



10 PASSOS

DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

PASSO

1

Garanta **encontros de qualidade**, centrados nas necessidades de cada mulher, durante todos os contatos com os serviços de saúde

10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna

Passo 1 - Garanta **encontros de qualidade**, centrados nas necessidades de cada mulher, durante todos os contatos com os serviços de saúde

2024
2ª Edição

SUMÁRIO

TÓPICOS DE DESTAQUE	4
IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES	5
INTRODUÇÃO	6
ENCONTROS DE QUALIDADE E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES	8
ENCONTROS QUE PROMOVAM ASSISTÊNCIA MATERNA QUALIFICADA	11
ACOLHIMENTO E ANAMNESE.....	13
CUIDADOS ESTRATÉGICOS REALIZADOS NO PRÉ-NATAL	17
ENCONTROS QUE FAVOREÇAM A PROMOÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE FORMA TRANSVERSAL.....	25
FICA A DICA	31
PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 1	33
REFERÊNCIAS.....	35

TÓPICOS DE DESTAQUE

1. Utilize a consulta de pré-natal como oportunidade para conhecer as necessidades individuais da mulher e promova sua saúde de forma integral.
2. Sempre ofereça informações claras, com orientações sobre hábitos saudáveis, preparo para o parto, direitos reprodutivos, planejamento reprodutivo, rede de apoio e preparo para o puerpério e certifique-se de que foram compreendidas por ela.
3. Estimule a discussão e elaboração conjunta do Plano de Parto.
4. Identifique desde o início do atendimento e a cada contato com a mulher no pré-natal os fatores de risco para síndromes hipertensivas, hemorragias na gestação, diabetes e outras condições clínicas intercorrentes na gestação.
5. Garanta encaminhamento oportuno e adequadamente referenciado para as pacientes que necessitem.
6. Considere as necessidades de proteção específica de doenças com a vacinação segundo o calendário proposto para gestantes.

IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES

1. Construa uma relação de escuta qualificada com produção de vínculo entre os sujeitos (gestantes, famílias e profissionais de saúde), vinculação na rede de atenção, nas equipes e nas maternidades de referência da gestante.
2. Estabeleça a consulta centrada na mulher em suas necessidades, demandas assistenciais promovendo a integralidade e equidade na atenção à saúde.
3. Construa encontros de qualidade em todos os momentos com a mulher/pessoa que gesta nos diversos pontos de atenção da rede, incluindo os serviços de urgência/emergência, a atenção ambulatorial e hospitalar especializada.
4. Utilize os protocolos clínicos de assistência de acordo com a estratificação do risco obstétrico.
5. Adote linguagem compreensível para que a mulher tenha clareza do seu percurso terapêutico a cada encontro de qualidade.
6. Viabilize a participação de acompanhante durante as consultas com a mulher.
7. Estabeleça cuidados compartilhados entre Atenção Primária em Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada nos casos de gestantes encaminhadas para acompanhamento em serviços de referência.

INTRODUÇÃO

A atenção ao pré-natal é compreendida, pelos documentos nacionais e internacionais, como uma rotina de consultas que visa o acompanhamento da gestação com práticas de cuidado, que avaliem os aspectos do desenvolvimento físico do conceito, das modificações fisiológicas e psicossociais maternas e da identificação precoce e oportuna de situações, que podem indicar sinais de complicações gestacionais.

A Organização Mundial de Saúde recomenda, desde 1995, que todas as gestantes tenham acesso a uma atenção pré-natal de alta qualidade no contexto da atenção primária, planejada em no mínimo seis consultas, incluindo o acesso a serviços de referência imediata em casos de complicações obstétricas. O início precoce do pré-natal na atenção primária, assim como, sua condução de forma assertiva e oportuna, é importante para garantir a saúde e contribuir na redução dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e neonatal.

A APS no Brasil é representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a principal porta de entrada da gestante no SUS. Esse ponto de atenção tem a capacidade de acolher necessidades diversas, proporcionar o cuidado continuado e realizar ações que envolvam diversos profissionais e outros pontos de atenção, quando necessário, com a finalidade de garantir o cuidado integral nesse período da vida da paciente. A

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aponta que os princípios e diretrizes do SUS, alguns aqui sinalizados, devem ser operacionalizados através da APS como coordenadora do cuidado aos pacientes.¹

O texto da Pesquisa Nascer no Brasil, de 2019, ressalta que apesar de uma ampla cobertura de pré-natal, ainda é observada uma baixa qualidade no cuidado realizado às gestantes, com desigualdades regionais, principalmente, nas regiões mais carentes do Brasil e o não cumprimento dos critérios mínimos exigidos em cada consulta.²

Em outro relatório da pesquisa, destaca que as gestantes com pré-natal inadequado foram mais suscetíveis a terem partos prematuros e concluem que melhorar a qualidade do pré-natal e da assistência ao parto produz impacto potencial nas taxas de prematuridade e, conseqüentemente, na redução das taxas de morbimortalidade infantil no país.³

O passo 1 discute aspectos importantes que permeiam os encontros de qualidade entre mulheres e profissionais de saúde numa concepção de relações transversais, que se estabelecem ao longo dos encontros, centrados em práticas de cuidados, que reconheçam as competências naturais existentes em cada mulher no gestar, parir e maternar e favoreçam a sua autonomia na tomada de decisões acerca de seus corpos e suas vidas.

ENCONTROS DE QUALIDADE E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES

A consulta de pré-natal é um momento para a gestão do cuidado e planejamento de sua assistência de forma integral e equânime sendo estes princípios também apontados pela PNAB, considerando a gestante em seu contexto sociocultural e possuidora de singularidades que caracterizam a sua identidade, o seu modo de ser e de viver, em consonância com as Diretrizes da PNAB no que se refere ao Cuidado Centrado na Pessoa.¹

Em respeito às distintas singularidades e ao compromisso no combate às práticas de cunho racista presentes em nossa sociedade, a publicação da portaria nº 2.198, de 06 de dezembro de 2023, instituiu a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Neste sentido, dentre seus princípios, destaca-se a promoção da equidade entre os distintos segmentos étnicos raciais da população e a eliminação do racismo como determinante de saúde.⁴

O reconhecimento do racismo, enquanto dispositivo estrutural, direciona nossa atenção para a discrepância dos cuidados em saúde destinados às diferentes populações, especialmente, negras e indígenas. Dados recentes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) demonstram que: i) 60% ou mais das mortes maternas pertencem à

população negra e ii) a taxa de mortalidade materna indígena é notoriamente superior à média do Brasil no passar dos anos.^{5,6,7}

De posse dessas informações, a gestão do cuidado na assistência deve ser estratificada em ações que objetivam a avaliação clínica da gestação, o desenvolvimento de práticas educativas, o preparo para os processos a serem vivenciados como o parto e o puerpério e o apoio contínuo em todos os encontros de pré-natal. É importante incluir o acompanhante de escolha da gestante em todo o processo de cuidado, de acordo com seu desejo.

O planejamento da oferta de cuidados de saúde com qualidade visa à satisfação materna, de modo que proporcione uma experiência positiva da gestação, uma transição eficaz para o trabalho de parto e parto e uma maternidade positiva, incluindo a autoestima materna, a competência e a autonomia. Essa circularidade e reciprocidade na assistência à saúde da mulher parte do pressuposto da vinculação, ofertando segurança para a mulher atravessar por todo esse processo.

A abordagem centrada na mulher, a realização dos componentes essenciais do cuidado pré-natal e as intervenções baseadas em evidências são elementos cruciais para otimizar os resultados maternos e infantis, promovendo a saúde das mulheres e contribuindo para a vivência positiva da gestação.

Neste ponto, também atentamos para a realidade das gestantes e mães adolescentes.

Assim como as demais mulheres, elas necessitam de apoio durante a gravidez e para

os cuidados com seus bebês. Adolescentes e bebês acompanhados de forma adequada pelos serviços de saúde favorecem na detecção precoce de fatores de riscos adversos, facilitando os encaminhamentos para os serviços especializados, quando necessários. Assim como para as mulheres adultas, a educação sexual e reprodutiva é direito das adolescentes, sendo essa uma das estratégias de atuação também pertencente à atenção primária.

A qualidade de presença nas relações produz vínculo e confiança.

**Em ambiência adequada, as práticas de cuidado se tornam
eficazes, singulares e significantes para todos.**

ENCONTROS QUE PROMOVAM ASSISTÊNCIA MATERNA QUALIFICADA

O cuidado pré-natal envolve o planejamento de ações de maneira intersetorial e articulada, com o desafio de exercer práticas diferenciadas que busquem a resolutividade, a integralidade e a individualização do cuidado de forma oportuna, singular e multidimensional, colocando em exercício as políticas públicas voltadas para a promoção da saúde de gestantes, das famílias e da comunidade.^{8,9}

A assistência pré-natal contempla aspectos que avaliam as questões físicas, as alterações gestacionais, que incluem a compreensão das singularidades psíquicas, emocionais e sociais que influenciam na vivência da gestação e precisam ser reconhecidas pelos profissionais no exercício do cuidado em cada consulta compreendida como encontro de qualidade.

Neste contexto, a atenção ao pré-natal deve desenvolver práticas de cuidado que acompanhe o bem-estar físico, psicológico, espiritual e social da mulher e sua família, propiciando estratégias de aconselhamento individualizado orientado pelas questões sociais e culturais, oferecendo uma assistência contínua e vinculada que permita a expressão de seus desejos, suas expectativas e seus medos em relação ao período gestacional.

O período gestacional é rodeado de mitos – incluindo o amor materno – construídos e validados socialmente, que influenciam diretamente na saúde mental da mulher. Baseando-se no dado que mais de 50% das gestantes brasileiras não planejaram engravidar, direcionamos nossa atenção para o seguinte fato: nem toda mulher grávida está feliz. Ao profissional da saúde, cabe uma escuta cuidadosa das demandas da gestante, para a oferta de uma assistência integral e humanizada, sensível à singularidade de cada realidade trazida pelas diferentes mulheres.¹⁰

O estabelecimento da empatia entre gestante e o profissional é o primeiro gesto de cuidado, o ponto de partida para estabelecimento de uma relação de confiança, onde o diálogo se faz através de uma escuta sensível dos dados atuais. A partir de uma presença efetiva do provedor de cuidados, as distâncias entre a gestante e o profissional de saúde se reduzem, os dois sujeitos implicados neste encontro tocam e são tocados; a consulta se dá num tempo vivo. Tudo o que é realizado neste ambiente relacional produz sentido para a mulher e para o profissional de saúde.

ACOLHIMENTO E ANAMNESE

A primeira aproximação do profissional de saúde com a gestante deve ser marcada pelo acolhimento de suas demandas, incluindo o entendimento do contexto de ocorrência da gestação: houve planejamento da gravidez? Como está o processo de aceitação? Como está a compreensão desse momento? Qual a rede de apoio que a mulher possui? São questionamentos fundamentais para a compreensão do profissional e o estabelecimento de estratégias de cuidado apropriadas a cada contexto.

A abordagem dos aspectos psicoafetivos e emocionais vivenciados são indissociáveis e sofrem influência direta das relações sociais no contexto familiar e comunitário, sendo fundamental para a construção de uma vivência positiva e assistência integral.

A oferta do suporte necessário, que envolva a equipe multiprofissional com saberes transdisciplinares da psicologia, do serviço social e outras áreas, deve ser acionada em todo o tempo que se fizer necessário.

Os processos de mudanças significativas, que envolvem aspectos físicos, emocionais, psicológicos, econômicos, sociais, culturais, étnico raciais, dentre outros, atravessam

o período gestacional. Por ser considerada uma fase potencialmente crítica do desenvolvimento humano, a avaliação minuciosa do histórico emocional e de doenças mentais da gestante e de seus familiares se faz necessária. Atentamos ao fato que a presença de transtornos mentais no período gravídico são preditores expressivos de ansiedade pós-parto, depressão pós-parto e de desfechos obstétricos adversos.^{11,12}

Uma em cada quatro gestantes apresenta sintomas relacionados à ansiedade e à depressão. Desta maneira, o diagnóstico precoce, realizado ainda no pré-natal, aliado a um bom acompanhamento profissional, são fatores protetivos ao processo gestacional e puerperal. Uma recente alteração do Estatuto da Criança e do Adolescente corrobora com a sensibilidade desta discussão, na medida em que a lei 14.721/2023 versa sobre a garantia da assistência psicológica à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério.^{13,14,15}

Assim, para cada fase da gestação, há questões específicas a serem observadas, especialmente, no âmbito psicológico, ratificando a importância de uma equipe multiprofissional no cuidado à gestante. Em destaque, as situações de abortamento, luto perinatal, violência obstétrica – atenção ao racismo obstétrico – nos convidam para um olhar técnico e cuidadoso à assistência ofertada.^{5,15,16}

O pré-natalista, de forma cuidadosa e respeitosa, deve abordar esses aspectos identificando possíveis sofrimentos psíquicos e estruturando cuidados que identifiquem potencialidades e auxiliem a gestante na compreensão de seu sofrimento e construção de estratégias para o enfrentamento de forma multidimensional.

Para o entendimento de outras características que desenham a história de vida das gestantes, os textos do MS e OMS recomendam a construção de uma anamnese detalhada que contemple elementos de sua história familiar, história psicossocial, seus antecedentes pessoais, seus antecedentes obstétricos.^{8,9}

Uma anamnese bem construída deve contemplar aspectos como:

- História de vida da mulher incluindo um olhar para os aspectos sociais, culturais e familiares. Com uma escuta atenta e qualificada para o conhecimento de sua identidade de gênero e aspectos que envolvam a construção de sua sexualidade e orientação sexual;
- História atual de sua gestação incluindo um olhar para o contexto gestacional em seus aspectos emocionais e psíquicos;
- História e o contexto pregressos de sua saúde física e mental explorando os elementos que são importantes para a estruturação do cuidado atual e prevenção de possíveis complicações;

- História ginecológica e obstétrica anteriores incluindo um olhar para caracterização de situações obstétrica já vivenciadas;
- História familiar e contexto de comorbidades existentes;
- Abordagem de suas queixas físicas na gestação atual com espaço de fala para suas particularidades;
- Abordagem dos aspectos emocionais com atenção para as diferentes manifestações existentes nos variados contextos de vida e gestação;
- Abordagem das relações de cuidado estabelecidas socialmente e de suas redes de apoio.^{8,9}

A realização de anamnese pautada em uma compreensão integral do ser humano torna-se um dos elementos sustentantes do cuidado centrado na mulher, promovendo uma escuta sensível de sua história que ultrapassa roteiros padronizados, que exploram apenas as questões físicas, e não permitem o livre expressar de condições e situações que precisam ser reconhecidas pelos profissionais de saúde para o estabelecimento de vínculos e relações de confiança.

CUIDADOS ESTRATÉGICOS REALIZADOS NO PRÉ-NATAL

A rotina de encontros pré-natais é sustentada em algumas recomendações de práticas de cuidados pautadas em evidências científicas que incluem:

- Realização da estratificação de risco gestacional a cada consulta de pré-natal;
- Solicitação, interpretação de exames laboratoriais e estabelecimento de condutas assistenciais frente a cada condição encontrada;
- Conferência do histórico vacinal e administração de vacinas conforme a recomendação ministerial;
- A vigilância do estado nutricional com orientações direcionadas a cada classificação apresentada;
- A abordagem às principais queixas na gestação com olhar diferenciado para as orientações frente a cada condição apresentada;
- A realização do exame ginecológico (quando necessário) e obstétrico, atentando para os achados encontrados com um planejamento de cuidados que possam atender as demandas de cada mulher.^{8,9,17,18}

A construção e preenchimento sistemático da **CADERNETA DA GESTANTE**⁸ pelo profissional deve ser rotina, por se tratar de um documento de registro das consultas e do acompanhamento realizado.

Seu correto preenchimento, com letra legível e dados completos, é fundamental para o seguimento dos atendimentos pela equipe de saúde durante o pré-natal e nas situações na qual a gestante é encaminhada a outros serviços para avaliações por outros profissionais.

As rotinas, descritas e recomendadas nos manuais e guias com evidências científicas para a qualificação do cuidado pré-natal, estabelecem que o profissional de saúde deve se atentar: i) para a solicitação de exames laboratoriais em cada trimestre gestacional e a sua correta interpretação, ii) a tomada de condutas adequadas frente aos achados e iii) o seguimento da usuária em situações que necessitam de cuidados particulares para cada achado específico.⁸

Os documentos ressaltam a importância da realização das sorologias rotineiras identificadoras de infecções sexualmente transmissíveis como sífilis, HIV e hepatite B.

Diante de resultados positivos, a gestante é encaminhada para o adequado tratamento, acompanhamento e aconselhamento, que serão essenciais para a melhora dos desfechos maternos e, principalmente, neonatais.

O quadro abaixo ressalta os principais exames recomendados a serem realizados na rotina do pré-natal, sendo a sua repetição conforme a padronização por trimestre gestacional ou de acordo com cada condição clínica apresentada.⁸

Quadro 1 – Exames laboratoriais de rotina recomendados durante a gestação⁸

Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo).
Glicemia em jejum (1º e 3º trimestres) e TOTG (entre a 24ª e a 28ª semana).
Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR.
Teste rápido diagnóstico anti-HIV.
Toxoplasmose IgM e IgG.
Sorologia para hepatite B (HbsAg).
Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) (1º e 3º trimestres).
Citopatológico de colo de útero (se for necessário).
Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica).
Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica).

A conferência do histórico vacinal da gestante e planejamento da administração dos imunocomponentes de acordo com a idade gestacional da gestante é outro cuidado do pré-natal. Hoje, a rotina de pré-natal brasileira estabelece como necessária a cobertura vacinal da gestante para a hepatite b, influenza, COVID 19, tétano e difteria (com a dupla adulto, dT), coqueluche (com a tríplice bacteriana, dTpa).⁸

- **Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)**
- **Vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto – dTpa**
- **Vacina contra influenza (fragmentada)**
- **Vacina contra hepatite B (recombinante)**
- **Vacina contra COVID19**

A vigilância e orientação nutricional é uma importante ação para controle do ganho de peso excessivo e desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis na gestante que, associada à prática de atividade física regular, contribuem para a regularidade no ganho de peso.^{8,16,17}

O Ministério da Saúde, em 2021, publicou Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira. O fascículo 3, destinado aos cuidados alimentares na gestação, sintetiza as principais orientações na temática, sendo um efetivo recurso a ser utilizado pelos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado e acompanhamento das gestantes.¹⁷ No link abaixo é possível ter acesso ao documento e a ficha de Marcadores de Consumo Alimentar no e-SUS.



- **Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da gestante**
- **Ficha Marcadores de Consumo Alimentar**
- **Marcadores de Consumo Alimentar**

Importante ressaltar que as orientações e a construção do cuidado nutricional devem levar em consideração as realidade loco-regionais, os aspectos econômicos, culturais e preferências de cada gestante.

Os consensos citados anteriormente consideram que a única suplementação recomendada é o uso oral diário de ferro e ácido fólico, com 30 mg a 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico, a fim de evitar, principalmente, a anemia ferropriva.⁸

A abordagem das principais queixas na gestação deve ocorrer em cada consulta, sendo comum os relatos de náuseas e vômitos, pirose e sialorreia, dores lombares e pélvicas, cansaço, fraquezas e tonturas, obstipação intestinal, flatulência e hemorroidas, secreções vaginais, varizes e edemas em membros inferiores.^{8,9}

Todas as queixas devem ser acolhidas pelos profissionais de saúde com o planejamento de cuidados da equipe multiprofissional direcionados a cada evento e a cada população, em destaque, a negra e a indígena.

Ao realizar o exame físico e obstétrico, o profissional da saúde deve oferecer segurança e conforto a mulher com a garantia da privacidade para a avaliação do corpo desnudo, explicando os achados e os seus significados de forma simplificada. Neste momento, a mulher tem a oportunidade de conhecer e reconhecer em seu corpo as modificações produzidas pela gravidez, esclarecendo dúvidas e ampliando seu conhecimento e autonomia.

A rotina de pré-natal deve contemplar:⁸

- **Cálculo da idade gestacional baseada na data da última menstruação ou na ultrassonografia de preferência no primeiro trimestre;**
- **Mensuração do peso e cálculo do índice de massa corporal;**
- **Mensuração da pressão arterial e sua correta interpretação clínica;**
- **Mensuração da altura uterina e registro no gráfico;**
- **Avaliação da movimentação e do posicionamento fetal utilizando as manobras de Leopold;**
- **Avaliação da ausculta e contagem dos batimentos cardíacos do feto com sonar ou estetoscópio de Pinard.**

A todo tempo, o profissional deve atentar para o surgimento de alterações nos procedimentos técnicos, exames laboratoriais e exame físico que possam sinalizar complicações, oferecendo atendimento de emergência e encaminhando as mulheres que requerem atendimento especializado.

No caso de encaminhamento, torna-se essencial o compartilhamento do cuidado realizado na atenção ambulatorial especializada e/ou atenção hospitalar com a atenção primária em saúde estabelecendo a estratégia do cuidado em rede de atenção sem a perda da vinculação da gestante no seu território.

Outra atenção destina-se à referência e a contrarreferência aos serviços especializados e a busca ativa das gestantes faltosas para a continuidade das ações propostas no pré-natal.

No link abaixo é possível ter acesso ao manual para agendamento das consultas e lançamento de faltas no sistema do e-SUS.



**Funcionamento do agendamento das
consultas no e-SUS e lançamento de
faltas no sistema**

ENCONTROS QUE FAVOREÇAM A PROMOÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE FORMA TRANSVERSAL

Pontos cruciais, a serem desenvolvidos nas consultas de pré-natal, referem-se: i) ao processo de educação em saúde com vistas ao compartilhamento e produção de conhecimento acerca dos temas gestacionais, ii) a preparação para o trabalho de parto e parto, iii) os cuidados puerperais maternos, cuidados neonatais e a oferta do planejamento reprodutivo e iv) as práticas de aleitamento materno, que devem ocorrer ao longo de todas as consultas de pré-natal. A mulher/pessoa que gesta deve ser estimulada a anotar as suas dúvidas em um caderno para apresentar ao profissional durante os encontros.

A construção do plano de parto com a gestante, visando a preparação para o trabalho de parto e parto, é preconizada pela OMS desde 1996. O plano de parto é reconhecido como um documento de natureza legal, redigido pelas gestantes após obterem informações qualificadas sobre a gravidez e o processo do parto, construindo suas expectativas e desejos com relação ao seu parto.

Cabe ao profissional durante as consultas o compartilhamento de informações sustentadas em evidências e nos direitos da gestante para que a mulher faça escolhas informadas e busque fortalecer suas decisões acerca dos processos que envolverão o parto e nascimento.^{8,9}

No **Passo 9 - Reduza as taxas de cesariana desnecessárias** o plano de parto é discutido como uma estratégia importante na redução de cesarianas realizadas desnecessariamente.

Reduzir o medo do parto vaginal e munir a gestante de informações qualificadas sobre as vantagens do parto normal para ela e para o bebê, bem como, os riscos de uma cesárea desnecessária são ações fundamentais em educação em saúde do pré-natal, e devem ser priorizadas para que as mulheres possam se fortalecer para o parto e desejar viver esta experiência como uma etapa enriquecedora para sua vida. Deve-se também incluir, como tema prioritário dentre as ações de educação em saúde, o planejamento familiar de modo que a gestante possa escolher e ter acesso aos métodos contraceptivos disponíveis no SUS.

O Ministério da Saúde também destaca, como ação de educação em saúde e prevenção da peregrinação da parturiente em busca de atenção hospitalar, a interlocução entre atenção primária e a maternidade, para a promoção da vinculação da gestante ao local do parto.⁸ A lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, versa sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade, na qual será assistida no âmbito do SUS.¹⁹

O profissional de saúde da estratégia de saúde da família deve articular ou ao menos estimular que a gestante faça uma visita à maternidade de referência, para fortalecimento do vínculo de confiança entre ela e os profissionais da maternidade, e

conhecimento das rotinas e do ambiente do parto, ajudando a gestante a planejar este momento.^{8,19}

Assim como, a permanência da assistência à saúde à parturiente após experiência do parto e nascimento, garantindo as premissas de continuidade e gestão do cuidado, qualidade e segurança. A vinculação associa-se a ideia de reciprocidade entre a atenção primária e maternidade, em uma mão de via dupla, pertencente à lógica de uma rede de atenção integral à saúde, que envolve gestante, profissionais e serviços de saúde.¹⁹

Acerca das ações educativas, o profissional da saúde precisa promover o aconselhamento sobre os benefícios do aleitamento materno. As mulheres precisam receber informações sobre a importância do aleitamento materno para ela e para o bebê, a importância da amamentação na sala de parto, as técnicas de posicionamento e pega adequada para a prevenção de complicações relacionadas à amamentação e as possíveis dificuldades na amamentação e meios de preveni-las.

Estigmas socialmente pré-estabelecidos como “o tamanho da mama e a produção de leite”, “o leite materno é fraco”, “mulheres de mamilo invertido não amamentam”, devem ser desconstruídos com orientações contínuas nos diferentes cenários em que encontramos mulheres.

Cabe ressaltar que o processo de educação em saúde pode se dar de forma individual ou coletiva, com incentivo às rodas de conversa nas salas de espera. Esta estratégia

produz espaços para a convivência entre as gestantes em uma mesma comunidade ou território e, com a ajuda da equipe de saúde da família, estabelece um momento para orientações sobre diferentes assuntos, que envolvem a gestação, parto, puerpério, cuidados com recém-nascido, amamentação e planejamento familiar.

Os momentos de sala de espera permitem o envolvimento da rede de apoio da gestante e o compartilhamento de orientações que serão fundamentais para a vivência positiva da gestação. A extensão do convite aos companheiros, as companheiras e demais familiares permite a inclusão das pessoas que serão o apoio desta mulher na comunidade em seu ambiente doméstico.^{8,9}

DICA



Procure um local na UBS onde as mulheres possam ficar em roda (pode ser inclusive embaixo de uma árvore) antes da consulta individual, e onde os profissionais de saúde possam se estabelecer

lateralmente (sentados na mesma altura).

Estimule que as mulheres falem como passaram o mês, se têm alguma queixa, e, a partir do conteúdo emergente, desenvolva um diálogo sobre as questões levantadas.

Uma gestante, por exemplo, pode se queixar de queimação no estômago.

Pergunte se mais alguém também sente ou sentiu queimação, e o que elas estão fazendo ou fizeram para aliviar este sintoma. Acrescente, ao final das falas, informações qualificadas sobre as causas deste sintoma e as formas de aliviar a queimação (mostre na caderneta da gestante a página onde aparece este tema).



Realizar esta conversa em grupo é mais prazeroso para o profissional, no intuito de ganhar tempo e não repetir a mesma conversa com várias gestantes individualmente. Também ajuda as participantes no sentimento de pertencimento a um coletivo e a entenderem que esta questão, por exemplo, é comum na gestação.

Outra estratégia inclusiva estabelecida pelo Ministério da Saúde é nomeada pré-natal do parceiro. A inclusão de uma consulta voltada aos parceiros e parceiras visa ao envolvimento consciente e ativo nos cuidados realizados com a gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, auxiliando na ruptura e transformação, na prática, das construções sociais de gênero.²⁰ A estratégia visa também a ampliação do acesso e o acolhimento dos parceiros aos serviços e programas de saúde como, por exemplo, a

disponibilização da testagem sorológica para as principais infecções sexualmente transmissíveis, que produzem impacto gestacional.^{8,20}

Assim, os espaços constituídos para o exercício da educação em saúde devem utilizar como premissas:

- A riqueza da diversidade cultural, social e emocional, na troca de experiências que acontecem nos encontros entre elas e com elas.
- A importância do compartilhamento de informações qualificadas em cada encontro.
- A desconstrução de mitos e concepções equivocadas que são geradores de medos e incertezas.
- A importância de ouvir as queixas maternas e ampliar horizontes para novas possibilidades de práticas e de cuidado.
- A construção do sentimento de grupalidade e de pertencimento que auxilia na vivência das experiências.
- A redução das relações assimétricas entre profissionais de saúde e as mulheres.

FICA A DICA

- As mulheres devem ser acolhidas em encontros de qualidade promovendo a escuta sensível que a reconheça em suas competências naturais do gestar, parir e maternar.
- Para a promoção de encontros de qualidade, o profissional da saúde deve exercer práticas de cuidado centradas na mulher, que reconheça suas individualidades e suas singularidades.
- A vivência positiva da gestação, parto e puerpério pressupõe que em todos os encontros com profissionais da saúde possam existir momentos para o acolhimento das demandas de cada mulher em seu contexto de vida e existência, promovendo relações de pertencimento e práticas de cuidado significantes.
- O cuidado ao pré-natal prevê um conjunto de procedimentos que garanta a vigilância obstétrica e ginecológica para a promoção da saúde de gestantes, com vista ao acompanhamento gestacional e a prevenção de comorbidades.
- A promoção de hábitos de vida saudável deve ser incentivada pelo profissional de saúde durante todos os encontros com a gestante.
- A identificação precoce de patologias, que geram agravos gestacionais, deve ser rotina em todos os encontros, promovendo diagnósticos precoces e

estabelecendo condutas assistenciais assertivas frente a cada necessidade de saúde.

- O estabelecimento de práticas educativas em sala de espera são estratégias utilizadas para a promoção da escuta qualificada, fortalecimento de vínculos, desmitificação de informações equivocadas e o compartilhamento de saberes em relações transversais.

PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 1

Cabe aos gestores

- Planejar o atendimento de gestantes e puérperas em rede, com encaminhamento a serviços de referência em tempo oportuno, quando necessário.
- Organizar os serviços de apoio para a realização de um pré-natal de qualidade, em que as gestantes façam os exames laboratoriais e de imagem em tempo oportuno e tomem as vacinas preconizadas.
- Criar Estratégias Antirracistas devem ser adotadas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Promover educação permanente das equipes de pré-natal, que abarque os aspectos técnicos e relacionais do cuidado às gestantes e puérperas na atenção primária à saúde.
- Criar estratégias para que os profissionais se atentem aos determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor e suas interfaces na assistência as mulheres.
- Organizar os processos de trabalho das equipes de pré-natal, de modo a propiciar a realização de rodas de conversa com as gestantes antes de todas as consultas individuais.

- Elaborar e publicizar o mapa de vinculação das gestantes às maternidades de referência e promover a visita à maternidade.

Cabe aos profissionais de saúde

- Promover encontros de qualidade com as gestantes e as puérperas através do estabelecimento de uma relação empática.
- Adotar Estratégias Antirracistas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Incluir o plano de parto enquanto instrumento de discussão das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.
- Realizar rodas de conversa com as gestantes, antes das consultas individuais de pré-natal, discutindo temas relativos à gravidez, parto, puerpério, planejamento reprodutivo e amamentação/cuidados com o RN.
- Seguir os protocolos ministeriais relativos ao pré-natal de baixo e alto risco.
- Preencher corretamente a caderneta da gestante em todas as consultas de pré-natal.
- Incentivar as gestantes e seus acompanhantes a participarem da visita guiada à maternidade de referência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 22 set 2017[acesso em 8 fev 2024]; 183(seção 1):68. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.
2. Mario DN, Rigo L, Boclin K de LS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL, et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciênc saúde coletiva. 2019;24(3):1223-32. doi: [10.1590/1413-81232018243.13122017](https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017).
3. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN da. Prenatal care in the Brazilian public health services. Rev Saúde Pública. 2020;54:08. doi: [10.11606/s1518-8787.2020054001458](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458).
4. Brasil. Portaria GM/GS nº 2.198, de 06 de dezembro de 2023. Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União[Internet]. 7 dez 2023 [acesso em 30 dez 2023];232:126. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.198-de-6-de-dezembro-de-2023-528577869>.
5. Góes EF, Ferreira AJF, Ramos D. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia?. Ciênc saúde coletiva. 2023;28(9):2501-10. doi: [10.1590/1413-81232023289.08412022](https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.08412022).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: SINASC [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2023[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=2132339.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: SIM [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde;c2023[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf.

9. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience[Internet]. Geneva: WHO; 2016[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.
10. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
11. Caplan G. Princípios da psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zahar; 1964.
12. Almeida MS de, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(2):385-94. doi: [10.1590/S0102-311X2012000200017](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200017).
13. Arrais AR, Araujo TCCF, Schiavo RA. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. Rev Psicol Saúde. 2019;11(2):23-34. doi: [10.20435/pssa.v0i0.706](https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706).
14. Brasil. Lei nº 14.721, de 08 de novembro de 2023. Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Diário Oficial da União[Internet]. 9 nov 2023 [acesso em 30 dez 2023];213:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm.
15. Silva BP da, Matijasevich A, Malta MB, Neves PAR, Mazzaia MC, Gabrielloni MC, et al. Common mental disorders in pregnancy and postnatal depressive symptoms in the MINA-Brazil study: occurrence and associated factors. Rev Saúde Pública. 2022;56:83. doi: [10.11606/s1518-8787.2022056004028](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004028)
16. Maldonado MT. Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias & Letras; 2020.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_inseguranca_alimentar_aps.pdf.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes: fascículo 3[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_guia_alimentar_fasciculo3.pdf.
19. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União[Internet]. 28 dez 2007[acesso em 30 dez 2023];249:2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde;2023[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf.



10 PASSOS

DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA
REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

PASSO

2

Institua ações de **profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas** durante o pré-natal

10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna

Passo 2 - Institua ações de **profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas** durante o pré-natal

2024
2ª Edição

SUMÁRIO

TÓPICOS DE DESTAQUE	4
IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES	6
INTRODUÇÃO	8
TÉCNICA DE MENSURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	12
CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS.....	17
HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA (HAC).....	21
HIPERTENSÃO GESTACIONAL (HAG)	28
PRÉ-ECLÂMPSIA.....	30
FATORES DE RISCO PARA PE E METODOLOGIAS DE PREDIÇÃO	31
PRÉ-ECLÂMPSIA SOBREPOSTA À HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA.....	48
ECLÂMPSIA	50
FICA A DICA	52
PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 2	54
REFERÊNCIAS.....	57

TÓPICOS DE DESTAQUE

- 1.** Inicie profilaxia com ácido acetilsalicílico a partir de 12 semanas para as mulheres com maior risco de pré-eclâmpsia (HAC, hipertensão em gestação anterior, gemelaridade, diabetes, obesidade, doenças autoimunes).
- 2.** Inicie profilaxia com cálcio na primeira consulta para as gestantes com maior risco de pré-eclâmpsia e se possível estendida à todas as gestantes.
- 3.** Mantenha atenção contínua durante o pré-natal para identificação dos sinais e sintomas de pré-eclâmpsia (ganho de peso excessivo (+1kg/semana) e repentino, edema, especialmente, no rosto e nas mãos, PA maior ou igual a 140 x 90 mmHg).
- 4.** Permaneça atento e oriente sobre queixas como cefaleia, epigastralgia e escotomas.
- 5.** Cheque periodicamente os valores de proteinúria nas pacientes com sintomas ou risco importante (≥ 300 mg em urina de 24 horas ou relação proteína/creatinina urinárias $\geq 0,3$ mg/dL ou $\geq 2+$ em fita urinária).

6. Atente para as indicações de promoção oportuna do nascimento, conforme a apresentação clínica da síndrome hipertensiva.
7. Se não puder realizar proteinúria, considere presença de edema, ganho excessivo de peso (+1kg/semana) e alteração dos valores pressóricos. Conte com apoio oportuno de equipe de especialistas (considere o uso de telemedicina) para as mulheres com um início de hipertensão na segunda metade da gravidez, especialmente, quando associada à proteinúria ou aos demais fatores associados. Fique atento às hipertensas crônicas que apresentem edema ou ganho de peso excessivo, elas podem estar desenvolvendo pré-eclâmpsia sobreposta.

IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES

1. Promova a correta mensuração da PA com capacitação de toda a equipe de saúde e a garantia de equipamentos adequados.
2. Capacite os profissionais de saúde para a identificação dos sinais que caracterizam uma síndrome hipertensiva (alteração de PA \geq 140/90 mmHg acompanhados ou não de edemas, cefaleia, escotomas visuais e epigastralgia).
3. Classifique as Síndromes Hipertensivas apresentadas pelas gestantes baseado em sua idade gestacional, sintomatologia e resultados laboratoriais. Atente para a mudança na classificação que pode ocorrer em qualquer momento gestacional.
4. Oriente a gestante quanto a realização do mapa pressórico para a avaliação da PA em diferentes momentos do dia. Caso não seja possível a mensuração em domicílio, organize estratégias na Atenção Primária em Saúde.
5. Oriente a gestante acerca da prática de atividade física, pelo menos 140 minutos por semana de exercício de intensidade moderada, como uma ação que visa a redução de risco para hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia.
6. Oriente a gestante para sinais de alerta de iminência de eclâmpsia e, diante do agravamento do quadro clínico, procurar a maternidade de referência.

7. Inicie o uso de Hipotensor em tempo oportuno nas gestantes com indicação clínica. Suspenda o uso da profilaxia com ácido acetilsalicílico após 36 semanas de gestação.
8. Fique atento aos sinais que indicam crise hipertensiva e agravamento das condições clínicas da gestante hipertensa.
9. Encaminhe a gestante para o serviço de atenção especializada hospitalar, maternidade de referência, frente a identificação dos sinais de gravidade.

INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas na gestação são agravos clínicos consideradas de relevância para a saúde materna e fetal na produção de resultados obstétricos que interferem nos indicadores de morbidade e mortalidade materna.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em torno de 10 a 15% das mortes maternas de causas diretas estão associadas à pré-eclâmpsia, sendo que o local de ocorrência de 99% dessas são em países de baixa e média renda.¹

De acordo com o Boletim Epidemiológico Especial referente à saúde da população negra (2023), a mortalidade proporcional por hipertensão, em 2020, diminuiu nas categorias de raça/cor indígena (quase 30%), branca (6%) e parda (1,6%) em comparação ao ano de 2010. Entretanto, houve um aumento de 5% na categoria raça/cor preta no mesmo período.²

Em adição, os desfechos adversos relacionados à hipertensão na gravidez são: (i) morbidade materna grave (Near-miss) com cerca de 230.000 casos/ano (430/100.000), sendo 30% associados à hipertensão na gravidez; (ii) o decesso fetal, na ocorrência de 2,6 milhões de óbitos fetais/ano, sendo estimado que 16% estejam associados à hipertensão na gravidez, dos quais 11% atribuído à Hipertensão Arterial Crônica e 5% à Pré-eclâmpsia; (iii) a mortalidade neonatal na ocorrência de 1,5 a 2 milhões de mortes neonatais por ano, associados à hipertensão e à morbidade neonatal, com a

ocorrência da prematuridade iatrogênica, restrição de crescimento fetal, a encefalopatia hipóxico-isquêmica.³

A Atenção Primária à Saúde possui papel fundamental no diagnóstico precoce das síndromes hipertensivas na gestação durante o pré-natal, com a sua correta classificação e tomada de condutas adequadas para o manejo clínico das gestantes e encaminhamentos que se fizerem necessários.

Os protocolos reforçam que os profissionais de saúde devem estar alertas durante o pré-natal aos pequenos sinais apresentados pelas gestantes que podem evidenciar quadros hipertensivos, sendo fundamental o acompanhamento com a adoção das práticas recomendadas que repercutem na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal.^{1,4}

Apresentamos as principais complicações da Hipertensão Arterial na gestação.⁵

Sistema afetado	Distúrbio
Cardiovascular	HAS grave, edema pulmonar, trombo embolismo pulmonar, acidentes vasculares.
Renal	Oligúria, Insuficiência Renal Aguda.
Hematológico	Hemólise, plaquetopenia, Coagulação Intravascular Disseminada.
Neurológico	Eclâmpsia, edema cerebral, Acidente Vascular Encefálico.
Oftalmológico	Amaurose, hemorragias retinianas, exsudatos, edema de papila.
Hepático	Disfunção, isquemia, hematoma, ruptura capsular.
Placentário	Isquemia, trombose, descolamento prematuro de placenta, hipoperfusão fetal.

As principais síndromes hipertensivas na gravidez são classificadas em: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica.^{1,4,6} A eclâmpsia e a síndrome HELLP atualmente são reconhecidas como complicações da pré-eclâmpsia.^{1,6}

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde⁶ propõe uma classificação de risco gestacional e sugere o local de acompanhamento gestacional conforme a alteração identificada, sendo recomendada:⁶

Estratificação de risco	Características individuais e condições	Local preferencial de acompanhamento
Médio risco ou risco intermediário	Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior. Hipertensão gestacional.	Atenção Primária à Saúde com apoio de equipe multiprofissional ou com apoio de ambulatório pré-natal de alto risco.
Alto risco	Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade;	Ambulatório pré-natal de alto risco ou ambulatório de pré-natal especializado.
	Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade Síndrome HELLP.	Atenção Especializada Hospitalar.

TÉCNICA DE MENSURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

A correta mensuração da pressão arterial é o primeiro passo para a identificação do distúrbio hipertensivo na gestação.

Toda a equipe deve conhecer a técnica e executá-la a cada aferição. Descrevemos no quadro abaixo o passo-a-passo para a mensuração dos níveis pressóricos em gestantes.

TÉCNICA DE AFERIÇÃO DA PA^{1,6}

1. A gestante deve estar sentada, pés e costas apoiados após no mínimo 5 min de repouso;
2. O manguito do aparelho de PA deve ser adequado à circunferência do braço: circunferência do braço < - 9 - 22cm (manguito pequeno), entre 22-32 cm (manguito normal) e entre 32-42 cm (manguito largo);
3. Ajustar o manguito apropriado no braço à 2-3 cm acima do ponto de pulsação da artéria braquial;
4. Manter o braço elevado na altura do coração;
5. Inflar o manguito até 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso braquial;
6. Colocar a campânula do estetoscópio sob o pulso braquial;
7. Desinsuflar o manguito lentamente atentando para os sons de Korotkoff;
8. Considerando-se como pressão sistólica o primeiro som de Korotkoff e como pressão diastólica o quinto som de Korotkoff, caracterizado pelo desaparecimento da bulha cardíaca;
9. Nos casos de persistência das bulhas até o final da desinsuflação do manguito, deve-se considerar pressão diastólica o abafamento da bulha.

Observações

Na impossibilidade do uso de um manguito adequado, recomenda-se a utilização de tabelas de correção do valor da pressão arterial, que utilizam a circunferência braquial da paciente (aferida ao nível da metade do braço) para o ajuste do valor aferido.¹

Correção da pressão arterial (PA) de acordo com a circunferência do braço da paciente:¹

Circunferência do braço (cm)	Correção PA sistólica (mmHg)	Correção 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



Imprima a tabela de correção da pressão arterial (PA).



Acesse o PROTOCOLO 03 - PRÉ-ECLÂMPSIA – 2023 Rede da Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez.

Os valores para a pressão arterial em gestantes são considerados alterados:^{1,6}

Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg

e/ou

Pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg

Confirmar a mensuração num intervalo de até 15 min utilizando o mesmo braço.

Mantenha a gestante em observação por um intervalo de pelo menos 4 horas e faça nova mensuração da PA para confirmação da hipertensão e classificação.

A hipertensão arterial (HA) pode ser classificada como:^{1,6}

1. HA Leve: PAS \geq 140 e $<$ 160 mmHg e ou PAD \geq 90 e $<$ 110 mmHg.
2. HA Grave: PA com valores iguais ou superiores a 160/110 mmHg.

O acompanhamento ideal das gestantes tendo em vista as síndromes hipertensivas requer:^{1,6}

1. **Observação atenta aos sinais manifestos que sinalizem para os distúrbios hipertensivos e monitorização rigorosas dos achados;**
2. **Estabelecimento de diagnósticos precoces e em tempo oportuno para as diferentes síndromes hipertensivas;**
3. **Estabelecimento de condutas clínicas recomendadas nos protocolos para classificação;**
4. **Planejamento do parto observando as condições maternas e neonatais.**

CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

A classificação das síndromes hipertensivas na gestação requer a atenção do profissional de saúde para a idade gestacional apresentada pela gestante e as características clínicas e de sintomatologia. O parâmetro de classificação para a idade gestacional são 20 semanas gestacionais.

Assim, recomenda-se que a classificação dos distúrbios hipertensivos seja realizada a cada consulta de pré-natal, atentando para possíveis modificações no quadro clínico apresentado pela gestante.

O quadro abaixo descreve a classificação dos principais distúrbios de acordo com as suas características definidoras.

Quadro 1: Descrição dos principais distúrbios hipertensivos e complicações da pré-eclâmpsia na gestação^{1,6,7,8}

Distúrbio	Definição	Percentual estimado na população de gestantes
Hipertensão arterial crônica (HAC)	Presença de hipertensão com manifestação prévia à gravidez ou identificada antes de 20 semanas de gestação e que persista após 12 semanas de pós-parto.	Estima-se que ocorra em 6% a 8% das gestações.
Hipertensão arterial gestacional (HAG)	<p>Manifestação de hipertensão arterial após 20 semanas de gestação, em gestantes previamente normotensa, porém sem proteinúria ou disfunção de órgãos-alvo.</p> <p>Essa forma de hipertensão geralmente desaparece em até 12 semanas após o parto.</p>	<p>Estima-se que ocorra em cerca de 10% das gestações.</p> <p>Aproximadamente 25% dos casos de HAG evoluirão desfavoravelmente para pré-eclâmpsia.</p>
Pré-eclâmpsia (PE)	Manifestação de hipertensão arterial identificada após 20 semanas de gestação, associada à proteinúria (≥ 300 mg em urina de 24 horas ou relação proteína/creatinina urinárias $\geq 0,3$ mg/dL ou $\geq 2+$ em fita urinária) ou disfunção de órgãos-alvo como contagem de plaquetas $< 150.000/mm^3$, disfunção hepática com transaminases oxalacética (TGO) ou pirúvica (TGP) > 40 UI/L, insuficiência renal (creatinina > 1 mg/dL), edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia.	Estima-se que ocorra em cerca de 3% e 5% das gestações.

	<p>Disfunção placentária, como restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas fetais, também devem chamar atenção para o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo na ausência de proteinúria.</p>	
<p>Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica</p>	<p>Diagnóstico estabelecido em algumas situações específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) quando, após 20 semanas de gestação, ocorre o aparecimento ou piora da proteinúria já detectada na primeira metade da gravidez (aumento de pelo menos três vezes o valor inicial); 2) quando gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica necessitam de incremento das doses terapêuticas iniciais ou associação de anti-hipertensivos; 3) na ocorrência de disfunção de órgãos-alvo; 4) na presença de sinais de disfunção placentária progressiva, como restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas fetais. 	<p>Estima-se que ocorra em 25% das gestações com HAC.</p>
<p>Eclâmpsia</p>	<p>Presença de convulsões tônico-clônicas em gestante com pré-eclâmpsia. Em uma parcela dos casos, a eclâmpsia se manifesta como quadro inicial, principalmente em pacientes cujo diagnóstico de pré-eclâmpsia não foi realizado adequadamente.</p>	<p>Estima-se que ocorra em cerca de 2% a 3% das pacientes com PE grave.</p>



Acesse- Protocolo no. 01/2023 - Hipertensão Arterial Crônica, da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG).

Acesse Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA (HAC)

A HAC constitui umas das síndromes hipertensivas, sendo em sua maioria hipertensão essencial/primária e podendo ser influenciada, principalmente, pela obesidade e idade materna avançada. Está relacionada a complicações que possuem interface direta com a morbimortalidade materna.⁸

Estas complicações maternas importantes são o edema pulmonar, a insuficiência renal, o acidente vascular encefálico, o descolamento prematuro da placenta (DPP) e o aumento na incidência de cesariana. Já entre as complicações que repercutem sobre o feto estão a restrição de crescimento fetal, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o óbito fetal.^{6,8}

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG)⁴ propõe uma classificação para a HAC na gestação.

Quadro 2: Classificação da HAC na gestação

Classificação	Valores
Leve a Moderada	PAS 140-159 mmHg e PAD 90-109 mmHg
Grave	PAS \geq 160 mmHg e PAD \geq 110 mmHg



Acesse Hypertension in Pregnancy Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy, 2013).

Outra classificação propõe atenção para os valores de PAD:⁹

- HAC leve (PAD 90- 99 mmHg),
- HAC moderada (PAD 100-109 mmHg),
- HAC grave (PAD \geq 110 mmHg).

A rotina de agendamento da consulta de pré-natal para os casos de HAC leve, sem outras complicações, são de retornos mensais até a 28^a semana gestacional;

quinzenais, entre 28^a e 34^a semanas gestacionais e semanais, após a 34^a semana gestacional.⁸

Nos casos que necessitem de reavaliação para aumento da dose dos hipotensores ou suspeita de PE sobreposta o retorno deve ser agendando em no máximo uma semana. As gestantes com critérios de gravidade (ver **Passo 6 - Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros de síndromes hipertensivas graves na gestação**) devem ser encaminhadas à maternidade para avaliação complementar de maior complexidade.

Durante a rotina de assistência pré-natal é recomendada a inclusão de alguns exames para o conhecimento das medidas basais de alguns elementos que serão importantes no acompanhamento e identificação dos sinais de gravidade.

Exames recomendados para a avaliação de gestantes com HAC^{1,6,8}

- Hemograma;
- Creatinina sérica;
- Relação proteinúria/creatinúria (P/C) em amostra única (a coleta de proteinúria de 24 horas é uma opção não prioritária por ser menos prática e demorada);

Observação: eletrocardiograma, exames de fundoscopia, ecocardiograma, radiografia de tórax, ultrassonografia renal, entre outros, devem ser solicitados baseando-se em critérios clínicos apresentados pela gestante.

Em relação a ultrassonografia obstétrica, realizar o primeiro USG o maior precoce possível para mensuração da idade gestacional.

Após a 24 semanas, recomenda-se a realização mensal para avaliação do crescimento fetal, diante do risco aumentado de restrição do crescimento fetal. Avaliar a necessidade de realização de dopplervelocimetria e perfil biofísico fetal.^{6,8}

A terapia anti-hipertensiva tem por objetivo a redução dos níveis pressóricos, principalmente, em gestantes que apresentam lesões de órgãos alvo. As evidências sugerem que:^{6,8,10}

- 1.** O tratamento anti-hipertensivo tem por objetivo manter os níveis pressórico entre PAS 110-135 mmHg e PAD 70-85 mmHg;
- 2.** O tratamento anti-hipertensivo deve ser iniciado se PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg;
- 3.** O tratamento anti-hipertensivo deve ser interrompido se PAS for menor que 110 mmHg ou PAD menor que 70 mmHg ou se a mulher apresentar sinais de hipotensão.

O quadro 3 apresenta as principais recomendações de agentes terapêuticos a serem utilizados na gestação.^{8,10}

Quadro 3: Medicações recomendadas na gestação.^{8,10}

Droga	Dose	Comentários
Alfametildopa 250/500 mg	750 a 3.000 mg/dia VO, 8/8h ou 6/6h	Inibidor adrenérgico de ação central. Considerada droga para tratamento inicial de gestantes com hipertensão arterial crônica ou gestacional
Hidroclorotiazida 12,5/25 mg	12,5 a 50 mg/dia VO / 1x ao dia	Diurético tiazídico. Uso compatível na gestação, desde que a gestante use antes da gestação, porém deve ser evitado no puerpério
Nifedipina Retard 10/20 mg	20 a 60 mg/dia VO 12/12h	Bloqueadores de canal de cálcio. Uso seguro na gestação e lactação.
Amlodipina 2,5/5/10 mg	2,5 a 10 mg/dia VO 1 ou 2x ao dia	
Carvedilol 6,5/12,5 mg	12,5 a 50 mg/dia / 1 a 2 x/dia.	Betabloqueadores Recomenda-se iniciar com 12,5 mg /dia por dois dias e se não for suficiente aumentar a dose.
Metoprolol 25/50/100 mg	100 a 200 mg/dia /1 a 2 x/dia	

OBS: Para alfametildopa a dose habitual é 750 a 2.000mg/dia, podendo, em casos específicos utilizar até 3.000 mg/dia, com avaliação criteriosa do risco de hipotensão.

Com relação a tempo oportuno para a resolução da gestação e a via de parto recomendada, os consensos estabelecem que devem ser observadas as indicações obstétricas usuais. Ressaltam que a indicação de cesariana não deve ocorrer apenas pela gestante possuir HAC e sem a ocorrência de fatores que acrescentem critérios tanto maternos como fetais, a exemplo do comprometimento do bem-estar fetal. As indicações relativas à resolução da gestação podem seguir os critérios estabelecidos na PE e descritos no **Passo 6 - Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros de síndromes hipertensivas graves na gestação.**

É recomendada a adoção de alguns cuidados, às gestantes com HAC.^{4,6,8,11}

1. Monitoramento da pressão arterial de acordo a condição clínica.

Caso o monitoramento seja realizado em domicílio, ensinar a técnica correta de aferição da pressão arterial. Em caso de uso de aparelho digital, é importante que a gestante traga o aparelho em uma de suas consultas de pré-natal para a validação da aferição pelo profissional da saúde.

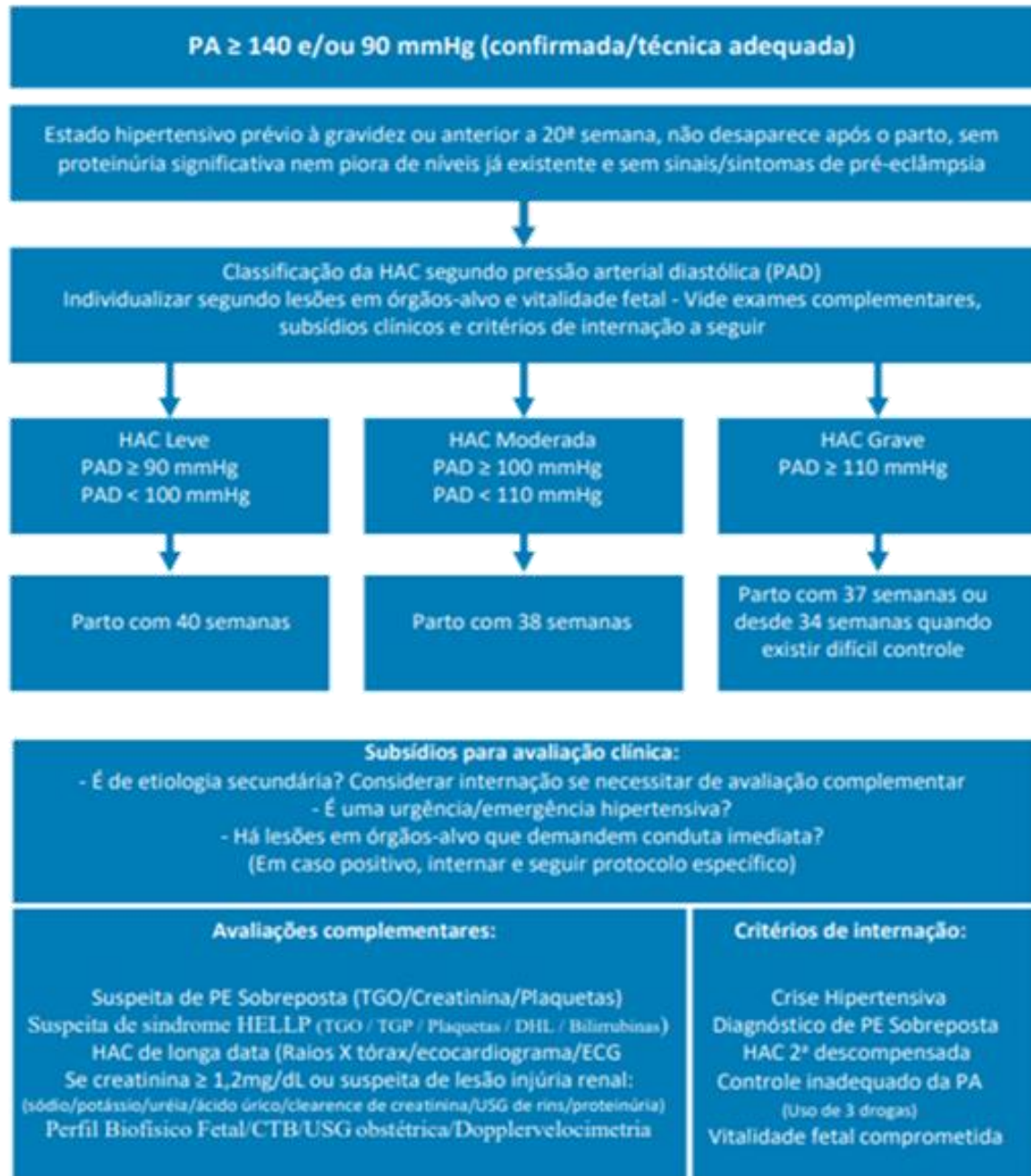
2. É sugerido a continuidade das atividades físicas durante a gravidez para as gestantes HAC que estão habituadas e com a pressão arterial bem controlada.

Pelo menos 140 minutos por semana de exercício de intensidade moderada, como, por exemplo, caminhada rápida, hidroginástica, bicicleta ergométrica.

3. Mudança nos hábitos alimentares com redução da ingesta de sal (2,0 g/dia) e a adoção de práticas saudáveis para o bom controle pressórico e redução da necessidade de uso de medicações.**4.** Controle do ganho de peso no intuito de se evitar excessos.

A RBEHG⁸ propõe um modelo de fluxograma assistencial para orientar as condutas a serem adotadas pelos profissionais de saúde no manejo das gestantes classificadas como HAC.

Figura 1: Fluxograma assistencial para o acompanhamento de gestante com HAC



Imprima o fluxograma assistencial para o acompanhamento de gestante com HAC.

HIPERTENSÃO GESTACIONAL (HAG)

A hipertensão gestacional é um dos quadros hipertensivos que merece atenção pela sua especial característica revelada pelos estudos em que 25% dos casos evoluirão, desfavoravelmente, para pré-eclâmpsia.^{1,6}

Após o diagnóstico de HAG, conforme apresentado anteriormente, a Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez ressalta duas observações acerca da classificação.^{1,6}

- 1. A hipertensão arterial manifestada acima de 20 semanas, porém, com resolução espontânea, sem a necessidade do uso de hipotensores, deve ser considerada como hipertensão gestacional transitória.**
- 2. Diante da persistência de valores elevados da pressão arterial no puerpério, a gestante deve ser reclassificada como hipertensão arterial crônica, que provavelmente teve suas manifestações pomenorizadas em decorrência dos efeitos das modificações fisiológicas da primeira metade da gestação.**

Não há consenso na literatura sobre o melhor momento para o término da gestação nas mulheres com HAG. A Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez

recomenda que, a partir de 37 semanas, a conduta em relação ao parto seja individualizada e compartilhada com a gestante e seus familiares, levando-se em consideração os riscos maternos e perinatais. Não se recomenda que a gestação prolongue além de 39 semanas e 6 dias.¹


Outros protocolos internacionais sugerem que o parto deve ocorrer a partir de 38 semanas em gestantes com PA < 160/110 mmHg, sem evidências de comprometimento do bem-estar fetal.^{1,6}

PRÉ-ECLÂMPSIA

É fundamental, durante a assistência pré-natal, o diagnóstico precoce para a PE para o controle clínico adequado, a tomada de condutas assertivas baseadas em evidências científicas, o bom controle pressórico e a identificação e acompanhamento dos sinais de acometimento/complicações, que deverão ser encaminhadas a serviços especializados. Tais medidas serão fundamentais para a melhoria nos desfechos adversos existentes tanto para a gestante quanto para o feto.¹

Os profissionais de saúde podem acessar ferramentas desenvolvidas com a finalidade de apoio diagnóstico como, por exemplo a calculadora do “Sistema de Apoio a Decisão Clínica” (SADEC/IFF/FIOCRUZ) que possibilita o acesso a escore de alerta precoce.

Acesse calculadora de risco SADEC.



Calculadora Pré-Eclâmpsia

Convulsão

Não Sim

Id. Semanas: 37 Id. Dias: 2

Pressão Arterial: Sistólica: 120 Diastólica: 95 Média: 113

Refazer Cálculo

Download Relatório

Sugestões diagnósticas Alta probabilidade

Resolução da Gestação na Pré-Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia com Sinais de Gravidade

Seguir as orientações dos protocolos relacionados

Condução Sugestão de Protocolo

Protocolo de Neuroproteção Materna

Iniciar Neuroproteção:

3. Obter 2 acessos venozos calibrosos
4. Solicitar Protocolo de PE (Hemograma com plaquetas, creatinina, AST, DHL, Bilirrubina e proteinúria - proteinúria 24h, relação proteína/creatinina urinária ou fra urinária)

Cabe lembrar, além dos valores pressóricos $\geq 140/90$ mmHg, os outros critérios utilizados para o diagnóstico de PE:^{1,4,6}

- Quando presente proteinúria significativa (≥ 300 mg em urina de 24 horas ou relação proteína/creatinina urinárias $\geq 0,3$ mg/dL ou $\geq 2+$ em fita urinária);
- Contagem de plaquetas $< 150.000/\text{mm}^3$;
- Disfunção hepática com transaminases oxalacética (TGO) ou pirúvica (TGP) > 40 UI/L;
- Insuficiência renal (creatinina > 1 mg/dL);
- Edema pulmonar;
- Iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia;
- Disfunção placentária, como restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas fetais, também deve chamar atenção para o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo na ausência de proteinúria.

A pré-eclâmpsia pode também ser subclassificada em relação à idade gestacional em que é feito o diagnóstico: Pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas de gestação), Pré-eclâmpsia tardia (≥ 34 semanas de gestação), Pré-eclâmpsia pré-termo (< 37 semanas de gestação), Pré-eclâmpsia termo (≥ 37 semanas de gestação).⁶

FATORES DE RISCO PARA PE E METODOLOGIAS DE PREDIÇÃO

Na rotina de pré-natal é importante a identificação dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da PE. Nas gestantes possuidoras de fatores de risco, os profissionais da saúde devem permanecer atentos aos sinais que sugerem o desenvolvimento dos distúrbios hipertensivos.

O quadro 4 classifica entre alto e moderado risco para PE a gestante que apresenta determinadas características clínicas e ou obstétricas.

Quadro 4: Características clínicas e/ou obstétrica versus risco para PE^{1,12,13}

Risco	Características clínicas e/ou obstétricas
ALTO (um fator de risco)	<ul style="list-style-type: none"> • História de pré-eclâmpsia em gestação anterior, principalmente acompanhada de desfechos adversos; • Gestação múltipla; • Obesidade (IMC > 30) (A RBEHG considera a obesidade como fator de risco alto); • Hipertensão arterial crônica; • Diabetes tipo 1 ou 2; • Doença renal; • Doenças autoimunes (Ex: Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide); • Gestação decorrente de reprodução assistida.
MODERADO (≥ 2 fatores de risco)	<ul style="list-style-type: none"> • Nuliparidade; • História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmãs); • Idade ≥ 35 anos;

-
- Gravidez prévia com desfecho adverso (descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer com > 37 semanas, trabalho de parto prematuro);
 - Intervalo > 10 anos desde a última gestação.
-

Além da identificação dos fatores de risco, existe a possibilidade, dependendo da realidade local de acesso aos exames, de estimar o risco de PE através de uma combinação de marcadores: a mensuração da pressão arterial média (PAM), a mensuração pelo USG do índice de pulsatilidade da artéria uterina (IP) e a dosagem da concentração do fator de crescimento placentário (PLGF) entre 11 e 14 semanas de gestação. Gestantes com resultados alterados apresentaram uma taxa de detecção de PE precoce de 82%.¹

A seguir, disponibilizamos o link para acesso à calculadora de predição de risco de pré-eclâmpsia na gestação desenvolvida pelo “The Fetal Medicine Foundation” que utiliza além de fatores de risco, as medições ultrassonográficas (IP da artéria uterina) e bioquímicas (PLGF sérico – Fator de Crescimento Placentário ou PAPP-A - Proteína Plasmática A Associada à Gravidez) para o cálculo.



**Acesse a calculadora The Fetal
Medicine Foundation**

Prevenção da PE

As medidas preventivas para a PE incluem atividades físicas e a mudança nos hábitos alimentares conforme apresentado para as gestantes com HAC.

Nos últimos anos, as evidências científicas associaram as medidas preventivas que reduzem o risco de PE ao uso de dois medicamentos: o Ácido Acetilsalicílico (ASS) e o cálcio (Ca). Estas medidas podem reduzir de 10% a 60% as chances de desenvolvimento de PE. A RBEHG recomenda a utilização das substâncias conforme apresentado:^{1,8,14}

MEDIDAS PREVENTIVAS^{1,8,14}

1. Uso do ácido acetilsalicílico (AAS) deve ser indicado para gestantes com risco de manifestar pré-eclâmpsia:
 - a) que possuam um fator de alto risco;
 - b) que possuam dois ou mais fatores de risco moderado.

O AAS geralmente é prescrito após as 12 semanas (preferencialmente, antes das 16 semanas, podendo ser iniciado até as 20 semanas) interrompendo-se o seu uso com 36 semanas.

Deve ser administrado à noite, na dose de 100 mg/dia.

2. Uso do cálcio (Ca) está indicado em populações com baixa ingestão desse mineral, entre as quais inclui a brasileira.

O Ca geralmente é prescrito no primeiro trimestre, sendo mantido até o parto.

Todas as apresentações de cálcio são mais bem absorvidas quando ingeridas em pequenas doses (500 mg) e, principalmente, às refeições. O citrato de cálcio diferencia-se neste aspecto, pois não sofre grandes interferências de absorção se ingerido fora da alimentação. É a forma recomendada para pacientes com baixa acidez estomacal, doença inflamatória intestinal ou distúrbios de absorção.

As doses recomendadas devem ser fracionadas em duas ou três vezes (às refeições): carbonato de cálcio (1 a 2 g /dia) ou citrato de cálcio (2 a 4 g/dia). A razão de se duplicar o citrato é que sua concentração de cálcio elementar é a metade do carbonato.



Acesse ACOG Committee Opinion No. 743: Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. Obstet Gynecol [Internet]. 2018;132:e44–52. Available from:

Conduas assistenciais na PE

Os protocolos nacionais e internacionais reconhecem que, após o diagnóstico de PE, pode ser necessária a internação da gestante por um período para avaliação complementar das condições materno-fetais, introdução e/ou adequação das doses de anti-hipertensivos e vigilância quanto a sinais de gravidade.^{1,6}

A opção pela internação deve também levar em consideração as condições socioeconômicas e culturais das gestantes, bem como, a distância e a facilidade para acessar os locais para acompanhamento de sua condição. Assim, caso a equipe de saúde identifique quaisquer problemas que possam comprometer a adequada vigilância dos casos, a internação torna-se imprescindível.¹

Após a avaliação e descartada os sinais de gravidade, recomenda-se o acompanhamento em nível ambulatorial, sendo uma opção que traz mais benefícios emocionais e psíquicos para a gestante que, em situações de internação, nas quais permanece longe de sua família e comunidade. Além disso, é uma opção econômica para o sistema de saúde e reduz a sobrecarga de leitos hospitalares.^{1,6}

Outra possibilidade de acompanhamento é o ingresso da gestante na Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), espaço de cuidado atrelado a uma maternidade de referência. A estratégia foi idealizada para acolher gestantes, recém-nascidos e puérperas com condições clínicas que exigem atenção especializada por equipe multiprofissional, mas não necessitam de internação em estrutura hospitalar.¹⁵

Cabe ressaltar que os serviços de assistência social da maternidade de referência e do município de residência da gestante devem ser acionados para favorecer a permanência da gestante na CGBP, em especial, para aquelas mulheres que tem outros filhos, avaliando o seu contexto social e questões que impactam a sua internação como as de natureza trabalhista.



**Acesse a Portaria Nº 1.020, DE 29 DE
MAIO DE 2013: Casa de Gestante, Bebê e
Puérpera (CGBP), em conformidade com
a Rede Cegonha.**

O Ministério da Saúde descreve as seguintes recomendações a serem seguidas para a gestante que será acompanhada em regime ambulatorial:^{1,6}

RECOMENDAÇÕES^{1,6}

- Garantir que a UBS de referência da gestante tenha conhecimento de sua condição clínica e do plano de cuidados programado.
- Orientar a gestante e avaliar se ela compreendeu a importância de entrar em contato (via telefone, telemedicina) ou de procurar hospital caso surjam sintomas/sinais de agravamento da doença (cefaleia intensa ou persistente), alterações visuais, falta de ar ou dor no quadrante superior direito ou epigástrica).
- Recomendar que a gestante tenha alguém em casa ou em local próximo o tempo todo para dar suporte, caso um evento adverso inesperado aconteça.
- Orientar a gestante a estar atenta aos movimentos fetais – na percepção de redução, procurar hospital.
- Orientar a aferição da pressão arterial diariamente (no domicílio ou na Unidade Básica de Saúde de referência).
- Orientar para os valores da pressão arterial, que devem ser mantidos entre 110-140 x 85 mmHg.
- Orientar a redução da atividade física ou estressante, uma vez que a pressão arterial se mantém mais baixa quando em repouso.
- Manter consulta semanal para monitoramento das condições do feto e realizar exames laboratoriais necessários.

Em caso da identificação de sinais de gravidade ou alterações clínicas importantes a gestante deve ser internada para melhor avaliação e condutas clínicas oportunas.⁶

Até as 37 semanas, é necessário acompanhar a gestante com vista a:¹

1. Manter o controle da pressão arterial;
2. Orientar e monitorar sinais e sintomas de iminência de eclâmpsia;
3. Reavaliar semanalmente possíveis alterações laboratoriais (hemograma com contagem de plaquetas, comprometimento renal e hepático);
4. Manter a vigilância do bem-estar por meio das avaliações biofísica (cardiotocografia) e do crescimento fetal com biometria e hemodinâmica (dopplervelocimetria) por ultrassonografia.

Com relação ao acompanhamento laboratorial, um dos objetivos é a identificação precoce de possíveis comprometimentos de órgãos-alvo e o diagnóstico da síndrome HELLP em estágios iniciais.

Recomenda-se a revisão laboratorial de acordo com a evolução/avaliação de critérios de gravidade uma vez por semana, e sempre que houver algum evento clínico, como crise hipertensiva e/ou sinais de iminência de eclâmpsia.^{1,6}

**EXAMES RECOMENDADOS A SEREM REALIZADOS
SEMANALMENTE PARA ACOMPANHAMENTO DAS PACIENTES COM
PE^{1,6}**

**Hemograma completo com contagem de plaquetas e
hematoscopia, desidrogenase láctica, bilirrubinas totais,
creatinina e TGO.**

A RBEHG¹ ressalta aspectos importantes sobre a avaliação laboratorial, sendo destacado que:

1. não há necessidade de avaliações repetidas de proteinúria durante a avaliação da gestante;
2. a dosagem de ureia não deve ser realizada se não houver nítido comprometimento renal ou suspeita de síndrome hemolítico-urêmica;
3. para a avaliação do comprometimento hepático, apenas a dosagem de TGO se mostra suficiente;
4. a dosagem de ácido úrico apresenta correlação com desfechos adversos, porém, não constitui marcador único para decisões clínicas;
5. entre os critérios de diagnóstico de hemólise, as concentrações de desidrogenase láctica se alteram precocemente.

Acerca do tratamento farmacológico com uso de anti-hipertensivo devemos levar em consideração os níveis de pressão arterial e a presença ou não de sinais e sintomas. Atentar para a não redução excessiva e/ou brusca dos níveis pressóricos devido o risco de alterações na circulação placentária.^{1,6}

A recomendação para o início do anti-hipertensivo é para todas as gestantes que manifestarem PA \geq 140/90 mmHg persistente, devendo ser rigorosamente acompanhadas para a avaliação dos possíveis resultados após o início da terapia e futuras correções.^{1,6}

O Quadro 4 descreve quais agentes anti-hipertensivos são recomendados para início do tratamento da PA.¹

Quadro 4 – Agentes anti-hipertensivos recomendados¹

Classe	Agente	Posologia
Simpatolíticos de ação central, α2-agonistas	Metildopa: (250-500 mg)	Dose mínima: 750mg/dia Dose máxima: 3,0g/dia As doses devem ser fracionadas em 2 a 4x/dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino retard (10-20 mg)	Dose mínima: 20 mg/dia Dose máxima: 120 mg/dia As doses devem ser fracionadas em 1 a 3x/dia
	Nifedipino de liberação rápida (10-20 mg)	Dose mínima: 20 mg/dia Dose máxima: 60 mg/dia As doses devem ser fracionadas em 2 a 3x/dia
	Anlodipino (2,5-5-10 mg)	Dose mínima: 5 mg/dia Dose máxima: 20 mg/dia As doses devem ser fracionadas em 1 a 2x/dia
Vasodilatador periférico *	Hidralazina (25-50 mg)	Dose mínima: 50 mg/dia Dose máxima: 150

		mg/dia As doses devem ser fracionadas em 2 a 3x/dia
β-bloqueadores *	Metoprolol (25-50-100 mg)	Dose mínima: 100 mg/dia Dose máxima: 200 mg/dia As doses devem ser fracionadas em 1 a 2x/dia
	Carvedilol (6,25-12,5 mg)	Dose mínima: 12,5 mg/dia Dose máxima: 50 mg/dia As doses devem ser fracionadas em 1 a 2x/dia Recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por dois dias e a partir de então aumentar a dose

* Essas medicações só devem ser utilizadas em casos excepcionais, como ausência de controle pressórico com as medicações de primeira linha e após ampla discussão com médicos especialistas (obstetra e cardiologista).

Sobre o momento oportuno para a resolução da gestação, os documentos reconhecem que, para PE sem sinais de gravidade (sinais e/ou sintomas de deterioração clínica ou laboratorial), as melhores evidências recomendam que a conduta seja expectante somente até as 37 semanas gestacionais.^{1,4,6}

Caso o diagnóstico de pré-eclâmpsia seja realizado em gestações a termo, a resolução da gestação deverá imediatamente ser indicada.¹

Ao definir o período gestacional adequado para a resolução da gestação surge a necessidade do planejamento da via de parto mais adequada.^{1,6}

1. Nos casos de PE sem sinais de deterioração clínica e/ou com colo uterino desfavorável, pode-se propor a indução do trabalho de parto com o preparo do colo uterino com misoprostol ou sonda de Foley.

Na presença de restrição do crescimento fetal prefere-se a utilização da sonda de Foley para o preparo cervical.

2. Administrar ocitocina com cuidado devido a retenção hídrica hiponatrêmica, devendo-se utilizar soluções concentrada (10UI de ocitocina em 500mL de soro fisiológico a 0,9%, iniciando-se a infusão com 12mL/h).
3. Nos casos de PE com deterioração clínica e/ou laboratorial, alterações na vitalidade fetal e colo uterino desfavorável, a cesárea pode ser justificável.

A RBEHG propõe um modelo de fluxograma assistencial para orientar as condutas a serem adotadas pelos profissionais de saúde no manejo das gestantes classificadas com PE sem critérios de gravidade.¹

Figura 2 – Fluxograma assistencial para o acompanhamento de gestante com PE^{1:44}





Imprima o fluxograma assistencial para o acompanhamento de gestante com PE^{1:44}

Ressaltamos que o manejo da PE com disfunção e critérios de gravidade, incluindo uso de medicamentos (ex: hipotensores e sulfato de magnésio) e discussões quando o tempo oportuno para a término da gestação serão discutidos no **Passo 6 - Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros de síndromes hipertensivas graves na gestação**

PRÉ-ECLÂMPسيا SOBREPOSTA À HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

A Pré-eclâmpsia (PE) sobreposta a HAC é um quadro evolutivo importante que acomete de 13-40% dos casos de HAC na gestação e confere maior morbimortalidade materna e neonatal.^{1,6,8,11}

No acompanhamento das gestantes HAC o profissional de saúde deve-se atentar para:^{1,8}

- Elevações nos valores pressóricos incluindo as elevações presentes no mapa pressórico em domicílio e apresentado pela gestante;
- Ganho de peso acima de 1 Kg por semana;
- Presença de edema em mãos e face;
- Presença de sintomas como cefaleia persistente, escotomas visuais e/ou epigastralgia.

Na presença dessas evidências, o profissional deve solicitar exames complementares para a investigação de PE na gestação.^{8:8}

O diagnóstico de PE deve ser considerado mesmo na ausência de proteinúria, se a gestante apresentar hipertensão associada a lesões em órgãos-alvo: cefaleia, escotomas ou epigastralgia, plaquetopenia.

As medidas preventivas a serem adotadas para a prevenção da PE são fundamentais no acompanhamento das gestantes com vistas aos melhores resultados maternos e neonatais e foram descritas no item anterior.

O manejo medicamentoso, a determinação de tempo oportuno para a resolução da gestação e demais condutas assistenciais seguem os mesmos parâmetros descritos para a PE e foram descritas no item anterior.

ECLÂMPSIA

O diagnóstico de eclâmpsia é essencialmente clínico, embasado na ocorrência, pela primeira vez, de convulsões tônico-clônicas, em uma gestante ou puérpera com distúrbio hipertensivo, na ausência de outros fatores causais para convulsões, tais como, epilepsia, isquemia cerebral, hemorragia intracraniana ou uso de drogas.⁶

Toda gestante com síndrome hipertensiva deve ser orientada durante o pré-natal e em atendimentos a identificação de sinais de iminência de eclâmpsia. Frente a identificação das alterações, a gestante deve procurar imediatamente a maternidade de referência para atendimento e avaliação complementar.^{1,6,8}

IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA^{1,6,8}

A gestante refere:

- Cefaleia, fotofobia, escotomas e dificuldade para enxergar, que chega à perda da visão.
- Presença de náuseas e vômitos, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito.
- Hiperreflexia, aumento dos reflexos dos músculos e tendões.

A avaliação laboratorial com o quadro de eclâmpsia visa à confirmação do diagnóstico de PE e ao reconhecimento das complicações associadas, como a síndrome HELLP e a coagulação intravascular disseminada.⁶

O manejo clínico da eclâmpsia será tratado no **Passo 6 - Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros de síndromes hipertensivas graves na gestação**

FICA A DICA

- Os profissionais de saúde devem estar atentos aos valores alterados de Pressão Arterial Sistólica ≥ 140 mmHg e aos níveis de PA ≥ 90 mmHg.
- A mensuração da PA deve ser realizada seguindo as orientações recomendadas para que se evite erros diagnósticos que atrasam a tomada de condutas clínicas oportunas.
- Na presença da hipertensão na gestação, a paciente deve ser classificada quanto as características apresentadas para cada síndrome hipertensiva.
- As síndromes hipertensivas são classificadas em: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica.
- O manejo das síndromes hipertensivas requer o planejamento assistencial do pré-natal que pode, dependendo de sua classificação, acontecer na Atenção Primária ou nos centros especializados em Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). O manejo adequado e em tempo oportuno reduz resultados adversos associados as síndromes hipertensivas na gestação.
- As gestantes devem ser orientadas para o monitoramento da pressão arterial diariamente e, caso haja alteração, procurar a unidade de saúde para avaliações complementares.

- As gestantes devem ser estimuladas à continuidade das atividades físicas, à mudança nos hábitos alimentares com redução da ingestão de sal e ao controle do ganho de peso.
- As evidências científicas recomendam, como medidas preventivas que reduzem o risco de PE, o uso do Ácido Acetilsalicílico (AAS) a partir de 12 semanas e cálcio o mais precoce possível. AAS deve ser administrado na dose de 100 mg/dia/ à noite, para as gestantes com fatores de risco e o Ca impreterivelmente para as gestantes de risco e idealmente para todas das gestantes em doses fracionadas, duas ou três vezes às refeições: carbonato de cálcio (1 a 2 g /dia) ou citrato de cálcio (2 a 4 g/dia).
- Os profissionais da atenção primária no acompanhamento do pré-natal de pacientes que apresentam distúrbios hipertensivos devem permanecer alerta para os sinais de agravamento do quadro clínico (ex PA \geq 160/110 mmHg).
- O uso de agentes anti-hipertensivos tem por objetivo manter os níveis pressóricos entre PAS 110-135 mmHg e PAD 70-85 mmHg, sendo recomendado o uso inicial de metildopa e nifedipino. O ajuste medicamentoso deve ser adequado a cada realidade clínica da paciente.
- Toda maternidade deve estar preparada para atendimento às gestantes com síndrome hipertensiva, manejo e estabilização do quadro.

PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 2

Cabe aos gestores

- Manter disponível, nas unidades básicas de saúde, anti-hipertensivos recomendados para tratamento das síndromes hipertensivas na gestação, AAS 100mg e cálcio (citrato ou carbonato) para prevenção de pré-eclâmpsia em gestantes.
- Pactuar protocolos assistenciais baseado em evidências científicas sobre o manejo clínico das síndromes hipertensivas na gestação.
- Criar estratégias para que os profissionais se atentem aos determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor e suas interfaces na assistência as mulheres.
- Realizar processos de educação permanente das equipes para prevenção, identificação e manejo das síndromes hipertensivas na gestação, incluindo as recomendações de prescrição de AAS e cálcio para prevenção de pré-eclâmpsia em gestantes de risco, pactuando protocolos clínicos a serem seguidos.
- Realizar capacitação das equipes para aferição correta da Pressão Arterial.

- Realizar a manutenção preventiva dos esfigmomanômetros, para mantê-los sempre calibrados corretamente.
- Pactuar serviços de referência em pré-natal de alto risco para encaminhamento oportuno de gestantes com síndrome hipertensiva que necessitam de acompanhamento especializado.
- Disponibilizar exames laboratoriais e de imagem necessários ao diagnóstico e manejo das síndromes hipertensivas.

Cabe aos profissionais de saúde

- Seguir os protocolos baseados em evidências científicas pactuados em seu serviço para a prevenção, a identificação e o manejo das síndromes hipertensivas na gestação, incluindo as recomendações de prescrição de AAS e cálcio para prevenção de pré-eclâmpsia em gestantes de risco.
- Identificar precocemente gestantes com alterações da PA, classificando-as adequadamente frente ao distúrbio hipertensivo desenvolvido. Orientá-las sobre cuidados a serem realizados e a importância do acompanhamento de pré-natal e sinais de alerta.

- Realizar busca ativa de gestantes em acompanhamento de síndrome hipertensiva faltosas da consulta pré-natal.
- Adotar Estratégias Antirracistas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Encaminhar, de acordo com protocolo institucional, as gestantes com síndromes hipertensivas aos serviços de referência (ambulatorial e/ou hospitalar).
- Informar às instâncias superiores faltas ou dificuldades para o cumprimento do protocolo institucional acerca dos cuidados relativos às síndromes hipertensivas.

REFERÊNCIAS

1. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez. Pré-Eclampsia: Protocolo 03-2023[Internet]. Botucatu: RBEHG; 2023[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2023/04/PROTOCOLO-2023.pdf>.
2. SAÚDE da população negra. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, out. 2023. Edição especial. [acesso em 07 dez 2024] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023/>.
3. Von Dadelszen P, Magee LA. Preventing deaths due to the hypertensive disorders of pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016;36:83-102. doi:[10.1016/j.bpobgyn.2016.05.005](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.05.005).
4. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2013;122(5):1122-31. doi:[10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88).
5. Freire CMV, Tedoldi CL. Hipertensão arterial na gestação. Arq Bras Cardiol. 2009;93(6):159-65. doi: [10.1590/S0066-782X2009001300017](https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009001300017).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.
7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos[Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2017[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAMPSIA.pdf.
8. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez. Hipertensão Arterial Crônica: Protocolo 01-2023[Internet]. Botucatu: RBEHG; 2023[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2023/04/Protocolo-HAC-FINAL.pdf>.
9. Sass N. Hipertensão arterial crônica. In: Sass N, Oliveira LG, organizadores. Obstetrícia. São Paulo: Guanabara Koogan; 2013. Cap. 59.
10. Phyllis A. Use of antihypertensive drugs during pregnancy and postpartum (2020). In: UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2020.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
12. Peraçoli JC, Sousa FLP, Korkes HA, Mesquita MRS, Cavalli RC, Borges VTM. Atualização em pré-eclâmpsia: predição e prevenção. In: Recomendações SOGESP. São Paulo: SOGESP; 2021.

13. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management[Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 June 25[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546004/>
14. ACOG Committee Opinion No. 743: Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;132(1):e44-e52. doi: [10.1097/AOG.0000000000002708](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002708).
15. Brasil. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União[Internet]. 31 maio 2013[acesso em 30 dez 2023];(seção 1):72. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html.



10 PASSOS

DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

PASSO

3

Realize **triagem oportuna de infecções** do trato geniturinário

10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna

Passo 3 - Realize **triagem oportuna de infecções** do trato geniturinário.

2024
2ª Edição

SUMÁRIO

TÓPICOS DE DESTAQUE	4
É IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES	5
INTRODUÇÃO	6
CONCEITOS IMPORTANTES.....	9
ESTRATÉGIAS PARA O DIAGNÓSTICO E RECOMENDAÇÕES PARA A COLETA DO EXAME.....	11
CONDUTAS CLÍNICAS RECOMENDADAS	17
PROFILAXIA ANTIMICROBIANA	23
FICA A DICA	24
PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 3	26
REFERÊNCIAS.....	29

TÓPICOS DE DESTAQUE

- 1.** Solicite cultura urinária e antibiograma ao menos na primeira consulta e no terceiro trimestre.
- 2.** Trate adequadamente a bacteriúria assintomática e a infecção urinária, realizando controle de cura (na consulta subsequente ao término do tratamento - não deixe de solicitar Urocultura).
- 3.** Sempre avalie corrimento vaginal, principalmente em casos sintomáticos, com especial atenção a vaginose bacteriana, tricomoníase e candidíase recorrente. Estabeleça tratamento adequado e acompanhe os casos.

É IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES

1. Identifique os fatores de risco existentes nas gestantes para a ocorrência de bacteriúria assintomática, cistite e pielonefrite.
2. Realize a diferenciação entre bacteriúria assintomática, cistite e pielonefrite.
3. Realize ações de educação em saúde com as gestantes, para a identificação das ITUs e sinais precoces de pielonefrite.
4. Estabeleça quimioprofilaxia após o tratamento, nos casos de infecção urinária recorrente ou de repetição .
5. Valorize as queixas urinárias da gestante em todas as consultas de pré-natal.

INTRODUÇÃO

As infecções do trato urinário (ITUs) são consideradas intercorrências relevantes no período gestacional. Acometem cerca de 10-12% das gestantes e podem trazer repercussões e agravamentos para a saúde materna e neonatal, sendo responsáveis por 10% das hospitalizações na gestação.^{1,2,3}

O principal agente infeccioso em 80% dos casos é um uropatógeno gram-negativo, a *Escherichia coli*, seguido de outras bactérias aeróbias gram-negativas, tais como, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* e bactérias do gênero *Enterobacter*. Em baixa prevalência, as bactérias Gram-positivas *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus agalactiae* e outros estafilococos coagulase-negativos podem causar infecções.^{1,3}

Consensos nacionais e internacionais apontam uma possível associação entre as infecções e alguns desfechos, como: a ruptura prematura de membranas, prematuridade, corioamnionite, baixo peso ao nascer, sepse materna e neonatal, aumento na admissão em UTI neonatal e óbito perinatal.^{2,4-5}

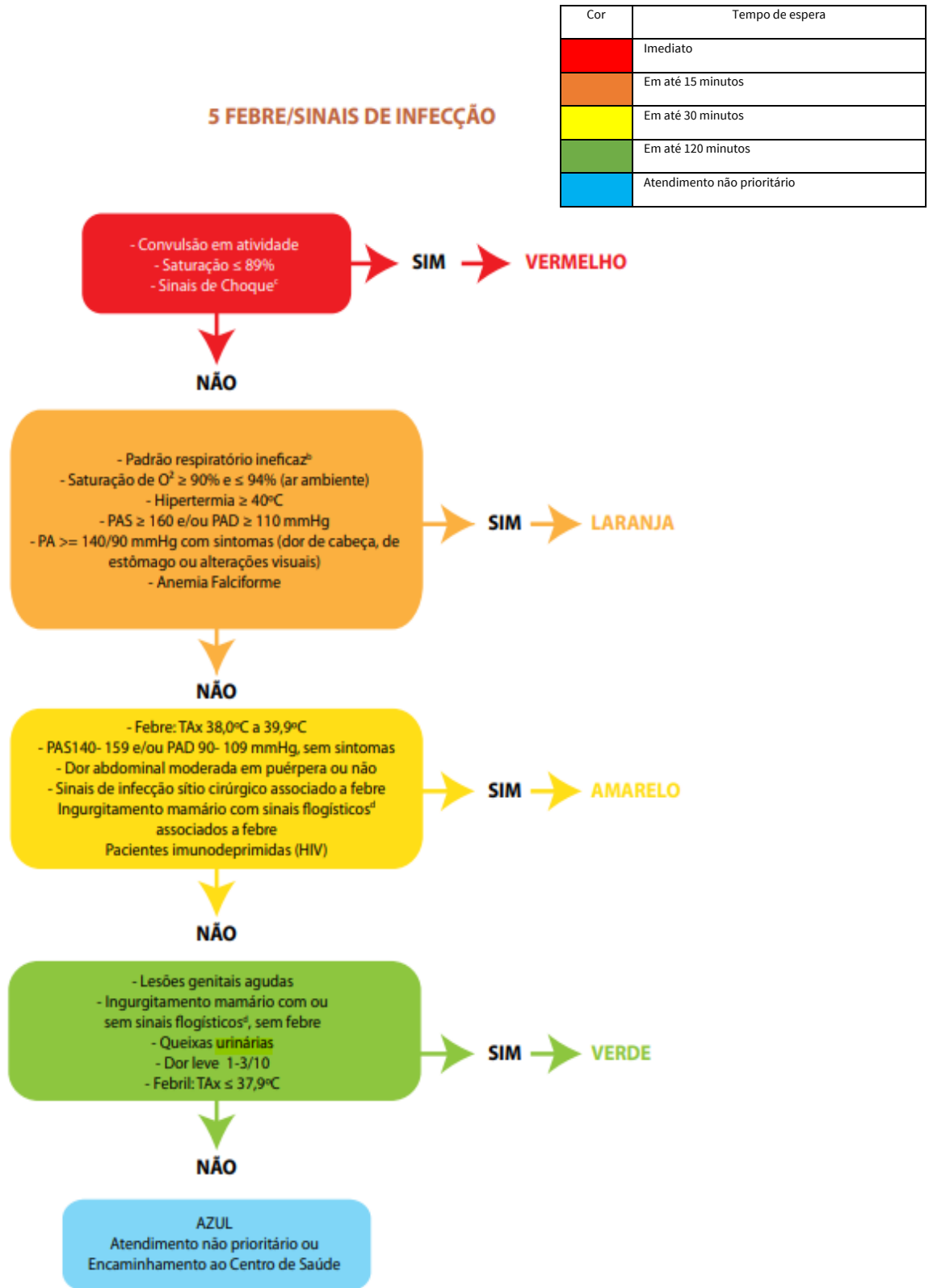
Modificações anatômicas ocorridas no trato urinário das gestantes, tais como, dilatação dos ureteres, diminuição do tônus ureteral e aumento volume da bexiga, contribuem para a estase urinária e refluxo ureterovesical, que aumentam o risco de

ITUs. Somado a isso, o aumento da taxa de filtração glomerular leva a um aumento da alcalinidade da urina e à concentração urinária de glicose e amido, o que facilita o crescimento bacteriano.^{1,5-6}

Os sintomas de ITUs em gestantes são menos específicos do que em não gestantes. Além disso, os sintomas de uma infecção urinária podem ser confundidos com sintomas relacionados à gravidez como a poliúria e a polaciúria.⁵

O Manual Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em Obstetrícia estabelece o fluxograma de número 5 (Figura 1) para a classificação das pacientes com febre e sinais de infecção, determinando qual a cor a usuária deve ser classificada, diante dos sinais/sintomas e dos riscos iminentes de gravidade.⁷

Figura 1: Fluxograma 5 do Manual A&CR em Obstetrícia⁷



CONCEITOS IMPORTANTES

As ITUs são classificadas em bacteriúria assintomática, cistite (infecção urinária baixa ou do trato urinário inferior) e a pielonefrite (infecção do trato urinário superior).^{2,3}

Quadro 1 – Definição conceitual de bacteriúria assintomática, cistite e pielonefrite

ITUs	DEFINIÇÃO
Bacteriúria Assintomática	Caracterizada pela identificação de bactérias em multiplicação ativa no trato urinário, sem sintomas (uma ou mais espécies de bactérias na urocultura, em quantidade superior a 100.000 unidades formadoras de colônia por mililitros).
Cistite	Caracterizada clinicamente por vontade intensa de urinar, disúria, desconforto suprapúbico, polaciúria, urgência miccional, hematúria macroscópica e urina com odor desagradável.
Pielonefrite	Infecção do parênquima renal e suas estruturas adjacentes. Caracteriza-se por calafrios, dor lombar, anorexia, náuseas, vômitos e febre. A punho percussão lombar positiva (Giordano positivo) ajuda a caracterizar o diagnóstico.
Infecção urinária recorrente/repetição	Ocorrência de dois episódios de ITU em seis meses ou três nos últimos 12 meses, confirmadas por urocultura.

Estudos revelam que a ocorrência de bacteriúria assintomática é em torno de 9% a 11% de todas as gestações, para a cistite a ocorrência é entre 0,3% a 1,3%. Para os casos de pielonefrite a ocorrência é em torno de 1% a 2% das gestações sendo mais frequentes no segundo e terceiro trimestres.²

Outros estudos tratam que a prevalência de ITUs na gestação é da ordem de 2,3 a 15%, sendo a bacteriúria assintomática ocorrente em 2 a 10% das gestantes, das quais aproximadamente 30% desenvolverão quadros de pielonefrite, se não tratadas adequadamente e em tempo oportuno.^{2,3}

ESTRATÉGIAS PARA O DIAGNÓSTICO E RECOMENDAÇÕES PARA A COLETA DO EXAME

Para o diagnóstico e o rastreamento das ITUs é recomendada a realização de:

- Exame sumário de urina (conhecido como urinanálise ou EAS - Elementos Anormais do Sedimento);
- Urocultura com antibiograma.

Estes exames devem ser realizados na primeira consulta de pré-natal, de preferência no primeiro trimestre de gestação, e a sua repetição no terceiro trimestre de gestação.⁸

A cultura da urina colhida do jato médio é o método recomendado para diagnosticar a bacteriúria assintomática na gravidez.

Para diagnóstico de bacteriúria assintomática na gravidez nos contextos em que não é disponível a urocultura, a OMS recomenda a realização de exame de urina do jato médio por coloração de Gram.⁹

A amostra de urina deve ser obtida em condições de assepsia: limpeza prévia dos órgãos genitais externos, separação dos lábios vulvares, sendo colhido o jato médio da primeira urina do dia.

Orientações para a coleta da urina a ser analisada¹⁰:

1. Orientar a higienização das mãos antes do início da coleta;
2. A amostra deve ser coletada em um frasco de material inerte, limpo, estéril, seco e à prova de vazamentos;
3. Utilizar amostra recente, encaminhada 2 horas após a coleta, sem adição de conservante. Se possível, a amostra deve ser mantida à temperatura ambiente. Caso o exame não possa ser realizado em um prazo máximo de até 2 horas após a coleta, a amostra deverá ser refrigerada e protegida da luz;
4. A urina deve ser coletada após assepsia local, desprezando-se o primeiro jato e coletando o jato médio;
5. Amostra ideal para o exame de urina de rotina é a primeira urina da manhã, por ser uma amostra concentrada, garantindo, assim, a detecção de substâncias químicas e elementos, que podem não ser observados em uma amostra aleatória mais diluída.

Após a realização do exame, torna-se necessário o rastreamento do resultado, para que seja analisado, interpretado e tomadas as condutas clínicas necessárias em todo oportuno para cada situação apresentada.

A demora no tempo entre a realização de exames e o recebimento dos resultados retarda o início do tratamento e pode provocar agravamentos dos quadros clínicos de gestantes acometidas pelas ITUs.

