casos graves de hiperêmese são raros (menos de 0,3 a 3% das gestações). As gestantes com hiperêmese são monitorados em planilha geral de diagnósticos de internação na maternidade.

Os indicadores a serem monitorados, para efetividade desse protocolo, serão: o número de casos de hiperêmese grave ao ano e o tempo de permanência hospitalar segundo etiologia.

14. REFERÊNCIAS

EBSERH. **Norma Operacional NO.SGQVS.001**. Trata da elaboração e controle de documentos institucionais. 2019

EBSERH. Ministério da Educação. **Guia para preparo de medicamentos injetáveis** – Unidade de Dispensação Farmacêutica - HU-UFGD/Ebserh, 2017. 43 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

CABRAL AC, DUARTE G, MORAES FILHO OB, VAZ JO. **Êmese da gravidez. Orientações e Recomendações FEBRASGO**, no.2/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo; 2018.

VAZ JO. **Náuseas e vômitos na gravidez. Protocolo Febrasgo – Obstetrícia**, nº 3/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). São Paulo. 2018.

13. HISTÓRICO DE REVISÕES

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	07/02/2021	Elaboração do Protocolo



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.OBST.016 - Página 13/13	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA HIPERÊMENSE GRAVÍDICA	Emissão: 07/02/2021	Próxima revisão: 07/02/2023
		Versão: 1	

Elaboração Renata de Medeiros Wanderley Gadelha Sofia Santos Dorea Miranda Sabina Bastos Maia	Data: 07/02/2021
Revisão Aureliana Barboza da Silva	Data: 15/02/2021
Validação Larycia Vicente Rodrigues – Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde	Data: 28/09/2021
Aprovação (Nome, Função, Assinatura) José Eymard Moraes de Medeiros Filho Gerente de Atenção à Saúde – HULW / EBSERH 	Data: 29/09 /2021

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte.