

**Nota técnica nº 001/2022/11ªRS/DVAGS/SCAPS**

*Inclui o protocolo de rastreamento, prevenção e tratamento da Síndrome hipertensiva na gestação.*

Considerando que a taxa mortalidade materna, infantil e fetal são indicadores sensíveis da qualidade de vida de uma população;

Considerando as altas taxas de mortalidade Infantil e fetal na 11ª RS de Campo Mourão;

Considerando as fragilidades no manejo da Hipertensão Arterial e síndromes hipertensivas gestacional investigadas na revisão de óbitos MIF através da avaliação dos prontuários pelo GTARO (Grupo Técnico de Agilização e Revisão dos Óbitos) que tem a finalidade de monitorar, investigar e analisar os determinantes que corroboraram para o óbito, a fim de instituir ações para prevenção de óbitos evitáveis e garantir o funcionamento adequado do sistema de saúde; grupo de técnico onde foi possível levantar as as principais causas da Mortalidade Infantil e fetal (MIF) bem como as fragilidades do cuidado na Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil;

Considerando que as síndromes hipertensivas são as intercorrências clínicas mais comuns da gestação e representam a principal causa de morbimortalidade materna no mundo, sendo responsável por cerca de 22% dos óbitos maternos nos países da América Latina (MS, 2022);

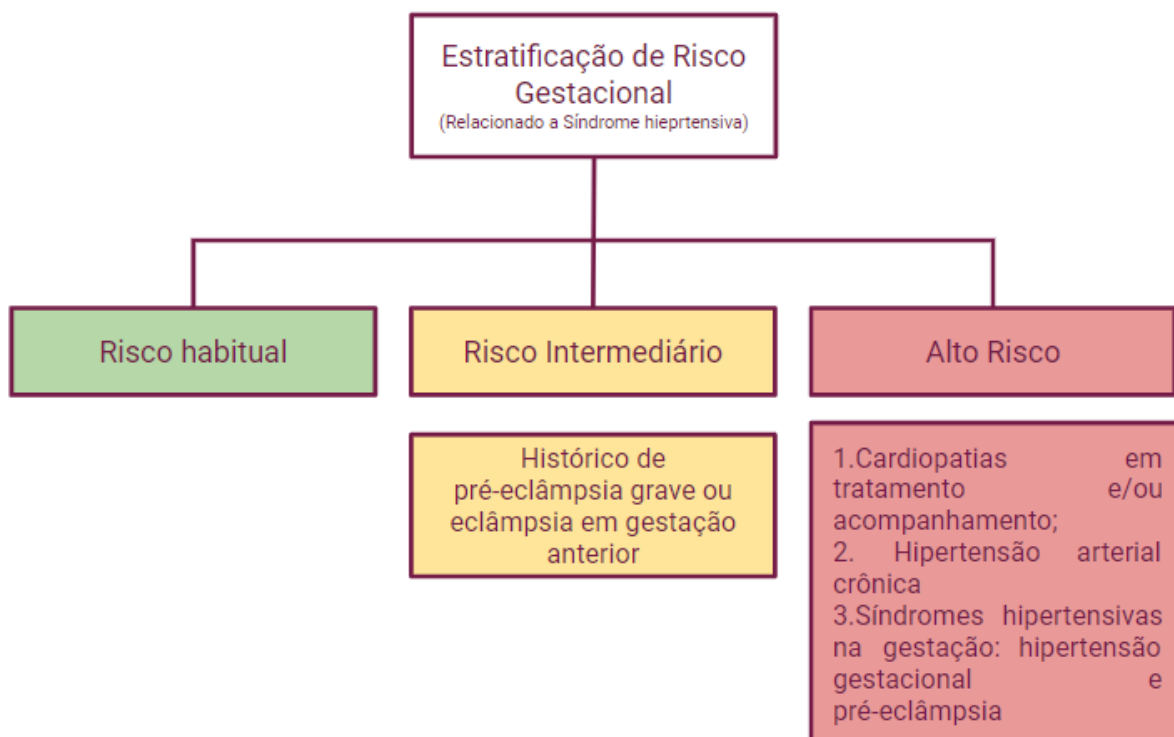
Considerando que ações de prevenção da Pré-eclâmpsia (PE) podem melhorar o evolução e prognóstico da gestação conforme apontam os estudos de redução da prematuridade e mortalidade perinatal (BHG,2020), pela redução de aproximadamente metade o risco de desenvolver PE, sendo que em pré - eclâmpsia pré - termo (< 37 semanas) essa redução pode chegar a 70% (Roberge S. et al, 2017; Voutetakis A. et al, 2019)

Considerando a aprovação da CIR de 14 de setembro de 2022, resolve-se instituir o protocolo de rastreamento, prevenção e tratamento das Síndromes hipertensivas na gestação, dos municípios da 11 Regional de Saúde, de Campo Mourão, Paraná.

**Estratificação de Risco**

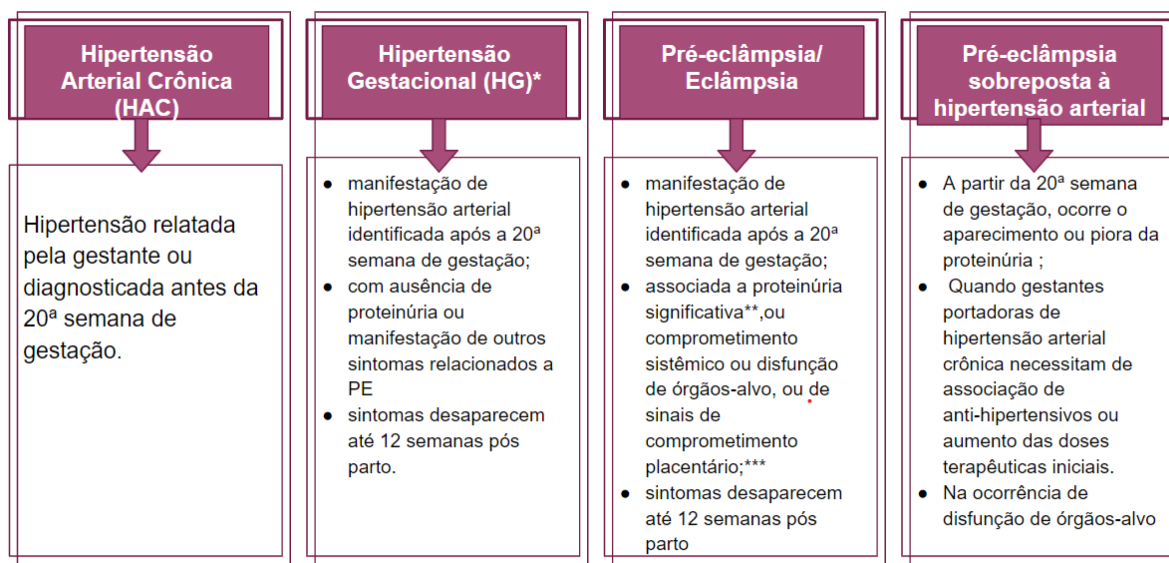
A estratificação de risco para a gestante e para a criança foi estabelecida como elemento orientador para organização da atenção nos seus diversos níveis: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH).

É uma ferramenta antecedência para identificar fatores de risco potencialmente perigosos ao binômio durante o ciclo gravídico, e inserir gestantes, puérperas e neonatos no local certo, no momento certo e sendo atendidos pela equipe com nível de capacitação técnica adequada, com acompanhamento contínuo da APS. Determinando o local de realização do Pré- Natal, ou seja, na APS para as gestantes de risco habitual ou de forma compartilhada com a AAE para as gestantes de risco intermediário e alto risco, assim como referência para o nascimento, tratamento clínico e/ou situações de urgência/emergência



### Classificações e definições

Existem diversas classificações envolvendo as síndromes hipertensivas na gestação, as mais difundidas determina quatro conceitos e suas implicações clínicas na gestação: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e hipertensão arterial crônica sobreposta por pré-eclâmpsia, conforme quadro a seguir:



Fonte: Ministério da Saúde, 2022

Anteriormente a PE classificada como leve e Grave e atualmente a recomendação é que as pacientes com pré-eclâmpsia devem ser avaliadas quanto à presença ou não de sinais de gravidade (deterioração clínica e/ou laboratorial) e serem prontamente conduzidas de acordo com esses sinais, atentando-se sempre para a possibilidade de deterioração clínica progressiva.