OBS.1

Caso a urina não possa ser analisada em até 2 horas após a coleta, a amostra deverá ser refrigerada na temperatura entre 2 e 8°C e protegida da luz. Para realizar o processo de análise caso a urina tenha sido refrigerada, há necessidade de aguardar que ela atinja a temperatura ambiente e ser bem homogeneizada. A presença de depósito deve ser cuidadosamente observada e referida.¹⁰

OBS.2

Para as amostras de urina para o Exame de Urina Rotina: caso a refrigeração não estiver disponível, está indicada a utilização de conservantes químicos, que devem ser adicionados à amostra o mais rapidamente possível. O conservante ideal deve ter algumas características, como ser bactericida, inibir a atividade da enzima urease, preservar os elementos formados do sedimento e não interferir nos testes químicos a serem realizados na urina. Os conservantes mais utilizados são Timol, Ácido bórico, Formaldeído, Tolueno Fluoreto de sódio e Fenol.¹⁰

OBS.3

Para as amostras de urina para o Exame de Urocultura: caso a refrigeração não estiver disponível, está indicada a utilização de conservantes químicos como o ácido bórico. Ressaltamos que a amostra deve ser encaminhada para a análise em um período inferior a 24hs após coleta e acréscimo do conservante.^{10,11}

O quadro 2 apresenta os principais achados laboratoriais para as principais ITUs em gestantes.^{2,8}

Quadro 2- Alterações laboratoriais nas ITUs^{2,8}

ITUs	Alteração laboratorial
Bacteriúria Assintomática	Urocultura positiva, com mais de 100 mil colônias por ml.
Cistite	Leucocitúria (acima de 10 leucócitos por campo), epitélios (até 10 por campo), flora aumentada e hematúria. Urocultura positiva, com mais de 100 mil colônias por ml.
Pielonefrite	Piúria significativa, hematúria frequente, leucocitose com desvio à esquerda, anemia e proteína C reativa aumentada. Urocultura positiva, geralmente com mais de 100 mil colônias por ml.

Nos casos de pielonefrite, os manuais ressaltam a importância da ampliação dos exames laboratoriais, incluindo hemograma, função renal e eletrólitos. Na suspeita de sepse de foco urinário deve-se ampliar a propedêutica laboratorial, incluindo gasometria, lactato, proteína C reativa e provas de função hepática.^{2,8}

Estabelecido o tratamento, é recomendado pelas diretrizes nacionais realizar o controle de cura com a repetição de um novo exame de urocultura, após duas semanas do término do tratamento.⁸

CONDUTAS CLÍNICAS RECOMENDADAS

É de extrema importância o tratamento oportuno e direcionado para a infecção que a gestante desenvolveu.

Não devemos perder de vista a importância do acolhimento e análise técnica de todas as queixas trazidas pelas mulheres. A mortalidade materna, por causas evitáveis, é uma das violências mais desumanas realizadas contra as mulheres. O conjunto de negligências ocorridas na gestação, os obstáculos no acesso aos direitos em saúde, a banalização das queixas ou situações de saúde são parte desse desfecho.

O Relatório da Oficina “Morte Materna de Mulheres Negras no contexto do SUS” (2023)¹² denuncia os corpos das mulheres negras (compreende-se pretas e pardas), como as vítimas desse contexto. O não reconhecimento dos determinantes sociais, que levam as mulheres negras gestantes às situações de vulnerabilidade e risco para a morte materna necessita ser revisto. O racismo obstétrico existe e perpassa por essas situações.¹³

Partindo desse pressuposto e seguindo na linha do cuidado, na gravidez, o tratamento precisa ser analisado em função da idade gestacional, observando o risco de teratogenicidade das drogas, que impõe uma redução significativa dos antimicrobianos que podem ser utilizados. As possibilidades terapêuticas

disponíveis, na maioria dos casos, são os antibióticos beta-lactâmicos, nitrofurantoína e fosfomicina.^{2,8}

O Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (2012)⁸ traz uma ressalva importante sobre o tratamento das gestantes sintomáticas com resultados alterados de sumário de urina do tipo I (EAS), ressaltando a importância de se tratar a gestante para infecção do trato urinário (ITU), empiricamente, até chegar o resultado do antibiograma.

Bacteriúria assintomática

A recomendação é de tratamento com antibiótico em todos os casos, ressaltando que, em cerca de 30% dos casos não tratados, há possibilidade de progressão para quadros de cistite ou de pielonefrite.²

O tratamento deve ser baseado no teste de tolerância de sensibilidade das bactérias (antibiograma); não sendo possível, inicia-se o tratamento empírico, focado nos agentes infecciosos de maior incidência, para após o resultado realizar o ajuste medicamentoso.^{2,8}

Quadro 3 – Esquemas antibióticos recomendados para o tratamento da bacteriúria assintomática na gestação^{2,3}

Antibiótico	Dose	Duração do Tratamento
Nitrofurantóina	100 mg cada 6 horas	5 dias
Cefalexina	500 mg cada 6 horas	7 dias
Amoxicilina + clavulanato	500/125mg cada 8 horas	7 dias
Fosfomicina	3 g	Dose única

Cistite

É recomendado o início imediato do tratamento em gestantes com cistite aguda, mesmo sem o resultado da urocultura. Geralmente o tratamento é ambulatorial, porém, na presença de cistite complicada com hematúria macroscópica visível, é orientada a avaliação de uma possível internação hospitalar e a utilização de antibiótico pela via parenteral.^{2,8}

São recomendados esquemas de tratamento, conforme o apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 – Esquemas antibióticos recomendados para o tratamento da cistite na gestação²

Antibiótico	Dose	Duração do Tratamento
Nitrofurantóina	100 mg cada 6 horas	5 dias
Cefalexina	500 mg cada 6 horas	7 dias
Amoxicilina + Clavulanato	875/125 mg cada 12 horas	7 dias
Cefuroxima	250 mg cada 12 horas	7 dias
Fosfomicina	3 g	Dose única

Na presença de disúria, recomenda-se a associação com o medicamento fenazopiridina (analgésico local no trato urinário para o alívio da dor, ardor, desconforto para urinar sintomas decorrentes da irritação da mucosa do trato urinário inferior) na dosagem de 200 mg a cada 8 horas por 48 horas.²

Nos casos de bacteriúria assintomática e cistite, o tratamento com nitrofurantóina recebe especial atenção após 37 semanas de gravidez, não sendo recomendado seu uso devido a associação com hemólise fetal e maior risco de desenvolvimento de icterícia no recém-nascido.^{2,8}

Pielonefrite

Para os quadros de pielonefrite, a hospitalização é obrigatória mediante a característica de maior gravidade nos sinais e sintomas. Para o manejo clínico, é recomendada a hidratação venosa para assegurar o volume urinário adequado, a administração do antibiótico por via venosa, antitérmico, analgésico e avaliação do estado geral.²⁻³

São recomendados esquemas de tratamento, conforme o apresentado no Quadro 5.^{2,14}

Quadro 5 – Esquemas antibióticos recomendados para o tratamento da pielonefrite na gestação^{2,14}

Antibiótico	Dose/Endovenoso
Ceftriaxona	1 g cada 12 horas
Cefepime	1 g cada 12 horas
Aztreonam	1 g cada 8 horas
Meropenem	1 g cada 8 horas
Ertapenem	1g cada 24 horas
Piperacilina-Tazobactam	3.375 g a cada 6 horas

OBS: Aztreonam, Meropenem, Ertapenem e Piperacilina-tazobactam são antimicrobianos indicados na vigência de sinais clínicos e/ou laboratoriais de sepse de foco urinário.

Não existem evidências científicas quanto a duração do tratamento com antibioterapia para pielonefrite. Autores recomendam que o tratamento tenha duração de 10-14 dias, porém não há estudos comparativos entre as diferentes drogas e durações de tratamento.^{2,14}

Caso não haja melhora clínica da gestante e persistência de febre num período de 48 horas após início do esquema de antibiótico, mudanças no tratamento podem ser necessárias e devem ser guiadas pelo antibiograma realizado, se disponível.^{2,14}

Em casos favoráveis de melhora no quadro clínico e na ausência de febre num período de 24-48 horas, após internação e início do esquema de antibiótico, pode ser avaliada a possibilidade de substituição da antibioticoterapia por via venosa para via oral baseado no antibiograma e continuidade do acompanhamento em regime ambulatorial.^{2,14}

PROFILAXIA ANTIMICROBIANA

Em caso de ITU recorrente/repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco.⁸

Em relação a quimioprofilaxia com uso de antibióticos até o término da gestação, a recomendação difere em relação ao tipo de ITU identificada. Os casos de bacteriúrias assintomáticas e de cistites, a detecção de novo episódio, indica a quimioprofilaxia. Nos casos de pielonefrite, a quimioprofilaxia é estabelecida após o primeiro episódio.^{2,14}

Para a quimioprofilaxia, deve ser utilizada nitrofurantoína (100 mg ao dia) ou a cefalexina (250- 500 mg diários) até o parto.^{2,14}

Caso a quimioprofilaxia seja estabelecida com nitrofurantoína, é recomendável substituir por cefalexina 250 mg após 37 semanas, devido ao risco de hemólise fetal e icterícia neonatal com o uso da nitrofurantoína.^{2,14}

FICA A DICA

- As infecções do trato urinário estão relacionadas com alguns desfechos maternos e neonatais desfavoráveis, sendo necessária sua identificação e tratamento oportuno.
- As principais infecções do trato urinário são bacteriúria assintomática, cistite e pielonefrite. O diagnóstico diferencial é fundamental para a tomada de condutas assertivas.
- É recomendada a realização de sumário de urina (Urina tipo 1) e urocultura na primeira consulta de pré-natal de preferência no primeiro trimestre e a repetição no terceiro trimestre.
- A gestante deve ser orientada a coletar a primeira urina do dia após antissepsia, com afastamento dos lábios desprezando o primeiro jato e coletando o jato médio. A urina deve ser encaminhada imediatamente ou em até 2 horas ao laboratório para análise.
- As queixas urinárias da gestante devem ser valorizadas em todas as consultas realizadas.
- O tratamento das infecções do trato urinário é baseado em antibioticoterapia, a ser ajustado a cada situação clínica.

- A realização do controle de cura com a realização de sumário de urina (Urina tipo 1) e urocultura é indicado em todos os casos, duas semanas do término do tratamento.
- A quimioprofilaxia recebe especial atenção para os casos de recidiva e nas pacientes diagnosticadas com pielonefrite.
- Deve-se orientar as gestantes quanto a importância da quimioprofilaxia na prevenção de novos agravos infecciosos nos casos indicados.
- O uso da nitrofurantoína não é recomendado após 37 semanas de gestação devido ao risco de hemólise fetal e icterícia neonatal.
- O rastreio no pré-natal, a correta interpretação dos exames, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno, acompanhamento da gestante e articulação em rede são fundamentais para evitar as complicações gestacionais associadas às infecções do trato urinário.

PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 3

Cabe aos gestores

- Garantir acesso aos exames de Sumário de Urina (EAS) e Urocultura com antibiograma a todas as gestantes, com resultado em tempo oportuno.
- Garantir acesso facilitado aos antibióticos indicados no tratamento das ITUs.
- Garantir atendimento em rede, com acesso ao nível de atenção necessário.
- Promover a educação permanente das equipes relacionadas ao rastreo e tratamento das ITUs.
- Validar e pactuar protocolo baseado em evidências científicas com as equipes, para o manejo das infecções do trato urinário.
- Criar estratégias para que os profissionais se atentem aos determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor e suas interfaces na assistência as mulheres.
- Pactuar fluxogramas com gestores e profissionais de saúde, considerando as realidades locais.

Cabe aos profissionais de saúde

- Valorizar as queixas das gestantes e pesquisar sintomas urinários em todas as consultas de pré-natal.
- Solicitar, na primeira consulta da gestante, e novamente, na consulta de terceiro trimestre, exame sumário de urina e urocultura.
- Orientar a correta coleta da urina e seu encaminhamento em até 2 horas ao laboratório.
- Interpretar o exame de urina e a urocultura e prescrever medicamentos de acordo com o resultado apresentado.
- Realizar a busca ativa de gestantes que não compareceram à consulta de pré-natal agendada.
- Monitorar o uso correto do antibiótico para ITUs.
- Solicitar exame de controle de cura pós-tratamento e avaliar a necessidade de quimioprofilaxia, conforme cada caso.
- Adotar Estratégias Antirracistas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Participar das estratégias de Educação Permanente oferecidas na instituição.

- Levar às instâncias superiores questões relativas à insuficiência de recursos para cumprimento dos protocolos institucionais de cuidado.
- Promover práticas de Educação em Saúde com as gestantes para a identificação dos sinais das ITUs e sinais de pielonefrite.

REFERÊNCIAS

1. Duarte G, Marcolin AC, Quintana SM, Cavalli RC. Infecção urinária na gravidez. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(2):93-100. doi: [10.1590/S0100-72032008000200008](https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000200008).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.
3. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Infecção do trato urinário. São Paulo: FEBRASGO; 2021. Apr[acesso em 15 jan 2024]. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Infeccao-do-trato-urinario-2021.pdf>
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Bacterial Sepsis in Pregnancy: Green-top Guideline No. 64a[Internet]. London: RCOG; 2012 Apr[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://www.rcog.org.uk/media/ea1p1r4h/gtg_64a.pdf.
5. Werter DE, Kazemier BM, van Leeuwen E, de Rotte MCFJ, Kuil SD, Pajkrt E, Schneeberger C. Diagnostic work-up of urinary tract infections in pregnancy: study protocol of a prospective cohort study. BMJ Open. 2022;12(9):e063813. doi: [10.1136/bmjopen-2022-063813](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063813).
6. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM, et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis. 2005;40(5):643-54. doi: [10.1086/427507](https://doi.org/10.1086/427507).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco[Internet]. Brasília:

Ministério da Saúde; 2012[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf.

9. Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva[Internet]. Genebra: OMS; 2018[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANCOverviewBrieferA4PG.pdf>.
10. Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML): realização de exames em urina[Internet]. Barueri, SP: Manole; 2017[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://controllab.com/wp-content/uploads/recomendacoes_da_sbpcml_realizacao_de_exames_em_urina.pdf.
11. Oplustil CP, Zoccoli CM, Tobouti NR, Scheffer MC. Procedimentos básicos em microbiologia clínica. 4. ed. São Paulo: Sarvier; 2020.
12. Lima CA, Souto K. Equidade, determinantes sociais, determinação social e mortalidade materna de mulheres negras no SUS Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório da Oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023[acesso em 8 fev 2024]. p. 22-3. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio_oficina_morte_materna-1.pdf.
13. Góes EF, Ferreira AJF, Ramos D. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia?. Ciênc saúde coletiva. 2023;28(9):2501-10. doi: [10.1590/1413-81232023289.08412022](https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.08412022).
14. Albert Einstein, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Infecção trato urinário na gestação[Internet]. São Paulo: Albert Einstein; 2023[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Infeccao-do-Trato-Urinario-na-Gestacao.pdf>.



10 PASSOS

DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA
REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

PASSO

4

Identifique precocemente sinais de gravidade clínica materna e garanta tratamento oportuno

10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna

Passo 4 - Identifique precocemente sinais de gravidade clínica materna e garanta tratamento oportuno

2024
2ª Edição

SUMÁRIO

TÓPICOS DE DESTAQUE	4
IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES:.....	5
INTRODUÇÃO	6
SISTEMA DE APOIO À DECISÃO CLÍNICA (SADEC).....	10
SISTEMAS/ESCORE DE ALERTA PRECOCE	12
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA.....	16
MODIFIED EARLY OBSTETRIC WARNING SCORE - MEOWS (SISTEMA DE ALERTA OBSTÉTRICO PRECOCE).....	23
FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO.....	31
FICA A DICA	34
PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 4	36

TÓPICOS DE DESTAQUE

1. Em todos os contextos, mas em especial nos serviços de urgência e emergência, atente para sinais de alerta clínicos durante a gestação (FR > 22, hipertensão grave (PAS > 160mmHg e/ou PAD > 110mmHg) ou hipotensão (PAS < 90mmHg e PAD < 60mmHg), FC > 120bpm ou < 50bpm, SatO₂ <95%, Temperatura >37,8°C, confusão mental, sangramento genital).
2. Considere a inclusão de escores de gravidade específicos para a gestação (como o MEOWS - Escore de Alerta Precoce (Modified Early Obstetric Warning Scores [MEOWS]) desde o primeiro contato com a mulher que procura o serviço de saúde para uma avaliação eventual, a fim de identificar pacientes prioritárias.
3. O tratamento oportuno de condições potencialmente ameaçadoras da vida só poderá ser instituído se houver reconhecimento precoce das condições de gravidade.

IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES:

- 1.** Realize a estratificação de risco gestacional, baseado no protocolo do Ministério da Saúde, e encaminhe aos serviços de atenção à saúde adequados.
- 2.** Implemente a estratégia de Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em Obstetrícia do Ministério da Saúde.
- 3.** Valorize as queixas maternas, realize uma escuta atenta da mulher e o cuidado centrado nas suas necessidades.
- 4.** Desenvolva o trabalho no modelo colaborativo, com comunicação assertiva e em alça fechada.

INTRODUÇÃO

O acompanhamento clínico de gestantes e puérperas, com critérios de gravidade, é desafiador para a equipe de saúde pela importância da identificação precoce de sinais clínicos, que indiquem a deterioração de suas condições e o estabelecimento de tratamentos oportunos e adequados a cada situação vivenciada.

Desde meados da década de 1980, Thaddeus e Maine, em seu texto “Too far to walk: maternal mortality in context”, reconheceram situações e condições que podem comprometer o manejo adequado e oportuno das emergências obstétricas e as denominaram como três demoras:¹

1. A primeira, demora por parte da mulher e sua família em buscarem atendimento;
2. A segunda, demora em chegar a uma unidade de saúde adequada;
3. A terceira, demora em receber atendimento adequado naquela unidade.

A evitabilidade das três demoras¹ deve ser estabelecida em ações estrategicamente elaboradas pelos formuladores de políticas públicas, gestores e profissionais de saúde para assegurarem o direito das mulheres ao atendimento oportuno, seguro e eficaz em toda rede de atenção obstétrica.

Ações que devem ser realizadas para a evitabilidade das três demoras

1. A primeira demora:

- Promoção de ações visando a educação em saúde das mulheres para os sinais de alerta aos quais devem estar atentas durante a gestação e puerpério.
- Orientar a mulher sobre a importância de se procurar atendimento imediato na presença dos sinais de alerta.
- Garantir serviços que promovam acolhimento e qualidade na assistência de forma a criar vínculos de confiança entre mulher-família/serviço.

2. A segunda demora:

- Articulação entre gestores estaduais, municipais e de serviços para a estruturação da rede de atenção com foco na saúde das mulheres.
- Pactuação do plano de vinculação que assegure a assistência à mulher frente a suas demandas.
- Articulação de sistema logístico que inclua transporte seguro e vaga garantida às mulheres que necessitam de assistência.

3. A terceira demora:

- Pactuação de protocolo de acolhimento e classificação de risco (A&CR) em obstetrícia nas portas de entrada, a fim de priorizar atendimento às pacientes com sinais de gravidade.
- Pactuação de protocolos assistenciais baseados nas melhores evidências científicas.
- Articulação entre equipe assistencial para a efetivação de protocolos pactuados que garantam assistência adequada e oportuna para as mulheres que necessitam de cuidados rotineiros e de maior complexidade.
- Articulação de gestores institucionais e chefias imediatas para a permanente educação em saúde da equipe assistencial com foco a prática baseada em evidências científicas e o cuidado qualificado.
- Realização regulares de treinamentos, por meio de simulação realística, da equipe para pronto reconhecimento e condução das urgências/emergências obstétrica.

A equipe assistencial, independente da causa que gerou uma situação de maior gravidade, deve se empenhar na busca por um manejo clínico e rotina de cuidados de alta qualidade, que objetivem identificar e controlar as complicações e, conseqüentemente, prevenir mortes maternas durante a gravidez, parto e pós-parto.

A APS precisa estar inserida nesse contexto e entender o seu papel fundamental. É necessário realizar a identificação de fatores de risco ou sinais de gravidade em todos os atendimentos das pessoas gestantes. A estratificação do risco obstétrico e manejo multiprofissional, de acordo com a necessidade, dentro do território da APS e na atenção secundária ou terciária conforme fluxos estabelecidos, vai ao encontro com as orientações da PNAB.²

Ao longo dos anos, modelos de vigilância clínica surgiram em todo o mundo, no intuito de desenvolver sistemas de alerta precoce (Early Warning Systems – EWS), que sinalizem para os profissionais de saúde quais dados clínicos necessitam de especial atenção e monitoramento no contexto assistencial, além de padronizar as ações primordiais a serem realizadas frente às alterações identificadas para a melhoria da segurança dos cuidados obstétricos.^{3,4}

O reconhecimento da condição de gravidade é o passo inicial e fundamental para a instituição de processos de cuidado adequados. Assim, torna-se imprescindível discutir quais estratégias devem ser implementadas nos serviços de saúde para o desenvolvimento de estratégias e a efetiva utilização de escores de alerta para sinais de gravidade nos quadros clínicos maternos.

O Relatório da Oficina “Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS (2023)” aponta que muitos casos de near miss e óbito materno estão relacionados a alguma forma de atraso no acesso e ao cuidado obstétrico oportuno. Imprescindível adicionar a essa discussão os determinantes sociais enquanto categoria de análise, pois somente assim, seria possível promover mudanças nos processos de saúde apontados.⁵

Quando não se leva em consideração a raça/cor, a condição de saúde, a escolaridade, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, por vezes, pela incompatibilidade de horários de trabalho das mulheres com o funcionamento dos serviços, pela distância ou pelo tratamento inadequado dos profissionais dispensado a elas, corre-se o risco da permanência do erro, que pode culminar em mortes maternas.⁶

SISTEMA DE APOIO À DECISÃO CLÍNICA (SADEC)

O Sistema de Apoio à Decisão Clínica (SADEC), uma ferramenta digital voltada para profissionais das áreas médica e de enfermagem que atuam no Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) e na condução de situações clínicas em Obstetrícia, possibilita o acesso a escore de alerta precoce. Foi desenvolvido pela Fiocruz para ser utilizada durante toda a assistência nos diferentes cenários de atenção obstétrica em nosso país.

O SADEC integra duas metodologias utilizadas para classificar e gerenciar situações de risco em obstetrícia, que devem ser implementadas no cotidiano da assistência dos serviços. O A&CR, protocolo ministerial de 2017, e o Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) são reconhecidos como ferramentas de apoio à decisão clínica que, somados à implementação dos cuidados assistenciais direcionados às necessidades da usuária, possibilitam intervenções oportunas e qualificadas, interferindo positivamente nos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal.



Acesse calculadora de risco SADEC.

Passo 4 - Identifique precocemente sinais de gravidade clínica materna e garanta tratamento oportuno



Na página de entrada do SADEC, encontramos o link “Cuidado Hospitalar”, que permite ao profissional de saúde a digitação dos dados da usuária para a Classificação de Risco em Obstetrícia e para a escore de alerta MEOWS, promovendo a imediata classificação da mulher para as duas estratégias.

No link “Escore de alerta”, o profissional digita os dados da usuária e obtém sua classificação quanto ao escore de alerta MEOWS, sendo evidenciada sua situação de risco. A ferramenta serve de apoio à decisão clínica, que visa a redução do tempo para a implementação das estratégias de atendimento.

 A screenshot of the 'Calculadora Escore de Alerta' form in the SADEC system. The form is titled 'Calculadora Escore de Alerta' and has a close button (X). At the top, there is a dark red box with the question 'Apresenta alteração de consciência, confusão ou letargia?' and two buttons: 'Não' and 'Sim'. Below this, there are several input fields: 'Paciente gestante' (a dropdown menu), 'IG - Semanas' and 'IG - Dias' (text input fields), and 'Qtd de semanas ultrassom' (text input field). There are also sections for 'Pressão Arterial' (with 'Sistólica' and 'Diastólica' sub-fields) and 'Média' (with a '0' value), 'Freq. cardíaca' (text input), 'Temp.' (text input with a '°C' unit), 'Saturação O2' (text input), and 'Freq. Respiratória' (text input). On the right side of the form, there is a vertical sidebar with a 'Aguardando dados' button, an 'Escore de alerta' button, and a 'Avaliação de Riscos' section with a 'Calculando dados...' indicator.