Ao diagnosticar a PE é **necessário o internamento** para aprofundar a avaliação de sinais/sintomas ou alterações de exames laboratoriais que alterem esse diagnóstico para pré-eclâmpsia **com sinais de gravidade**. Após a avaliação diagnóstica intra-hospitalar inicial, o atendimento ambulatorial é uma opção econômica e suficiente para se manter a gestante sob controle

Se a gestante se mantiver bem controlada, a resolução da gestação deve ocorrer com 37 semanas. A indução do parto **pode ser** proposta.

A PE com sinais de Gravidade tem como principais parâmetros clínicos e laboratoriais a serem tratados e monitorados conforme quadro a seguir:

### Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade

- Estado hipertensivo com PA sistólica  $\geq 160$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 110$  mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos; A associação com sintomas configura uma emergência hipertensiva.
- Síndrome HELLP.
- Sinais de iminência de eclâmpsia: como cefaleia, distúrbios visuais (fotofobia, fosfenas e escotomas e hiper-reflexia, ou hepáticas, sendo náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (epigástrico ou no hipocôndrio direito) são as mais comuns.
- Eclâmpsia.
- Edema agudo de pulmão.
- Dor torácica, queixa que deve ser valorizada, se estiver acompanhada ou não por alterações respiratórias,
- Insuficiência renal, identificada pela elevação progressiva dos níveis séricos de creatinina ( $\geq 1,2$  mg/dL) e ureia, além da progressão para oligúria (diurese inferior a 500 mL/24 horas)

Fonte: Ministério da Saúde, 2022

### Predição da Pré Eclâmpsia

A predição da PE é uma ferramenta de suma importância na aplicação de conhecimentos de prevenção da doença, tornando um peça-chave para a redução da morbi-mortalidade materno infantil.

Podemos relacionar como fatores maternos de desenvolver a PE os marcadores clínicos (Predisposição genética, fatores nutricionais e estresse) e os marcadores biofísicos e bioquímicos (Deficiência da invasão trofoblástica (primeira invasão 12 semanas, segunda invasão 19 a 24 semanas de gestação, fatores Imunológicos e lesão endotelial, alterações inflamatórias e Fatores ligados à angiogênese)

Como ferramenta para o rastreio é a utilização da calculadora de Risco disponível no site da **Fetal Medicine Foundation** no link Pré Eclâmpsia (**Risk for preeclampsia**) e depois **11+0 to 14+1 weeks** e preencher os dados.



Link:

<https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia/first-trimester>

**Critérios para iniciar a Profilaxia:**

Risco considerado	Apresentação Clínica e/ou obstétrica
<b>ALTO</b>	História de PE, principalmente acompanhada de desfechos adversos
	Gestação múltipla
	Obesidade (IMC > 30)
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doença renal
	Doenças autoimunes (ex.: lúpus, síndrome antifosfolípide)
<b>MODERADO</b>	Nuliparidade
	História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmãs)
	Baixo nível socioeconômico
	Etnia afrodescendente
	Idade ≥ 35 anos
	História pessoal de baixo peso ao nascer
	Gravidez prévia com desfecho adverso
	Intervalo > 10 anos desde a última gestação
Tabagista: Fagerström ≥ 8	
<b>BAIXO</b>	Gravidez prévia de termo e sem intercorrências

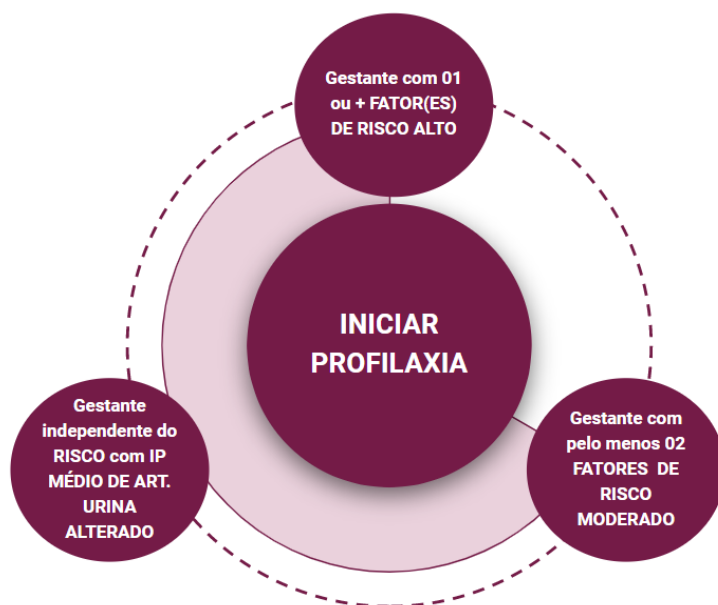


Imagem: SCAPS, 2022

Deve-se realizar a solicitação de **USG de Translucência Nucal com doppler** para gestantes de de 11 a 14 semanas (feto menores de 84 mm)