SISTEMAS/ESCORE DE ALERTA PRECOCE

Os sistemas/escores de alerta precoce são estratégias auxiliares na tomada de decisão clínica, que poderão evitar a deterioração aguda das pacientes e que devem ser implementadas em todos os serviços de saúde.³

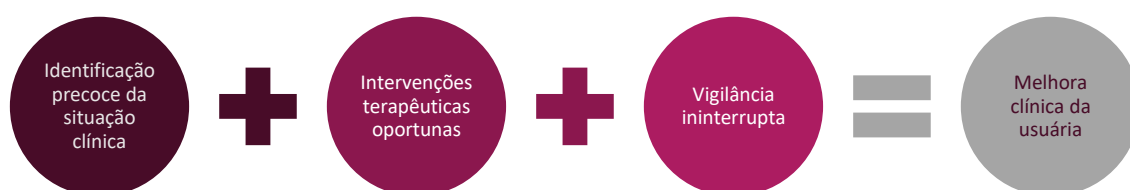
São utilizadas como ferramenta de diagnóstico rápido e comunicação eficaz em equipe, destacando um risco aumentado da paciente para a descompensação clínica e sinalizando que cuidados devem ser imediatamente implementados para tratar e corrigir condições, que possam gerar outras complicações em sua condição.^{3,4}

Os sistemas/escore de alerta precoce possuem como objetivos³:

- Estimular o cuidado interdisciplinar em um modelo colaborativo de atenção;
- Romper barreiras hierárquicas e de comunicação;
- Promover a cultura de segurança do paciente;
- Identificar a mulher com maior necessidade de atenção e reavaliação clínica contínua.

A utilização dos sistemas está baseada no princípio da “resposta rápida” pela equipe assistencial que, diante da identificação de sinais de alerta, estabelece um plano de cuidados com vista a interromper processos patológicos, que desencadeiam agravamentos clínicos que repercutem na morbidade e mortalidade materna.

Assim^{3,7}:



A deterioração clínica das pacientes, que desencadeia quadros críticos, frequentemente, é precedida por períodos de anormalidades nos sinais vitais, que devem ser constantemente mensurados, analisados e registrados pela equipe assistencial.^{3,4}

A vigilância permanente dos **SINAIS VITAIS** como a **frequência respiratória**, a **saturação de oxigênio**, a **temperatura**, a **pressão arterial** e a **frequência cardíaca**, é fundamental para a detecção precoce dos sinais de agravamento dos quadros clínicos.

Os documentos dos consensos internacionais apontam para as principais alterações clínicas, que necessitam de maior vigilância na rotina de cuidados assistenciais obstétricos, independente da condição clínica inicial apresentada pela mulher, sendo eles:

Quadro 1 - Critérios de Alerta Precoce Materno³

1. Pressão Arterial Sistólica (PAS) < 90 ou > 160 mmHg
2. Pressão Arterial Diastólica (PAD) > 100 mmHg
3. Frequência cardíaca < 50 ou > 120 bpm
4. Frequência respiratória < 10 ou > 30 irpm
5. Saturação < 95%
6. Dor
7. Oliguria ml/h por ≥ 2 horas < 35 ml/h
8. Agitação materna, confusão mental, paciente irresponsiva

Cabe ressaltar a importância do trabalho no modelo colaborativo de atenção, em que profissionais da enfermagem, que na maioria dos serviços são responsáveis pelo monitoramento dos dados apresentados acima, tenham conhecimento dos sinais de alerta precoce para a vigilância permanente e sinalização precoce das pacientes, que necessitam de cuidados de maior complexidade.

A atuação conjunta de todos os profissionais garante que os cuidados assistenciais descritos nos protocolos, previamente pactuados, sejam efetivamente realizados em um somatório de forças, que contribuirão para a melhoria de quadros clínicos de maior complexidade nos diferentes cenários de atenção obstétrica.

Nesse passo, apresentaremos a Classificação de Risco em Obstetrícia e o Sistema de Alerta Obstétrico Precoce (MEOWS - Modified Early Obstetric Warning Score) como possibilidades a serem seguidas pelos serviços obstétricos em nosso país para a qualificação do cuidado assistencial.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA

O Acolhimento com Classificação de Risco (A&CR) em Obstetrícia⁸ constitui-se como um fluxograma de classificação a ser realizado na admissão das pacientes nas unidades de atendimento obstétrico frente às características clínicas apresentadas no momento do atendimento inicial e que requerem a atenção dos profissionais de saúde para a definição de prioridades no atendimento e organização dos serviços.

O A&CR baseia-se na premissa que existem situações clínicas de maior complexidade, que necessitam de priorização na assistência para que as condutas assistenciais sejam tomadas em tempo oportuno, minimizando atrasos que podem refletir no aumento do risco de morbimortalidade materna.⁸

O Ministério da Saúde, por meio de ações estratégicas de qualificação do cuidado obstétrico e como parte sustentante dos princípios organizacionais da Rede Cegonha, publicou, em 2017, o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (A&CR)⁸. Uma proposta de reorganização da “porta de entrada” dos serviços de atenção obstétrica brasileiros que supera a lógica de atendimento por ordem de chegada. A proposta está ancorada nos seguintes princípios^{8:15}:

- 1.** Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança;
- 2.** Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços que assistem partos;
- 3.** Atendimento médico, do enfermeiro obstetra, ou de obstetrix em tempo oportuno, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada;
- 4.** Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo os referenciais da ambiência;
- 5.** Informação à mulher e aos familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.

O protocolo do A&CR (2017)⁸ organiza fluxos de atendimento, baseado em sinais e sintomas de maior gravidade apresentado pelas mulheres, sendo uma ferramenta de apoio à decisão clínica para a priorização de atendimentos. A decisão sobre qual fluxograma seguir para o atendimento da usuária está sustentado nos critérios:

1. Alteração do nível de consciência/estado mental;
2. Avaliação da respiração e ventilação;
3. Avaliação da circulação;
4. Avaliação da dor (escalas);
5. Sinais e sintomas gerais;
6. Fatores de risco (agravantes presentes).^{8:33-34}

Assim, após a avaliação inicial, o profissional responsável pela classificação da paciente decidirá por qual fluxograma o atendimento deverá prosseguir. São propostos 12 fluxogramas sobre as principais queixas apresentadas pelas mulheres no ciclo gravídico-puerperal, sendo eles⁹:

- 1. Desmaio/mal-estar geral;**
- 2. Dor abdominal/lombar/contrações uterinas;**
- 3. Dor de cabeça, tontura, vertigem**
- 4. Falta de ar;**
- 5. Febre/sinais de infecção;**
- 6. Náuseas e vômitos;**
- 7. Perda de líquido vaginal/secreções;**
- 8. Perda de sangue via vaginal;**
- 9. Queixas urinárias;**
- 10. Parada / redução de movimentos fetais;**
- 11. Relato de convulsão;**
- 12. Outras queixas / situações.**

Para cada fluxograma assistencial escolhido e diante dos dados e achados iniciais da paciente, há o estabelecimento de critérios, que classificam a prioridade no atendimento, sendo estratificados por cores e tempo para a realização do atendimento sequencial a ser conduzido por profissionais médicos e ou enfermeiras obstétricas.

Quadro 2 – Classificação por cores e prioridade de atendimento^{8:50-51}

Classificação	Tempo para atendimento	Caracterização
	Atendimento Imediato	<p>O atendimento destas pacientes se dá diretamente na sala de Emergência, pois são pacientes com risco de morte, necessitando de atendimento médico imediato.</p> <p>As medidas de suporte de vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e a paciente deverá ser transportada/ atendida pelo Suporte Avançado do SAMU.</p>
	Atendimento em até 15 minutos	<p>O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento, ou, caso a estrutura física da unidade favoreça, diretamente no Centro obstétrico, pois seu potencial risco demanda o atendimento por esses profissionais o mais rápido possível.</p>

		As medidas de suporte à vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e a paciente deverá ser transportada/ atendida pela Ambulância de Suporte Avançado do SAMU.
	Atendimento em até 30 minutos	O atendimento destas pacientes deverá ser feito no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento.
	Atendimento em até 120 minutos	Por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidas após o atendimento das pacientes com prioridade vermelha, laranja e amarela.
	Atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação	Os encaminhamentos para o Centro de Saúde devem ser pactuados no território, de forma a garantir o acesso e o atendimento da usuária pela equipe multiprofissional neste serviço. Caso não haja esta pactuação com a atenção primária e/ou a usuária se recusar a procurar o serviço de referência, deverá ser garantido o atendimento na maternidade.

No protocolo do A&CR (2017)⁸ há a descrição de cada fluxograma e sua atribuição de cores diante de cada característica clínica.



Acesse o Protocolo de Classificação de risco em Obstetrícia, 2017.

Durante o atendimento médico e/ou da enfermeira obstétrica, as condutas assistenciais de maior emergência poderão ser iniciadas no pronto atendimento, tendo em vista a especificidade de cada situação clínica. O foco é a equidade e a redução no tempo de espera para a implementação das medidas iniciais em situações, em que a demora no atendimento e nos cuidados implicará em agravamento dos parâmetros apresentados pela mulher, repercutindo em sua resposta à assistência implementada podendo contribuir de forma significativa para a morte materna.

MODIFIED EARLY OBSTETRIC WARNING SCORE - MEOWS (SISTEMA DE ALERTA OBSTÉTRICO PRECOCE)

O Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) foi implementado pelo sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, com o objetivo de reduzir o tempo entre o reconhecimento, o diagnóstico e o tratamento de complicações, sendo recomendada a sua implementação em todas as instituições de saúde, que atendem mulheres com condições obstétricas e puerperais.⁹

Trata-se de um sistema/escore de alerta precoce, que se baseia em monitorização rigorosa dos sinais vitais da paciente, com o objetivo de rastrear precocemente sinais de gravidade, orientar o julgamento clínico para a tomada de condutas, que incluem tratamentos, intervenções oportunas, avaliações contínuas e complementares pela equipe assistencial.^{9,10}

Seus objetivos centrais são:⁴

1. identificar estados críticos agudos ou iminentes não detectados;
2. otimizar as medidas a serem implementadas para controlar a morbidade apresentada;
3. melhorar resultados clinicamente significativos.

O MEOWS é reconhecido como uma abordagem inovadora para estabelecer práticas de cuidado em obstetrícia com potencial de evitabilidade da morbimortalidade materna. Estudo de validação do MEOWS teve alta sensibilidade na previsão de morbidade (89%) pelos alertas emitidos para a equipe assistencial, que disparam ações para o reconhecimento de riscos, implementação de abordagem coordenada para gerenciar emergências obstétricas, e desenvolvimento de comunicação aberta e exercício do trabalho em equipe multidisciplinar.¹⁰

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG), o American Academy of Family Physicians, o American College of Nurse-Midwives e a Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, recomendam a utilização do sistema/escore na identificação precoce de possíveis complicações, que requerem dos profissionais da assistência o manejo clínico oportuno e seguro das pacientes sob seus cuidados.³

Os parâmetros de alerta MEOWS podem detectar, precocemente, as seguintes condições: hemorragia (demonstrada por hipotensão e taquicardia), sepse (febre, hipotensão, taquicardia, hipóxia), tromboembolismo venoso (taquicardia, taquipnéia, hipóxia), pré-eclâmpsia (hipertensão, hipóxia), e complicações cardiovasculares (taquicardia, bradicardia, hipóxia, hipotensão).^{4,11}

Assim, o MEOWS está sustentado em quatro pilares:¹¹



Fonte: IFF/Portal Escala de MEOVS: Por que e como implementar?



Acesse o portal Arca – Fiocruz.

O escore de alerta MEOVS baseia-se na atribuição de pontos diferenciados para as alterações de parâmetros, que foram eleitos como prioritários no acompanhamento das mulheres em suas diferentes condições obstétricas. Assim, pequenas alterações

na combinação de variáveis fisiológicas permitem o reconhecimento precoce da deterioração física, monitorando parâmetros que já são utilizados na prática clínica.

A detecção precoce desencadeará intervenções imediatas, que reverterão a progressão da deterioração clínica ou permitirá o encaminhamento oportuno da paciente à equipe assistencial e/ou serviços, que estejam habilitados para o manejo das condições de maior gravidade.¹²

Os parâmetros avaliados são:^{11,12}

- Temperatura;
- Pressão arterial sistólica e diastólica;
- Frequência cardíaca;
- Frequência respiratória;
- Saturações de oxigênio;
- Nível de consciência;
- Dor;
- Volume urinário.

Os valores atribuídos em cada avaliação disparam alertas vermelhos, laranja e amarelos, conforme apresentado a seguir:

Quadro 3 – MEOWS distribuição de pontuação^{9,10,12,13}

Pontuação	3	2	1	0	1	2	3
Temperatura (°C)	--	<35	35- 35,9	36- 37,4	37,5- 37,9	38-38,9	≥39
Pressão arterial sistólica (mmHg)	≤70	71-79	80-89	90-139	140-149	150-159	≥160
Pressão arterial diastólica (mmHg)	--	--	≤49	50-89	90-99	100-109	≥110
Frequência cardíaca (bpm)	--	<40	40-49	50-99	100-109	110-129	≥130
Frequência respiratória (irpm)	≤10	--	--	11-20	21-24	25-29	≥30
Nível de consciência	--	--	--	Alerta	Responde a voz	Responde a dor	Inconsciente
Saturação de oxigênio (%)	≤94	---	--	≥95	--	--	--
Volume urinário (mL/h)	<10	<30	--	Não mensurado	--	--	--

°C: graus Celsius; mmHg: milímetros de mercúrio; bpm: batimentos por minuto; irpm: incursões respiratórias por minuto; mL/h: mililitros por hora.

A partir da pontuação atribuída, o instrumento permite a classificação de risco em níveis de gravidade e determina a ativação de planos de ação, previamente, protocolados e pactuados entre as equipes assistenciais da instituição. Cada unidade de saúde pode ter uma pactuação de ação de acordo com as características das equipes. Uma proposta de ação coordenada de equipe é a que segue:

Quadro 4 – Proposta de plano de ação, a partir da detecção de uma alteração do MEOWS^{9,10,12}

Escore de alerta	Plano de ação
1 a 3	<p>Aplicar o escore de MEOWS: técnico de enfermagem e enfermeira da unidade.</p> <p>Avaliar o escore de MEOWS e executar o plano de ação: enfermeira da unidade.</p> <p>Plano de ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar quais parâmetros estão alterados no escore (atenção especial para existência de um parâmetro vermelho). • Se houver um único parâmetro vermelho (3), proceder como para o escore 4 e 5. • Se o escore é de 1 até 3, sem que haja um único parâmetro com valor 3, repetir o escore em 30 min. • Mantendo escore de 1-3, após repetição em 30 min, solicitar avaliação médica, que deve ser realizada em até 1h.

<p>4 e 5</p>	<p>Aplicar o escore de MEOWS: técnico de enfermagem e enfermeira da unidade.</p> <p>Avaliar o escore de MEOWS e executar o plano de ação: enfermeira da unidade.</p> <p>Plano de ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acionar a equipe médica e solicitar a avaliação da paciente pelo médico, que deve ser feita em até 30 min após realização do escore. • Repetir o escore em 30 min. • Estabelecer a primeira hora de observação rigorosa da paciente. • Atentar para qualquer mudança no quadro clínico e comunicar a equipe médica. • Refazer imediatamente o escore, se mudança no quadro clínico.
<p>≥ 6</p>	<p>Aplicar o escore de MEOWS: técnico de enfermagem e enfermeira da unidade.</p> <p>Avaliar o escore de MEOWS e executar o plano de ação: enfermeira da unidade e médico da unidade.</p> <p>Plano de ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar quais parâmetros estão alterados no escore. • Avaliação imediata da paciente pela equipe médica. • Iniciar protocolo de abordagem ao paciente crítico.

É recomendada a utilização do MEOWS de maneira contínua para a avaliação da mulher em diferentes condições, como no abortamento, no trabalho de parto, no puerpério e em diferentes ambientes assistenciais, como o pronto atendimento, o centro obstétrico, o Centro de Parto Normal (CPN), o alojamento conjunto, as unidades de alto risco, dentre outros.

A utilização do MEOWS requer o envolvimento efetivo de todos os profissionais de saúde de diferentes áreas do conhecimento atuantes diretamente na assistência, como obstetras, enfermeiros e enfermeiros obstétricos, técnicos de enfermagem, anestesistas, intensivistas, entre outros.

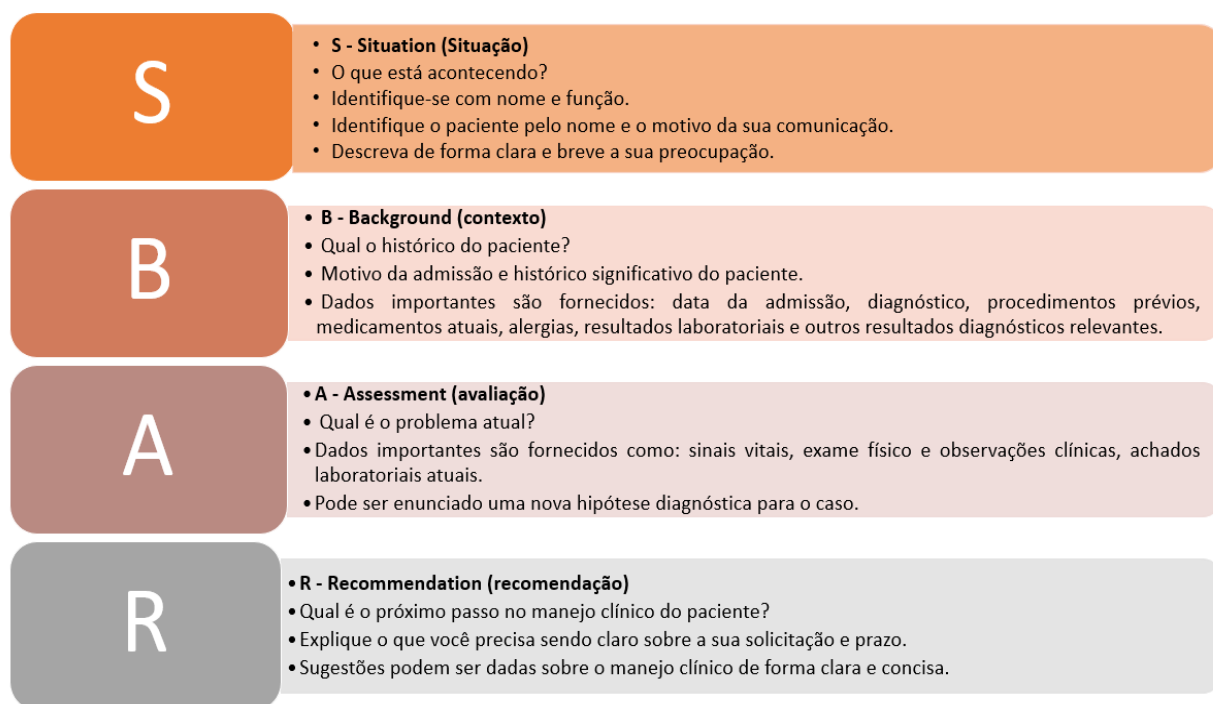
A sensibilização e a capacitação de toda a equipe multiprofissional para a utilização do escore torna-se fundamental para o seu bom uso e para o alcance dos resultados efetivos por ele proporcionados. Todos os profissionais devem ser envolvidos e devem estar familiarizados com o uso do escore de alerta precoce, alinhado às diretrizes assistenciais, que devem ser implementadas em cada condição apresentada.

FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO

A utilização de uma ferramenta de comunicação para a transferência de cuidados, é amplamente recomendada pelas evidências científicas, principalmente, quando aplicada a pacientes graves. A estratégia pode ser realizada em diferentes contextos, como no momento da admissão da paciente na unidade ou durante o plantão, em situações em que ocorre a transferência/transição de cuidados entre equipes ou na comunicação de uma intercorrência.

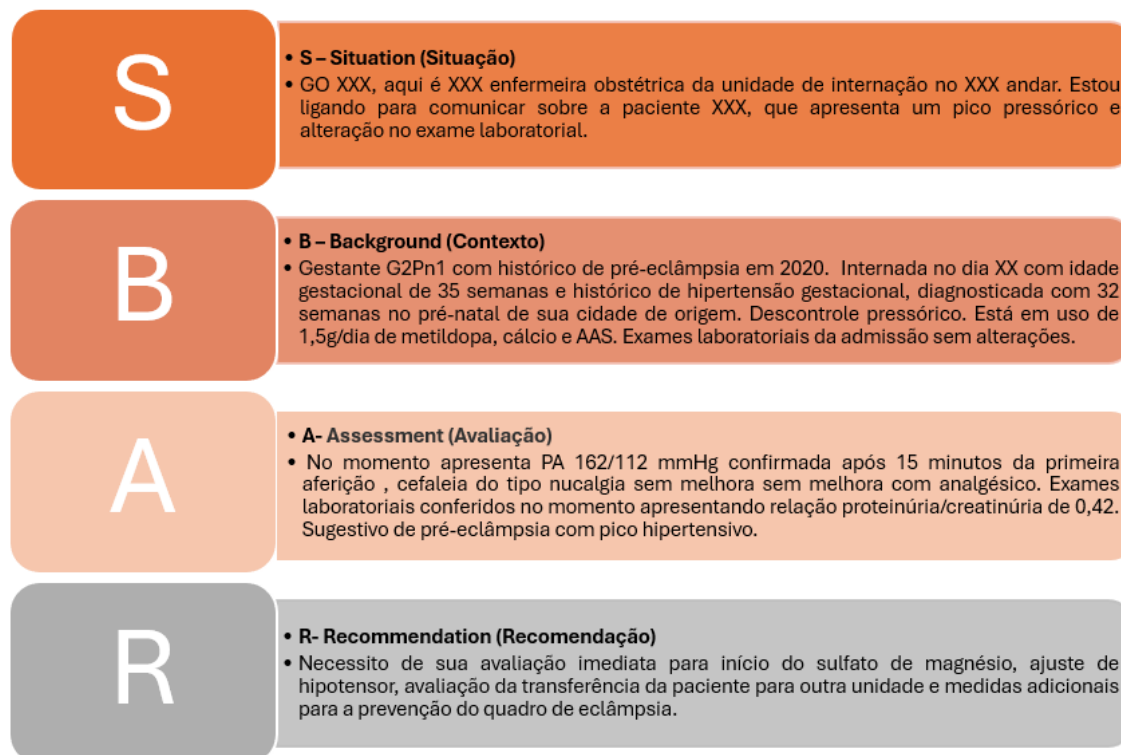
As ferramentas de comunicação são estratégias para a sistematização das informações importantes e redução das barreiras de comunicação. A ferramenta auxilia tanto quem formula a informação quanto quem recebe, garantindo que todos os envolvidos tenham dados suficientes para a compreensão do caso pela equipe. Assim, o raciocínio e a tomada de condutas tornam-se mais ágeis e claras.^{14,15}

O Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente recomenda a utilização de mnemônico como o SBAR cuja tradução: S- (situation) situação, B- (background) contexto/breve histórico, A- (assessment) avaliação e R- (recommendation) recomendação.^{14,15}

Figura 1 – Ferramenta de Comunicação SBAR^{14,15}

A comunicação clara e sistematizada auxilia na redução de eventos adversos em saúde, principalmente, em momentos como na transição de cuidados assistenciais entre equipes, melhorando diferentes aspectos da segurança do paciente nas instituições. As ferramentas de comunicação propiciam à equipe informações abrangentes e eficientes sobre a situação da paciente, possibilitando o trabalho multidisciplinar com a colaboração de todos para a qualificação do cuidado.^{14,15}

Figura 2 – Exemplo aplicado à obstetrícia da Comunicação utilizando a ferramenta SBAR.^{14,15}



A comunicação efetiva na transferência de cuidados e em todos os momentos da assistência é um dever de todos os profissionais de saúde. A comunicação de informações adequadas, precisas e objetivas, que traduzam o contexto clínico e as ocorrências/intercorrências, auxilia no planejamento de ações rápidas, prioritárias e oportunas, repercutindo em benefícios assistenciais às mulheres sob os cuidados da equipe.