Na impossibilidade de realizar o exame para todas as gestantes sugerimos que o rastreamento de alteração de IP da artéria uterina seja para gestante sem fatores de risco ou tenha apenas um fator de risco moderado para desenvolver Síndrome hipertensiva gestacional.

Conforme pactuado, caso a gestante ao realizar o primeiro USG gestacional, ultrassonografista constate que a IG esteja maior que 11 semanas o mesmo deve realizar o **USG de Translucência Nucal com doppler**, sendo que o exame deve ser custeado pelo CISCOCAM. Caso a referência não faça TN com doppler ver a possibilidade de USG obstétrica com doppler.

**Profilaxia medicamentosa**

As intervenções medicamentosas recomendadas e que podem resultar em redução dos riscos de desenvolver pré-eclâmpsia são: o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e a suplementação de cálcio

Medicamento	dose	período
AAS (Ácido acetilsalicílico)	100mg/dia	12 até 36 semanas de IG
Carbonato de Cálcio	1,0 g/dia (dose máxima 2,0 g/dia)	Iniciar até 20 semanas

Nota:\*em populações com baixa ingestão de cálcio. Início com 20 semanas até o final gestação  
Deficiência : ingestão < 600mg/dia

### **Profilaxia não medicamentosa**

Inserir os cuidados da equipe multidisciplinar conforme Plano de cuidados singular da gestante;

Acompanhamento periódico do ACS e técnico de enfermagem para checagem e execução dos planos de cuidados;

De acordo com os Fatores de Risco e histórico clínico considerar:

Acompanhamento com a Nutricionista (Controle de peso, alimentação saudável, ingestão proteica e consumo de sal, entre outros;

Acompanhamento com o Educador físico e/ou fisioterapia;

Acompanhamento psicológico;

Acompanhamento assistência social s/n, entre outros

### **Manejo clínico da Síndrome Hipertensiva na Gestação**

A introdução do anti-hipertensivo deve ser considerada após a aparição de alteração de PA em pelo menos duas aferições com intervalo de 4 horas com valores PAS  $\geq$ 140mmHg e/ou PAD  $\geq$ 90mmHg.

Os princípios básicos do controle da hipertensão gestacional incluem manter os valores da pressão arterial entre 110 a 140 x 85 mmHg (usando hipotensores, se necessários), monitorar o desenvolvimento de pré-eclâmpsia e postergar a resolução da gestação até 39 + 6 semanas (desde que a pressão arterial esteja controlada, não haja comprometimento do bem estar fetal ou evolução para pré-eclâmpsia) (MS,2022).

<b>Agente</b>	<b>Dose</b>	<b>Posologia</b>
Metildopa Comprimidos de 250 e 500 mg	750 a 2000 mg/dia	2 a 4x/dia
Nifedipino retard Comprimidos de 10 e 20 mg	20 a 120 mg/dia	1 a 3x/dia
Anlodipino Comprimidos de 2,5, 5 e 10 mg	5 a 20 mg/dia	1 a 2 vezes ao dia
Metoprolol Comprimidos de 25, 50 e 100 mg	100 a 200 mg/dia	1 a 2 x/dia

### **Cuidados ao iniciar a medicação**

1. Ao iniciar a medicação com a droga/dose escolhida a gestante deverá ser acompanhada durante uma semana para aferir a pressão 3 vezes ao dia e horários alternados.
2. Ter alguém em casa ou em local próximo o tempo todo para dar suporte em caso de um evento adverso inesperado.
3. Manter os valores da pressão arterial entre 110 a 140 x 85 mmHg.
4. Programar consulta semanal para monitoramento das condições do feto e realizar exames laboratoriais necessários.
5. Preencher e avaliar o gráfico de Altura uterina e ganho de peso.
6. Acordar a realização diária do mobilograma e estar atenta aos movimentos fetais – na percepção de redução, procurar hospital.
7. **ATENÇÃO:** Na presença de alteração da PA (PE) a gestante deve **ser internada**, caso seja identificado qualquer sinal/sintoma de agravamento da doença para melhor avaliação e conduta.