FICA A DICA

- O Acolhimento com Classificação de Risco (A&CR) em Obstetrícia deve ser implementada no pronto atendimento obstétrico de todos os serviços para identificar as pacientes que necessitam de atendimento prioritário e a reduzir o tempo de espera por atendimento.
- A implementação de sistemas de monitoramento da paciente durante toda a internação hospitalar é fundamental para identificação precoce de quadros de maior gravidade e a tomada de condutas em tempo oportuno.
- Os parâmetros vitais corriqueiramente avaliados durante a assistência são os primeiros sinais a serem alterados em quadros de agravamento clínico sendo sua monitorização fundamental para identificação precoce dos sinais de alerta.
- Os escores de alerta buscam a identificação precoce de parâmetros que identificam a deterioração clínica e exigem da equipe assistencial a implementação de cuidados emergências para a redução da morbidade materna.
- O escore de alerta indicado neste passo, o MEOWS, baseia-se na avaliação dos parâmetros: temperatura, pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, dor e nível de consciência.

- Utilize ferramentas de comunicação para a transferência de cuidados entre setores como o SBAR ou outras escolhidas por sua instituição. Toda comunicação deve ser permanentemente aperfeiçoada.
- Todos os profissionais que prestam cuidados obstétricos devem estar atentos aos sinais de alerta utilizando escores de gravidade para o monitoramento e o auxílio na tomada de decisões clínicas.
- Todos os esforços mencionados visam a redução da morbidade materna grave e mortalidade materna através da implementação de cuidados de qualidade diminuindo as demoras e melhorando a resposta clínica da mulher.

PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 4

Cabe aos gestores

- Implantar o Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em Obstetrícia em todas as portas de entrada de maternidades e hospitais, que atendem gestantes, e monitorar os indicadores relacionados aos tempos de espera.
- Implantar o escore de alerta precoce (MEOWS) em todos os contextos, mas em especial, nos serviços de urgência e emergência obstétrica.
- Capacitar as equipes de cuidados para o uso efetivo das metodologias de A&CR e escore de alerta precoce.
- Ofertar a ferramenta SADEC - Sistema de Apoio à Decisão Clínica para operacionalizar a implantação do A&CR e o MEOWS.
- Criar estratégias para que os profissionais se atentem aos determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor e suas interfaces na assistência as mulheres.
- Monitorar a implantação e o desenvolvimento do uso destas ferramentas nos serviços e setores.

Cabe aos profissionais de saúde

- Aplicar as ferramentas de A&CR e de alerta precoce MEOWS em todos os momentos do cuidado obstétrico.
- Pactuar protocolos de ação sustentados em evidências científicas para o acionamento do escore de alerta MEOWS.
- Utilizar a ferramenta SBAR ou outra equivalente para realizar transferência de cuidado de pacientes graves.
- Monitorar adequada e continuamente as pacientes quando há deterioração clínica e identificar os possíveis quadros clínicos.
- Realizar a comunicação intra e interequipes, de modo a possibilitar a vigilância das pacientes graves e a realização das intervenções em tempo oportuno.
- Manter-se atualizado em relação os protocolos baseados em evidências científicas, incluindo as ferramentas de gestão clínica.
- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Comunicar e dialogar com às instâncias superiores e demais membros da equipe problemas/situações identificados para a tomada de condutas assertivas, de acordo com a situação clínica identificada.

REFERÊNCIAS

1. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994;38(8):1091-110. doi: [10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 22 set 2017[acesso em 8 fev 2024]; 183(seção 1):68. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.
3. Arora KS, Shields LE, Grobman WA, D'Alton ME, Lappen JR, Mercer BM. Triggers, bundles, protocols, and checklists—what every maternal care provider needs to know. Am J Obstet Gynecol. 2016;214(4):444-51. doi: [10.1016/j.ajog.2015.10.011](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.10.011).
4. Friedman AM. Maternal early warning systems. Obstet Gynecol Clin North Am. 2015;42(2):289-98. doi: [10.1016/j.ogc.2015.01.006](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.01.006).
5. Leal MC, Esteves APP, Gama SGN, Bittencourt SA. Morbidade materna grave e near miss materno na população negra brasileira. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório da Oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023[acesso em 8 fev 2024]. p. 44-52. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio_oficina_morte_materna-1.pdf.
6. Lima CA, Souto K. Equidade, determinantes sociais, determinação social e mortalidade materna de mulheres negras no SUS Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório da Oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023[acesso em 8 fev 2024]. p. 22-3. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio_oficina_morte_materna-1.pdf.
7. Oliveira CR, Salvat MCP, Mantovi, ACTZ, Pereira AP, Terra ID, Salgado GCG, Moisés ECD. Aplicação do modelo de melhoria na implantação do Meows em alojamento conjunto. Rev Qualidade HC[Internet]. 2022 [acesso em 30 dez 2023];10:125-36. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/458/458.pdf>.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf.



10 PASSOS

DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

PASSO

5

Ofereça **treinamento das equipes** de assistência regularmente, para o pronto reconhecimento e condução dos casos de urgências e emergências obstétricas

10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna

Passo 5 - Ofereça **treinamento das equipes** de assistência regularmente, para o pronto reconhecimento e condução dos casos de urgências e emergências obstétricas

2024
2ª Edição

SUMÁRIO

TÓPICOS DE DESTAQUE	4
IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTEs AÇÕES.....	5
INTRODUÇÃO	6
PILARES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL	12
METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO APLICADAS À OBSTETRÍCIA	17
FICA A DICA	30
PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 5	32
REFERÊNCIAS.....	34

TÓPICOS DE DESTAQUE

- 1. O atendimento de pacientes com sinais de gravidade deve ser rápido e qualificado, o que exige educação permanente das equipes da APS, do atendimento pré-hospitalar (móvel e fixo) e das equipes hospitalares, além de um sistema de referência estruturado e eficaz.**
- 2. Ofereça treinamento regular para as condições de menor frequência, mas de alta gravidade como hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia com sinais de gravidade e eclâmpsia, sepse, parada cardiorrespiratória, distocias de ombro, prolapso de cordão.**

IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES

1. Trabalhe a educação permanente com modelos inovadores de ensino com metodologias ativas de aprendizagem.
2. Realize treinamento com a construção de simulação realística, envolvendo toda a equipe assistencial em um modelo colaborativo de atenção.
3. Realize a prática da simulação em ambientes reais de atuação.

INTRODUÇÃO

O treinamento das equipes de saúde, nos diferentes pontos da rede de atenção para os atendimentos obstétricos às pacientes em situação de gravidade, é um elemento crucial para a qualificação do cuidado assistencial, alinhamento de condutas clínicas, atualização contínua e aplicação das evidências científicas à prática cotidiana.

A velocidade das transformações, que ocorrem no campo da saúde, requer um profissional atualizado e qualificado, que possua uma base científica forte, além de domínio dos protocolos assistenciais, para conseguir atuar de maneira resolutiva e segura.

Manter-se atualizado não é uma tarefa fácil. Diariamente, somos bombardeados por uma infinidade de produções científicas, atualizações clínicas, que exigem a dedicação do profissional para estudo cotidiano, em busca das melhores condutas a serem adotadas na assistência.

Soma-se à necessidade de atualização, a escassez de tempo e recursos que limita a qualificação do profissional, colocando-o em um perigoso caminho da desatualização técnica e científica, que repercute diretamente no cuidado à usuária em qualquer ponto da rede de atenção.

Neste sentido, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III, atribui ao SUS a competência e responsabilidade na formação em Saúde, sendo estabelecidas,

ao longo dos anos, estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde.^{1,2}

Implicado no compromisso de capacitar e aprimorar os profissionais que compõem as redes de atenção em saúde, o Ministério da Saúde, em 2004, estabeleceu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com a Portaria GM/MS nº 198, atualizada na Portaria GM/MS 1.996/07.^{3,4,5}

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é definida como:

“uma estratégia político pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e relaciona o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação do controle social. Tem por objetivo a qualificação e o aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se, portanto, para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS no âmbito federal, estadual, municipal e local”.^{3:14}

Assim, para o planejamento das ações de educação permanente nos territórios deve-se considerar as especificidades locorregionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade institucional para a oferta de ações de educação na saúde.⁶

Os princípios da EPS objetivam:

1. Incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e do trabalho, no contexto real em que ocorrem;
2. Modificar as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer cotidiano;
3. Incentivar as pessoas para que sejam agentes reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de serem apenas receptores;
4. Abordar a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
5. Ampliar os espaços educativos dentro das organizações para a comunidade.^{2,3}

Assim, a EPS deve ser:^{2,3}

inserida no próprio contexto social, sanitário e do serviço, a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações;

reflexiva e participativa, voltada à construção conjunta de soluções dos problemas, uma vez que eles não existem sem sujeitos ativos que os criam;

perene, na qual os diversos momentos e modalidades específicas se combinem em um projeto global de desenvolvimento ao longo do tempo;

orientada para o desenvolvimento e a mudança institucional das equipes e dos grupos sociais, o que supõe orientar para a transformação das práticas coletivas;

estratégica que atinja uma diversidade de atores, como os trabalhadores dos serviços, os grupos comunitários e os tomadores de decisão político-técnicos do sistema.

O Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS, regulamentado pela Portaria GM/MS 3194 de 28 de novembro de 2017, retomou os princípios norteadores da política e reafirmou, em seu Art. 2º, o objetivo de “estimular, acompanhar e

fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho”.^{4,6}

As instituições de saúde em seus gestores precisam organizar, periodicamente, planos de educação permanente dos seus profissionais nos diferentes cenários de atenção, identificando as prioridades educativas, organizando estratégias de ensino baseadas em metodologias inovadoras, que possam trabalhar as lacunas do conhecimento existentes e monitorar os avanços alcançados, após os processos implementados, identificando novas necessidades que podem surgir.

A construção do plano resulta de um processo político participativo, que envolve os diferentes atores (gestores e trabalhadores) na busca de estratégias e metodologias de ensino-aprendizagem mais adequadas e coerentes às ações educativas, que serão desenvolvidas nas instituições.^{3,4}

Assim, as ações de formação/capacitação devem contemplar os diferentes profissionais inseridos em processos de trabalho, quer no âmbito da prestação direta e indireta de serviços, quer no âmbito da gestão e organização do sistema.⁴

Todos são convidados na construção coletiva de saberes aplicados a realidades locais, que podem se utilizar de cenários como as salas de espera nos ambulatórios, refeitórios, espaços de convivência. São incluídos no processo formativo, porteiros,

profissionais da higienização, profissionais da ouvidoria que, diante de orientações e conhecimentos simples, podem ajudar na identificação de situações de gravidade, antes mesmo da chegada de um profissional de saúde.

Figura 1- Atores envolvidos no processo educativo^{3,4,5}



PILARES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

As estratégias de formação atuais devem atribuir ao indivíduo o papel ativo em seu processo de aprendizagem, significando e ressignificando sua atuação de maneira crítica e reflexiva.

O ensino voltado aos profissionais da saúde deve levar em consideração as nuances da Andragogia, que é definida como a ciência de ajudar adultos a aprender em seus diferentes contextos. Os autores que trabalham com a estratégia pedagógica destacam que:

Os adultos possuem características próprias de aprendizado. Eles aprendem melhor quando estão ativamente envolvidos no processo, participando, desempenhando um papel e experimentando; e não apenas de maneira cognitiva, mas também de forma emocional. A combinação de experimentar ativamente algo, particularmente se for acompanhado por emoções intensas, pode resultar em aprendizagem duradoura.^{7:27}

Assim, é necessário motivar o interesse pela aprendizagem, revelando suas múltiplas possibilidades de crescimento, sua utilidade em seu próprio desenvolvimento ou em seu fazer profissional diário.

Em consonância com as questões elencadas anteriormente, a Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI compreende que o processo de educação deve levar em consideração as particularidades de cada cenário de atuação frente às necessidades individuais e coletivas sustentada nos quatro pilares conceituais do saber-fazer-ser-conviver.⁸

Quadro 1- Pilares da educação segundo Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI⁸

PILARES	CONCEITUALIZAÇÃO ⁸
<p>Aprender a conhecer</p>	<p>Ação de aprender a aprender, para aproveitar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo da vida. O ato de conhecer e aprender deve ser prazeroso para que o indivíduo possa interessar, compreender, descobrir, interpretar e construir o conhecimento.</p>
<p>Aprender a fazer</p>	<p>Ação almejada a fim de adquirir não só uma qualificação profissional, mas, de uma maneira mais abrangente, a competência que torna a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe. Além disso, <i>aprender a fazer</i> no âmbito das diversas experiências sociais ou de trabalho oferecidas aos jovens e adolescentes, seja</p>

	espontaneamente na sequência do contexto local ou nacional, seja formalmente, graças ao desenvolvimento do ensino alternado com o trabalho.
Aprender a ser	Pilar educacional que visa desenvolver condições no indivíduo para agir com autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal e social. Com essa finalidade, a educação deve levar em consideração todas as potencialidades de cada indivíduo: memória, raciocínio, sentido estético, capacidades físicas, aptidão para comunicar-se.
Aprender a conviver	É conhecimento a respeito dos outros, de sua história, de suas tradições e de sua espiritualidade, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências – realizar projetos comuns e preparar-se para gerenciar conflitos, no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz.

O processo educativo, que se sustenta nos pilares mencionados anteriormente, compreende que o indivíduo em formação é comprometido com o seu processo de aprendizado, sente-se implicado e engajado neste processo, auxiliando na construção dos saberes cotidianos, voltado para as realidades particulares ao qual está inserido.

Assim, o processo educativo deve *“reconhecer simplesmente que a educação ao longo da vida permite ordenar e, ao mesmo tempo, valorizar as diferentes fases de*

aprendizagem, articular as transições e diversificar os percursos individuais” sendo esta premissa completamente aplicável aos profissionais da saúde.^{8:15}

Implicados no conceito apresentado, a aprendizagem passa a ser compreendida como o desenvolvimento de novas habilidades para a resolução de problemas, para o posicionamento crítico frente a novos desafios e para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, que visam à promoção dos avanços na gestão do fazer profissional.²

Com isso, deseja-se:^{2,3,4}

- melhorar o desempenho dos profissionais em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção do cuidado;
- contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a autogestão, a gestão de qualidade etc.;
- servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população.

A formação, compreendida neste contexto, pressupõe que diferentes atores precisam se envolver nas reflexões que buscam romper com a complexidade dos tradicionais processos de ensino restritos às salas de aula e modelos pré-estabelecidos, para ampliar o olhar dos diferentes participantes ao processo educativo permanente, seja no ambiente das instituições, seja nos espaços comunitários.

Os processos formativos no campo da educação permanente em obstetrícia pressupõem parcerias com as mulheres em seus cuidados assistenciais; o respeito à dignidade e direitos, entendendo-as com voz que necessita ser ouvida e não silenciada; sensibilidade cultural, para ultrapassar as práticas que lesam seus corpos e atenção na promoção e na prevenção de agravos em saúde.

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO APLICADAS À OBSTETRÍCIA

As metodologias tradicionais de ensino sustentadas em modelos de educação, que transmitem o conhecimento de forma unidirecional não são reconhecidas como ferramentas eficazes para o ensino de adultos, contextualizando profissionais de saúde. Pesquisadores recomendam o uso de metodologias ativas como estratégias facilitadoras do processo ensino-aprendizagem.⁷

Tais perspectivas corroboram com as alterações das diretrizes de ensino curriculares brasileiras que, ao se basearem em competências e habilidades, apontam para a formação mais crítica e ativa dos alunos. As metodologias de ensino das Instituições de Ensino Superior se encontram em processos de transformação, sobretudo, na área da saúde, onde a valorização do entrelaçamento entre conteúdo teórico e práticas cotidianas associa-se à relevância das experiências individuais.^{9,10,11}

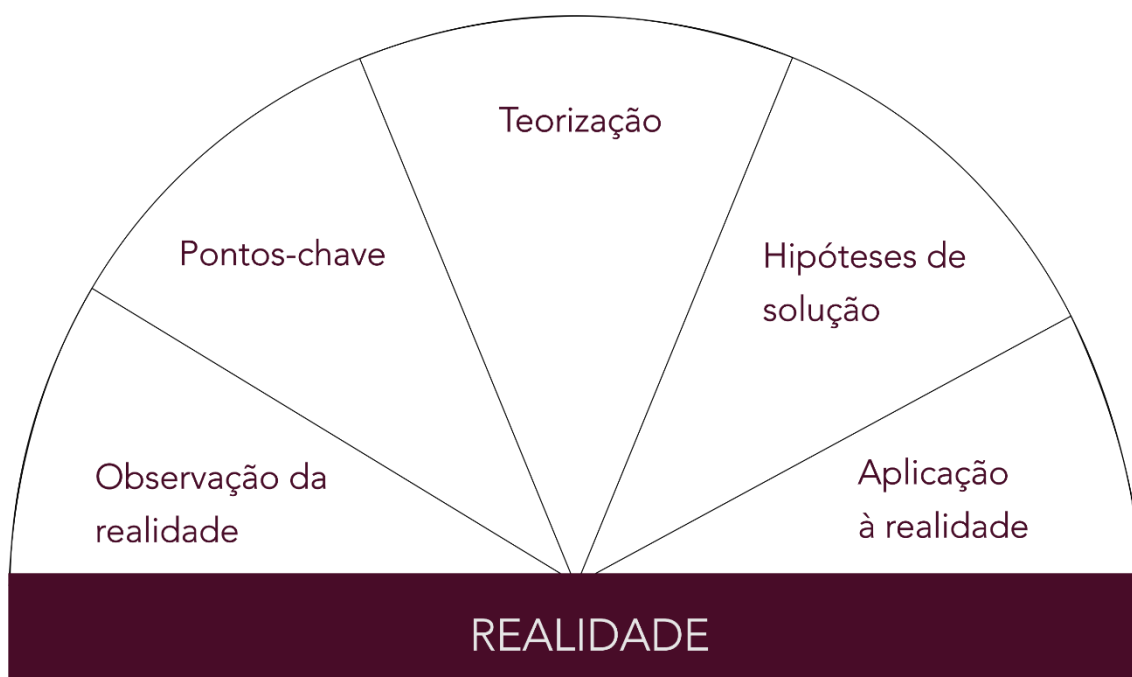
O manejo das metodologias ativas de ensino, ainda na graduação, é o reconhecimento da necessidade de mudanças nas formas tradicionais de ensino e aprendizagem, pautadas na atuação de um único profissional como detentor de conhecimento. Colocar docentes e discentes como sujeitos protagonistas no processo de aprendizagem é um dos fundamentos de uma educação libertadora direcionada para a transformação social.¹²

A utilização de metodologia ativa no ensino dos profissionais da saúde é um desafio para a formação de indivíduos críticos e reflexivos, corresponsáveis pela construção de seu processo de aprendizado.^{13,14}

Buscar, nas situações do cotidiano, as lacunas existentes, que necessitam de intervenções educativas e problematizar as possibilidades de soluções para determinados eventos, é um caminho desejado no modelo saber-fazer-ser-conviver e converge para o conceito conhecido com metodologia problematizadora.

O autor Charles Maguerez, na década de 70, descreve uma teoria de educação problematizadora, que parte do pressuposto que a aprendizagem só se torna significativa quando ocorre a participação ativa e o diálogo permanente entre os indivíduos pertencentes à realidade vivida, permitindo-lhes propor e encontrar respostas pertinentes aos seus problemas concretos e contextualizados. O autor reconhece a autonomia intelectual dos indivíduos, visando a formação do pensamento crítico e criativo, além da preparação dos indivíduos para uma atuação política em seus campos de inserção.¹³

O autor propõe cinco etapas prioritárias para a construção do processo de problematização, que iniciam com a observação da realidade, o levantamento de pontos chaves, a teorização, a construção de hipóteses de solução e a aplicação à realidade.^{13,14}

Figura 1: Arco da Problematização de Magueres^{13,14}

Fonte: https://edtech.cruzeirodosulvirtual.com.br/?dt_portfolio=metodologia-problematizadora

A metodologia proposta pelo arco de Magueres pressupõe, como ponto de partida para a formação, que os profissionais em formação observem o cotidiano vivido, realizem reflexões e façam a leitura da realidade para problematizar situações vividas. O contexto pessoal, geográfico, histórico, social e econômico dos envolvidos é fundamental para o levantamento das situações, que desencadeiam os problemas cotidianos e que devem fazer parte dos processos formativos.^{13,14}

Na segunda etapa, são elencados pontos-chave, identificando questões que podem ser a causa para o problema e que são fundamentais no contexto de atuação e necessitam ser modificados/adaptados/ressignificados para contribuir com a melhoria dos cuidados prestados.^{13,14}

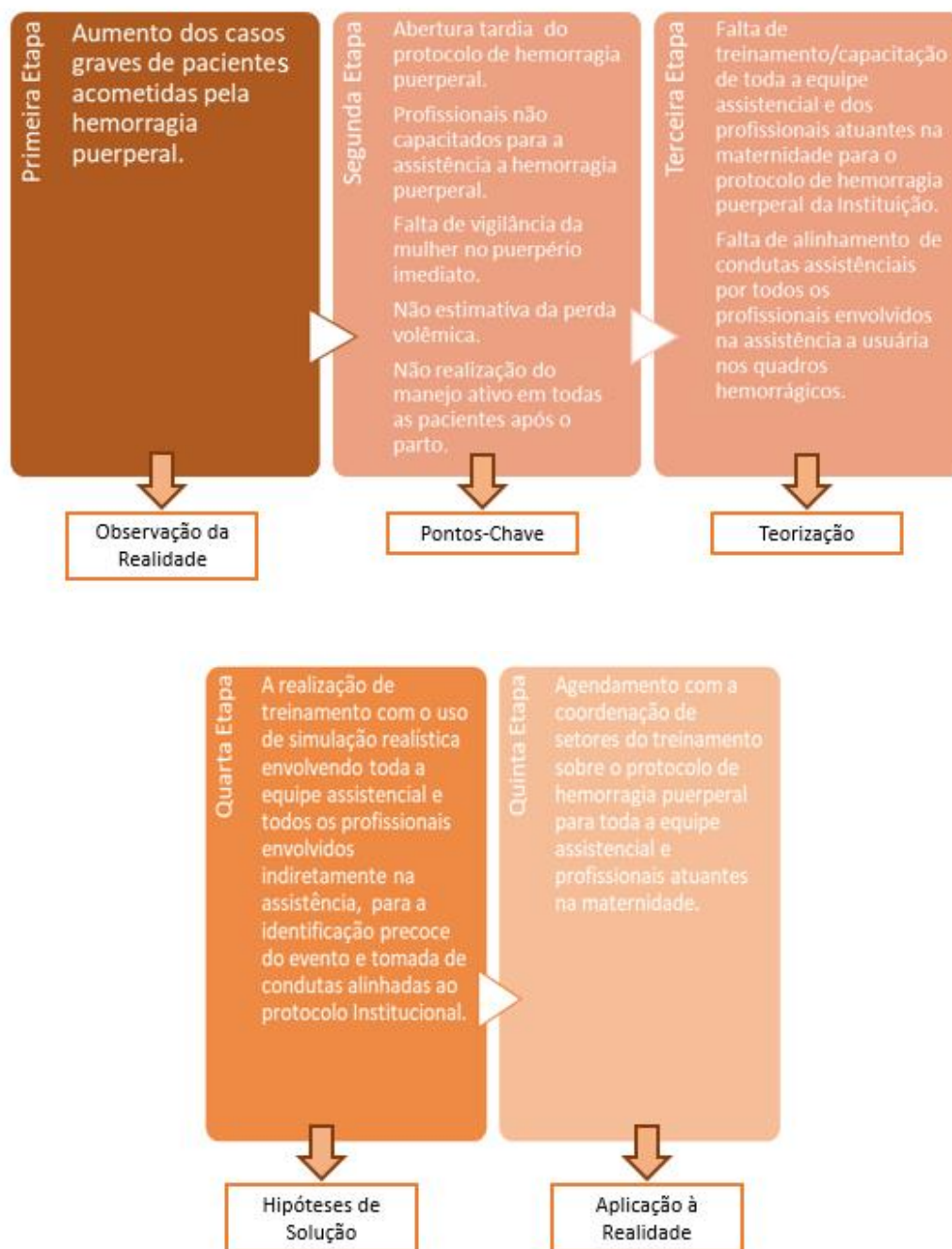
Na terceira etapa, os profissionais compreendem o problema ressaltando que *“uma teorização bem desenvolvida leva o sujeito a compreender o problema, não somente em suas manifestações baseadas nas experiências ou situações, mas também os princípios teóricos que os explicam”*. Nesse momento, as análises realizadas pelo grupo favorecem o crescimento intelectual para o entendimento dos pontos-chave e o amadurecimento sobre o assunto central do problema elencado.^{13,14}

Após compreender os diversos aspectos que envolvem o problema, na etapa seguinte são formuladas algumas hipóteses para a sua solução, fornecendo os elementos essenciais para a organização das estratégias a serem aplicadas em campo.^{13,14}

Na última etapa, os profissionais deverão aplicar no cotidiano suas propostas e as decisões para solucionar o problema elencado, transformando realidades nas quais estão inseridos.^{13,14}

Abaixo, construímos um exemplo de aplicação do Arco de Maguerz a uma situação hipotética no cotidiano da obstetrícia.