### **IMPORTANTE!!!!**

A gestante ao ser diagnosticada com Pré Eclâmpsia leve a mesma **deve ser internada** para se aprofundar a avaliação e ter certeza de que não existem sinais/sintomas ou alterações de exames laboratoriais ou órgãos alvo que alterem esse diagnóstico para pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. recomenda-se a internação de 3 dias para iniciar a estabilização clínica com medicamentos hipotensores e avaliar o prognóstico.

Hemograma (particularmente hematócrito, hemoglobina e plaquetas);  
Desidrogenase láctica (DHL);  
Bilirrubinas totais;  
Creatinina;  
TGO;  
TGP;  
Ácido Úrico;  
Urina I;  
Proteinúria 24 hs;  
Uréia.

## **Síndrome Hipertensiva na Urgência e Emergência**

### **A Classificação de risco**



Deve ser realizado na entrada da gestante/puérpera no serviço de saúde a **Classificação de Risco** para apoio à decisão clínica com identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes. Pretende-se, com sua utilização, evitar a peregrinação de mulheres nos serviços de atenção obstétrica evitando as demoras que resultam em desfechos desfavoráveis, viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso.

O manejo clínico da gestante/puérpera deve ser iniciado de acordo com o diagnóstico

Os materiais necessários para o atendimento na Síndrome hipertensiva gestacional devem ser conferidos periodicamente e repostos conforme necessário. Os medicamentos e insumos estão descritos em anexo 2

#### **Crise Hipertensiva:**

Os Medicamentos de escolha na emergência Hipertensiva estão relacionadas a seguir:

<b>Agente</b>	<b>dose inicial</b>	<b>Repetir, se necessário</b>	<b>Dose máxima</b>
Hidralazina Ampola de 20 mg/mL	5 mg intravenoso	5 mg a cada 20 min	30 mg
A ampola de hidralazina 20mg/ml, diluir em 19 mL de água destilada ou soro fisiológico.			
Nifedipino comp. 10 mg/mL	10 mg Via oral	10mg, a cada 20-30 min Via oral	30 mg

Nitroprussiato de sódio pode ser uma escolha terapêutica, não foi elencado pelo baixo acesso nos municípios.

Além do tratamento medicamentoso a equipe deve estar atenta aos cuidados

1. Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo.
2. Instalar soro glicosado a 5% em veia periférica de grosso calibre com abocath
3. Verificar a PA materna de 5 em 5 min. por 20 min. após a medicação.
4. Avaliar a frequência cardíaca fetal (cardiotocografia) por pelo menos 20 minutos após a medicação.
5. Repetir a medicação, se necessário (PA > 155/105 mmHg), até dose máxima de 30 mg para cada droga.
6. Manter a PA < 160/110 mmHg e > 140/85 mmHG.

### Na Iminência de Eclâmpsia/Eclâmpsia

Se a gestante apresentar sintomas de iminência de eclâmpias como alterações do **Sistema Nervoso Central Cefaléia** (obnubilação, torpor, alteração do comportamento), **visuais** (escotomas, fosfemas, turvação, perda da visão) e **gástricas** (Dor epigástrica, hipocôndrio direito, náuseas e vômitos) ou Eclâmpsia quando apresenta crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma deve ser iniciado a **terapia anticonvulsivante** com sulfato de magnésio.

Esquemas do MgSO<sub>4</sub> para prevenção e tratamento da eclâmpsia

Esquema do Sulfato de magnésio	Dose Inicial	Dose de manutenção
<b>“Esquema de Zuspan”</b> Intravenoso exclusivo	4g por via intravenosa (bolus), administrados lentamente	1g por via intravenosa por hora em bomba de infusão contínua (BIC)
<p><b>Preparação da dose de ataque intravenosa:</b> MgSO<sub>4</sub> 50% – 1 ampola contém 10 mL com 5g de MgSO<sub>4</sub>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diluir 8 mL de MgSO<sub>4</sub> 50% (4g) em 12 mL de água destilada ou soro fisiológico (concentração final 4g/20 mL)</li> <li>Infundir a solução por via intravenosa lentamente (15-20 minutos).</li> </ul>		
<p><b>Preparação da dose de manutenção no esquema de Zuspan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diluir 10 mL de MgSO<sub>4</sub> 50% (1 ampola) em 490 mL de soro fisiológico a 0,9%. A concentração final terá 1g/100 mL. Infundir a solução por via intravenosa na velocidade de 100 mL por hora.</li> <li>Esta infusão pode ser aumentada para 2g/hora para os casos de pacientes que permanecem sintomáticas após o início da dose de manutenção. Para tanto, prepara-se uma solução com 20 mL de MgSO<sub>4</sub> 50% (2 ampolas) em 480 mL de soro fisiológico a 0,9% e mantém-se a infusão de 100 mL por hora.</li> </ul>		
<b>“Esquema de Pritchard”</b> Intravenoso e intramuscular	4g por via intravenosa (bolus), administrados lentamente + 10g intramuscular (5g em cada nádega) (b)	5g por via intramuscular profunda a cada 4 horas(b)
<p><b>b Preparação da dose de manutenção no esquema de Pritchard:</b> Utilizar 5G (10 mL) de MgSO<sub>4</sub> 50% IM profundo no glúteo a cada 4 horas Administrar 5 ml em cada glúteo.</p>		

Alguns cuidados devem ser considerados conforme o quadro a seguir:

**Cuidados a ser considerados ao iniciar a sulfatação:**

1. Puncionar dois acessos venosos periféricos de bom calibre, em membros distintos. Um acesso será destinado à infusão do sulfato de magnésio e o outro à instalação de hidratação venosa e administração de outros medicamentos endovenosos.
2. Realizar cateterismo vesical de demora;
3. Perguntar para a paciente durante a administração se apresenta algum sintoma diferente ou mal-estar.
4. Exercer vigilância constante da paciente e do bem-estar fetal (quando gestante) - monitorização cardíaca, saturação da paciente e cardiotocofetal;
5. O **gluconato de cálcio a 10% atua com antídoto**. É indispensável para aplicação imediata no caso de parada respiratória. Mantê-lo sempre à cabeceira do leito. Caso necessário, administre 10 ml EV, em 10 minutos.
6. Suspender infusão em caso de intoxicação por sulfato, os sinais são: FR <14, reflexos ausentes, diurese <25ml/hora.
7. Anotar todos os dados e medicamentos realizados.

**Em caso de crises convulsivas:**

- Chamar AJUDA.
- Manter as grades do leito levantadas.
- Proteger e manter vias aéreas permeáveis.
- Avaliar a necessidade de introdução de cânula oral de guedel.

**AVISO** Após a estabilização clínica deve ser considerada a transferência da gestante para a Santa Casa de Campo Mourão com a evolução e terapia realizada na origem bem como realizar o contato com o SAMU para regular o transporte.

**IMPORTANTE**

Ressalta-se que pelo risco de desestabilização é obrigatória a transferência pelo médico equipe de enfermagem com ambulância devidamente equipada (insumos e medicamentos).

**Tratamento da Síndrome Hipertensiva no Puerpério**

Após o parto deve-se manter a terapêutica anti-hipertensiva e abordagem para as emergências hipertensivas

Medicamento	Dose
Enalapril 10 e 20 mg	20 a 40 mg/dia, 1 a 2 vezes ao dia
Captopril 25 e 50 mg	75 a 150 mg/dia, 3 vezes ao dia
Metildopa 250 e 500 mg	750 a 2000 mg/ dia, 2 a 4 vezes ao dia

Nifedipino 10 e 20 mg	20 a 60 mg/dia, 2 a 3 vezes ao dia
Anlodipino 2,5, 5 e 10 mg	5 a 20 mg/dia, 1 a 2 vezes ao dia
Hidralazina 25 e 50 mg	50 a 150 mg/dia, 1 a 3 vezes ao dia
Metoprolol 25, 50 e 100	100 a 200 mg/dia, 1 a 2 vezes ao dia
Atenolol 25, 50 e 100 mg	50 a 100 mg/dia, 1 a 3 vezes ao dia

### **Acompanhamento pós parto**

Após alta hospitalar as parturientes devem ser avaliadas o mais precoce possível pela APS o monitoramento com mensuração periódica da pressão arterial.

Caso os níveis da pressão permaneçam altos após 6 semanas pós-parto, as pacientes podem ter hipertensão crônica e devem ser encaminhadas a um clínico geral para o tratamento.

### **Aconselhamento e prognóstico pós parto**

As pacientes que apresentam PE antes da 30ª semana de gestação tem chance de recorrência de 10% na próxima gestação, podendo ser maior a chance de mulheres negras.

A síndrome HELLP ocorre em cerca de 5% das vezes. A recorrência da PE também é maior entre as multíparas do que entre as que tiveram a doença na primeira gestação, especialmente se houver a troca de parceiro na próxima gestação.

## Referências

PERAÇOLI, José Carlos et al. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia (Protocolo no. 01). **Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG)**, 2020.

ROBERGE, S. et al. The role of aspirin dose on the prevention of preeclampsia and fetal growth restriction: systematic review and meta - analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 216, n.2, p. 110 -120, 2017

DE SOUZA, Renam Arthur; DE OLIVEIRA, Maria Eduarda Lima; PASQUINI, Maria Isabelle Gazolla. O uso do ácido acetilsalicílico na profilaxia da pré-eclâmpsia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 5971-5979, 2021.

SOUZA, RA, OLIVEIRA MEL, PASQUINI MIG. O uso do ácido acetilsalicílico na profilaxia da pré - eclâmpsia . *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.2, p.5971 - 5979 mar./apr.2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/26693/21145>

REIS-DE-CARVALHO, Catarina et al. Análise da Revisão Cochrane: O Papel dos Antiagregantes Plaquetários para Prevenir a Pré-Eclâmpsia e as Suas Complicações. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 10: CD004659. **Acta Medica Portuguesa**, v. 34, n. 12, 2021.

WHO recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. [s.l: s.n.]. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335_eng.pdf)>.

Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstrícia. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_obstetricia\\_2017.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf)>.

Manual de Gestão de Alto Risco (MS, 2022). Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>>.



## Anexo 1

## Técnica para aferição da pressão arterial

A aferição da pressão arterial (PA) deve ser feita com a paciente sentada, aplicando o aparelho com manguito e 13 cm, no membro superior direito, mantendo-o elevado, na altura do coração. A posição em decúbito lateral esquerdo será utilizada para o repouso da paciente, mas, para a aferição da PA, deve ser realizada preferencialmente na posição sentada e em mais que uma medida com intervalo de pelo menos quatro a seis horas. Deve-se considerar a pressão diastólica o quinto ruído de Korotkoff, correspondente ao desaparecimento da bulha.

Nas pacientes obesas, com circunferência do braço superior a 30 cm, sem disponibilidade de manguito adequado, deve-se usar tabelas de correção

Quadro 1 – Correção da pressão arterial segundo a circunferência do braço da paciente

Circunferência do braço	Correção	
	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
20	+11	+7
22	+9	+6
24	+7	+4
26	+5	+3
28	+3	+2
30	0	0
32	-2	-1
34	-4	-3
36	-6	-4
38	-8	-6
40	-10	-7
42	-12	-9
44	-14	-10
46	-16	-11
48	-18	-13
50	-21	-14

Fonte: MAXWELL et al., 1982.



Anexo 2 - Check list - Materiais e medicamentos para atendimento na síndrome hipertensiva:

Medicamentos/Solução	Via Administração	quantidade
Hidralazina 20 MG	EV	
Nifedipino 10 MG	VO	
Sulfato de Magnésio 50%	EV	
Gluconato de Cálcio 10%	EV	
Soro fisiológico 0,9% - 10ml	EV	
Soro Fisiológico 500 ml	EV	
Soro glicofisiológico 500 ml	EV	
Levomepromazina (gotas)	VO	
oxigênio		

Material	Quantidade	checagem
Esteto e esfigmomanômetro	01	
Cateter de O2 adulto	02	
Abocath nº 18, nº20 e nº22	02	
Equipo macrogotas		
Polifix/equipo multivias		
cânulas orofaríngea de Guedel adulto		
martelinho (reflexo patelar)		
Sonda vesical nº 16, nº18	02	
Material para aplicação de medicamentos: seringas, agulhas hipodérmicas, algodão, gaze, esparadrapo e dispositivos intravenosos;		
Bolsa coletora de urina		
laringoscópio adulto		



## 11ª Regional de Saúde de Campo Mourão

cânula de intubação com jogo de lâminas curvas e/ou retas adulto		
cânulas orotraqueais, fios guias		