Figura 2 – Arco de Maguerez aplicado a obstetrícia



Outro exemplo de metodologia ativa para o ensino aplicada ao cotidiano da saúde são as simulações realísticas.

A estratégia da simulação parte do pressuposto de recriar situações vivenciadas no cotidiano de atuação profissional em um ambiente controlado e seguro, sem incorrer riscos adicionais aos pacientes. O objetivo da simulação não é somente desenvolver habilidades práticas, e sim, possibilitar experiências cognitivas, psicomotoras e afetivas, que, somadas ao conhecimento teórico acumulado, possibilitam o aperfeiçoamento da prática profissional.^{7,15}

A estratégia da simulação realística mobiliza conteúdos já assimilados, através da problematização com exposição de uma situação problema e o incentivo a sua resolução pelos profissionais, através do desenvolvimento de um raciocínio crítico-reflexivo, fundamental para a tomada de decisão.¹⁶

Estudos revelam que a introdução de simulações no plano de educação permanente, como estratégias de capacitação do profissional favorece:^{16,17}

- A associação entre teoria e prática com a reprodução da atuação do profissional e desenvolvimento do raciocínio clínico;
- O desenvolvimento da autoconfiança do profissional na execução de técnicas/procedimentos e resolução dos problemas;
- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas para lidar com situações emergenciais;

- A melhoria dos indicadores assistenciais e da segurança do paciente ao qualificar a equipe nos cuidados que são executados no cotidiano de atuação.^{16,17}

Na obstetrícia, a simulação pode ocorrer utilizando desde laboratórios de alta fidelidade com manequins, que recriam situações cotidianas, como também, a utilização de arsenais mais simples, que podem incluir os próprios profissionais da equipe assistencial no papel de atores, que simulam situações como crises convulsivas em uma eclâmpsia.

O importante é lançar mão da criatividade para reproduzir as cenas que desafiam os profissionais a atuarem em equipe, desenvolvendo as suas habilidades para lidar com diferentes situações, seja as compreendidas como menos complexas, seja situações que envolvem as principais urgências e emergências obstétricas. No quadro abaixo, descrevemos um exemplo de prática simulada no contexto da hemorragia puerperal.

Quadro 1 – Exemplo de simulação realística aplicada a obstetrícia

Público-alvo	Profissionais de saúde assistenciais
Duração	1 hora
Local	Quarto de parto PPP
Organizadores	Coordenadores do serviço de obstetrícia da instituição (enfermeira e médico), Núcleo de Educação Permanente
Simulação	Hemorragia puerperal
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> • Caixa/Kit Hemorragia com todos os materiais a serem utilizados no atendimento à mulher com hemorragia puerperal. • Quarto/Sala de pós-parto (pode ser em qualquer cenário de atendimento à puérpera). • Manequim de parto (caso a instituição não possua manequim, um dos integrantes da equipe assume o papel da puérpera na simulação). • Sangue falso (que pode ser substituído por gelatina líquida ou pastosa para simular a presença de coágulos). • Compressas, lençóis, campos. • Balança. • Relógio.
Procedimentos	<p>Importante: A equipe não será comunicada previamente da simulação. A estratégia ocorrerá durante o plantão assistencial, em um local previamente escolhido que surpreenda a equipe. Apenas os organizadores da simulação terão acesso ao roteiro preparatório para a construção da cena.</p>

- 1.** A equipe assistencial (médico, enfermeira obstétrica, técnico de enfermagem e demais profissionais que forem necessários) é acionada com urgência, via sistema de som ou com outro dispositivo de aviso, a comparecerem no local em que a simulação foi organizada.
- 2.** Ao entrarem no cenário, o organizador da simulação lê rapidamente a situação problema/situação clínica da usuária, destacando os pontos importantes para o entendimento do momento vivenciado.
- 3.** A equipe assistencial deve realizar o atendimento da paciente, procedendo todas as etapas assistenciais conforme o estabelecido em protocolo institucional.
- 4.** Os coordenadores da simulação descrevem os dados complementares à medida que a cena é simulada, sem realizar nenhuma interferência nas condutas decididas pela equipe.
- 5.** Cabe ao coordenador conduzir a simulação diante das condutas tomadas pela equipe, optando pela melhora clínica da paciente ou agravamento de seu quadro. Importante, no roteiro de simulação, descrever as opções de mudança de dados vitais e demais condições clínicas mediante as condutas adotadas.
- 6.** O coordenador decide pelo tempo adequado para o término da simulação.

Devolutiva	<p>Após a simulação, o coordenador reúne a equipe para pontuar as questões positivas e negativas ocorridas durante a simulação, baseado nas condutas assistenciais.</p> <p>Pontos que são importantes na avaliação: conhecimento do protocolo institucional, tempo oportuno e assertividade na tomada de condutas, organização e liderança da equipe, comunicação entre os profissionais envolvidos, comunicação intersetorial.</p> <p>Na devolutiva, é fundamental apontar as questões que necessitam ser aprimoradas e traçar estratégias conjuntas para a melhoria assistencial.</p> <p>A equipe deve ter espaço de fala para manifestar os sentimentos ao participar da simulação, pontuando aspectos facilitadores e dificultadores.</p>
Avaliação	<p>A equipe participante da simulação avalia a estratégia elencando pontos positivos e negativos, que auxiliarão na construção de novas simulações.</p>

Um terceiro exemplo de metodologia ativa seria a sala de aula invertida. Partindo de uma proposta dinâmica de ensino viabilizada por diversos recursos de tecnologia instrucional, os conteúdos são passados previamente pelo professor aos alunos, promovendo, dentre outras vantagens, a autonomia no processo educacional. Os encontros presenciais são reservados para atividades, discussões de casos e contextualizações em grupo, mediadas pelo professor, contribuindo para as diversas

possibilidades de compreensão dos assuntos abordados e saberes compartilhados.^{18,19}

Como adaptação para o contexto das estratégias de educação permanente em saúde nos serviços, a figura do “professor” da sala de aula invertida poderia ser substituída por profissionais da equipe, treinados e qualificados nas temáticas a serem abordadas no processo formativo, que será um mediador das discussões produzidas.

Um dos recursos mais utilizados para a apresentação do conteúdo prévio é a videoaula disponibilizada e produzida pelo profissional que conduz a estratégia de ensino. Contudo, outras estratégias de boa qualidade e condizentes com o conteúdo apresentado podem estar presentes, como: podcasts, documentários, vídeos. A leitura de artigos científicos atualizados é primordial na área da saúde devido às constantes atualizações, sendo essa uma estratégia essencial a ser associada com as demais explanadas.^{18,19}

Todas essas atividades necessitam de um planejamento prévio do profissional orientador, incluindo roteiros com perguntas a serem respondidas pelos alunos para a condução do processo, mas que também possibilitem a eles ampliarem seu nicho próprio de pesquisa. O exemplo de sala de aula invertida pode ser aplicado em obstetrícia para a construção de reunião de discussão clínica. Descrevemos abaixo um pequeno roteiro orientador como exemplo:

Sala de aula invertida aplicada a discussão clínica em obstetrícia

- **Recomendamos a escolha de um mediador, um profissional com experiência teórico-prática, que será responsável pela organização, condução e síntese da reunião.**
- **O mediador identifica qual temática é importante ser discutida em equipe, escolhe um caso/situação vivenciada capaz de produzir reflexões entre o cuidado executado e a teoria descrita nas evidências científicas.**
- **O mediador convida de um a dois profissionais envolvidos diretamente na assistência para participarem da reunião com colaboradores.**
- **Os colaboradores são responsáveis pelo preparo da apresentação do caso/situação (escolhido previamente pelo mediador), com a abordagem da temática central e dos recortes assistenciais segundo o protocolo institucional e a prática baseada em evidência científica.**
- **O mediador em data, horário e local pré-estabelecido, convida a equipe e demais profissionais para participarem da reunião clínica.**
- **Os colaboradores apresentam o material preparado sinalizando as condutas assistenciais executadas pela equipe naquela situação específica, atentando para as convergências e as divergências ao protocolo institucional.**
- **O mediador conduz o momento de escuta da equipe com espaço para a fala de todos e alinhamento do conhecimento que foi compartilhado.**
- **Ao final, o mediador descreve os pontos principais que foram extraídos da reunião apontando para desdobramentos que se fizerem necessários.**

As metodologias ativas de ensino exigem comprometimento de todos os envolvidos no processo de aprendizagem. Pelo fato de algumas dessas metodologias se utilizarem de recursos físicos e materiais de fácil acesso aos serviços de saúde, as estratégias podem ser livremente implantadas em ações de educação permanente das equipes multiprofissionais.

Ressaltamos também que os materiais formativos das metodologias ativas contenham informações que abarquem questões de saúde de cunho étnico-racial, direcionadas às distintas populações de mulheres atendidas, como forma de nos atentarmos às singularidades presentes no cuidado integral à saúde. Importante lembrar do lançamento da Portaria nº 2.198/2023, por parte do Ministério da Saúde, que instituiu a Estratégia Antirracista para Saúde²⁰, como forma de promover o enfrentamento ao racismo em todas as políticas de saúde.

FICA A DICA

- A Instituição de saúde deve estabelecer um plano de Educação Permanente baseado nas características do serviço e nas necessidades elencadas pelos profissionais que integram a equipe.
- As capacitações devem priorizar as temáticas que estão envolvidas nas práticas de cuidado assistencial e que necessitam de treinamentos periódicos.
- A manutenção de uma periodicidade das capacitações é fundamental para a atualização dos profissionais frente às mudanças de protocolos assistenciais e à qualificação do cuidado que é prestado às mulheres assistidas.
- O envolvimento de todos os profissionais que lidam direta ou indiretamente na assistência nas capacitações é fundamental para o alinhamento de condutas que favorecerão uma assistência qualificada e resolutiva à usuária.
- O ensino deve ser sustentado no saber conhecer-fazer-ser-conviver, um modelo de formação por competências que capacita os profissionais a atuarem em diferentes situações adversas ou favoráveis no exercício da assistência.
- A utilização de metodologias ativas no ensino dos profissionais de saúde são estratégias recomendadas que favorecem o raciocínio crítico-refletivo, o agir profissional frente situações cotidianas e o aprimoramento na execução de técnicas e procedimentos fundamentais no cuidado às usuárias do serviço.

- Os profissionais devem ser periodicamente avaliados para o levantamento das principais necessidade de capacitações.

PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 5

Cabe aos gestores

- Elaborar, juntamente com as equipes das unidades de saúde, um plano anual de educação permanente, e torná-lo público, monitorando sua execução.
- Proporcionar condições para a realização dos momentos de educação permanente em saúde (organização das escalas com horário protegido e destinado aos momentos de EPS).
- Criar Estratégias Antirracistas devem ser adotadas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Estimular a construção de estratégias inovadoras sustentadas em metodologias ativas para a capacitação dos profissionais de saúde.
- Apoiar a realização das simulações realísticas nos serviços (material necessário, recrutamento de profissionais para organização dos casos).
- Monitorar a participação dos profissionais nas ações de EPS.

Cabe aos profissionais de saúde

- Participar das ações de EPS, incluindo a participação na organização de uma das ações previstas.
- Aplicar os conhecimentos e habilidades adquiridas na assistência em busca da melhor prática de cuidado.
- Comprometer com a busca contínua pelo conhecimento e atualização profissional.
- Comunicar às instâncias superiores dificuldades na aplicação dos conhecimentos adquiridos para o cuidado obstétrico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permamente_saude.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permamente_saude_fortalecimento.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: Orientações[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_planejamento_acoes_educacao_permanente.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União[Internet]. 16 fev 2004[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Diário Oficial da União[Internet]. 22 ago 2007 [acesso em 30 dez 2023];162. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.

7. Fraga LCO. Uso da simulação realística em saúde por docentes nos cursos de graduação em enfermagem [dissertação na Internet]. Rio de Janeiro: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2021[acesso em 30 dez 2023]. 117p. Disponível em: <http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/bitstream/handle/unirio/13676/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Luciana%20Fraga%20Defesa%20Final%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. Delors J. A educação ou a utopia necessária. In: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Educação: um tesouro a descobrir. Brasília: UNESCO; 2010
9. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº 67, 11 de março de 2003. Referencial para as diretrizes curriculares nacionais (DCN) dos cursos de graduação. Diário Oficial da União[Internet]. 13 mar 2003[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/pdf/CNE_pces06703.pdf.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Diário Oficial da União[Internet]. 30 nov 2017[acesso em 30 dez 2023];229(seção 1):141. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html.
11. Geraldini JR, Almeida VS, Rodrigues JJS, Araujo ICB. Prática de Ensino na Comunidade: entrelaços de construções teóricas e atividades de território na formação em saúde. ECOS [Internet]. 2023 [acesso em 30 dez 2023];13(1):94-106. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/download/3195/1787>.
12. Freire, P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 1974.
13. Prado ML do, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Esc Anna Nery. 2012;16(1):172-7. doi: [10.1590/S1414-81452012000100023](https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023).
14. Silva LAR, Piveta Jr O, Costa PR, Renovato RD, Sales CM. O arco de maguerez como metodologia ativa na formação continuada em saúde. Interfaces Científicas – Educação. 2020;8(3):41-54. doi: [10.17564/2316-3828.2020v8n3p41-54](https://doi.org/10.17564/2316-3828.2020v8n3p41-54).

15. Gaba DM. A brief history of mannequin-based simulation and application. In: Dunn WF. Simulators in critical care and beyond. Des Plaines, USA: Society Of Critical Care Medicine; 2004. p. 7-14.
16. Barreto DG, Silva KGN, Moreira SSCR, Silva TS, Magro MCS. Simulação Realística como estratégia de ensino para o curso de graduação em enfermagem. Rev baiana enferm [Internet]. 2014[acesso em 30 dez 2023];28(2):208-14. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8476/8874>.
17. Costa BOC, Ferreira CA, Peters AA, Prado RT. Importância da simulação realística na evolução de acadêmicos de enfermagem na urgência e emergência: revisão sistemática. REASE. 2023;9(3):1925-44. doi: [10.51891/rease.v9i3.9029](https://doi.org/10.51891/rease.v9i3.9029).
18. Assunção AÁ. Metodologias ativas de aprendizagem: práticas no ensino da Saúde Coletiva para alunos de Medicina. Rev bras educ med. 2021;45(3):e145. doi: [10.1590/1981-5271v45.3-20210009](https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20210009).
19. Guarda D, Gehlen GC, Braga GC, Hey A. Validação de instrumento de avaliação da metodologia ativa de sala de aula invertida. Educ Pesqui. 2023;49:e248000. doi: [10.1590/S1678-4634202349248000por](https://doi.org/10.1590/S1678-4634202349248000por)
20. Brasil. Portaria GM/GS nº 2.198, de 06 de dezembro de 2023. Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União[Internet]. 7 dez 2023 [acesso em 30 dez 2023];232:126. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.198-de-6-de-dezembro-de-2023-528577869>.



10 PASSOS

DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA
REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

PASSO

6

Garanta o **reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado** dos quadros de **síndromes hipertensivas graves** na gestação

10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna

Passo 6 - Garanta o **reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado** dos quadros **de síndromes hipertensivas graves** na gestação

2024
2ª Edição

SUMÁRIO

TÓPICOS DE DESTAQUE	4
IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTEs AÇÕES.....	5
INTRODUÇÃO	6
SINAIS DE GRAVIDADE NOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS.....	13
PRÉ-ECLÂMPsia COM SINAIS DE GRAVIDADE.....	13
ECLÂMPsia.....	20
SÍNDROME HELLp.....	23
CONDUTAS ASSISTENCIAIS DE MAIOR IMPORTÂNCIA	30
MEDICAMENTOS HIPOTENSORES	30
SULFATO DE MAGNÉSIO	33
SULFATO DE MAGNÉSIO – NEUROPROTEÇÃO FETAL.....	38
FICA A DICA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	41
FICA A DICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	43
PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 6	45
REFERÊNCIAS.....	49

TÓPICOS DE DESTAQUE

1. **Identifique as mulheres com iminência de eclâmpsia (hipertensão e sintomas como cefaleia nucal, dispneia, epigastralgia, escotomas) ou crise hipertensiva (PA \geq 160x110 independentemente de sintomas).**
2. **Garanta a disponibilidade de caixa/kit para atendimento oportuno.**
3. **Assegure-se de uma rede de referência institucional para rápida transferência ao adequado nível de atenção, capaz de dar suporte de UTI obstétrica para a continuidade dos cuidados clínicos e avaliação da necessidade e do momento de promoção do nascimento.**

IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES

1. Realize a classificação das síndromes hipertensivas e permaneça atento aos sinais de alerta.
2. Realize a educação em Saúde das gestantes para identificação dos sinais de alerta para iminência de eclâmpsia.
3. Implemente o Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em obstetrícia e implantação de Escore de Alerta Precoce (Modified Early Warning Scores [MEOWS]).
4. Utilize de forma oportuna os medicamentos para emergências hipertensivas: uso do sulfato de magnésio e hipotensores.
5. Analise o tempo oportuno para a realização do parto.
6. Realize o manejo laboratorial dos casos com exames fundamentais a saber: hemograma, dosagem de TGO, LDH, Creatinina sérica e Relação proteinúria creatinúria.
7. Estabeleça fluxogramas (linhas de cuidado) de assistência pactuados com todos os setores envolvidos (organização em rede de atenção).

INTRODUÇÃO

O agravamento das síndromes hipertensivas na gestação é um evento que possui relação direta com o aumento da mortalidade e morbidade materna e neonatal, necessitando uma atenção, por parte dos profissionais, para os sinais de alerta que são manifestados pela gestante nas consultas de pré-natal e nos serviços de pronto atendimento das maternidades.

O passo 6 é complementar ao **Passo 2 - Institua ações de profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas durante o pré-natal**, no qual foram descritas as principais características das síndromes hipertensivas, com suas manifestações clínicas e laboratoriais, condutas assistenciais baseadas em evidências científicas e cuidados obstétricos para o manejo adequado de cada distúrbio hipertensivo apresentado pela gestante.

Neste passo, daremos atenção aos sinais que determinam o agravamento de quaisquer dos distúrbios hipertensivos, colocando o manejo clínico mais adequado a ser realizado em cada situação apresentada.

Situações de urgência e emergência hipertensivas podem possuir relação direta com a inadequada assistência recebida pelas gestantes em consultas de pré-natal, nos serviços de acolhimento como pronto atendimento ou mesmo em maternidades, que não mantêm os seus profissionais atualizados na condução dos distúrbios hipertensivos de natureza grave.

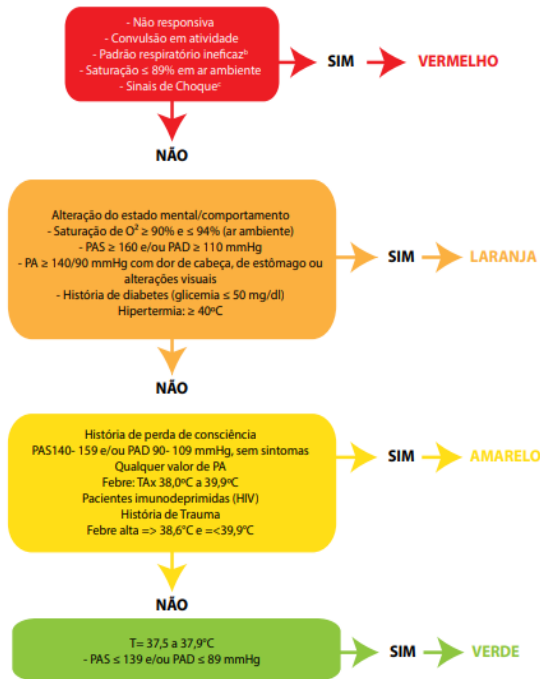
Algumas condições de gravidade da pré-eclâmpsia podem surgir de forma rápida, o que exige vigilância contínua e envolvimento dos profissionais da saúde, gestante e família para garantir atendimento oportuno.

Não podemos perder de vista o fomento de ações antirracistas para dentro dos cenários assistenciais. O racismo institucional é um dos responsáveis por subvalorização das queixas nas gestantes pretas nos diferentes cenários de atenção.

Recorrer a uma análise epidemiológica da mortalidade materna proporcional por causas e categorias de raça/cor contribui no direcionamento de estratégias mais eficazes de cuidado em saúde no contexto raça e cor. A exemplo do aumento de 5% da mortalidade proporcional por hipertensão, na categoria raça/cor preta, em 2020 quando comparada ao ano de 2010.¹

O Manual de Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em Obstetrícia² estabelece o fluxograma de número 11, destinado ao atendimento das gestantes que chegam à unidade com relato de convulsão, sendo a primeira suspeita sua associação com os quadros de eclâmpsia.

11 RELATO DE CONVULSÃO



Cor	Tempo de espera
VERMELHO	Imediato
LARANJA	Em até 15 minutos
AMARELO	Em até 30 minutos
VERDE	Em até 120 minutos
VERDE	Atendimento não prioritário



Acesse o Protocolo de Classificação de risco em Obstetrícia, 2017

Um cuidado essencial em qualquer Unidade de Saúde, que realiza assistência às gestantes hipertensas, é o reconhecimento do limite do nível pressórico que classifica hipertensão grave.^{3,4}

**Pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg
e/ou
Pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg
Confirmar a mensuração num intervalo de até 15 min.**

Deve-se orientar todos os profissionais da saúde a técnica correta de mensuração dos níveis pressóricos descrita no **Passo 2 - Institua ações de profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas durante o pré-natal**, para que não haja mensurações incorretas que subestimem ou superestimem os quadros hipertensivos.

A recomendação é que a PA seja mensurada a cada 10–15 min até PA < 160/110 mmHg e, depois, a cada 4-6 horas dependendo das condições clínicas. O uso do monitor multiparâmetros é uma proposta para a avaliação permanente dos sinais vitais, que deve ser considerada pelos serviços de saúde.^{3,4}

Há uma recomendação para a realização de cardiotocografia para monitorização e avaliação fetal na vigência da crise hipertensiva.⁵

Outra distinção importante proposta pela Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez é a diferenciação de crises hipertensivas, emergência hipertensiva e iminência de eclâmpsia. O quadro 1 apresenta a caracterização de cada evento pontuando quais aspectos são importantes de serem avaliados e acompanhados.⁴

Quadro 1 – Características diferenciais entre a crise hipertensiva, a emergência hipertensiva e a iminência de eclâmpsia^{3,4}

Distúrbio	Características e recomendações
Crise hipertensiva	<ul style="list-style-type: none"> • Caracteriza-se por PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 110 mmHg persistente após 15 minutos. • Recomenda-se a utilização de hipotensores de ação rápida. • No contexto de pré-eclâmpsia já conhecido ou suspeito, mesmo na ausência de sintomatologia, o sulfato de magnésio (MgSO₄) deve ser iniciado.
Emergência hipertensiva	<ul style="list-style-type: none"> • Caracteriza-se pela crise hipertensiva associada a sintomatologia clínica exuberante (ex: cefaleia, epigastralgia e escotomas visuais). • Recomenda-se a utilização do MgSO₄ imediatamente e antes da terapia hipotensora. • Não se deve aguardar 15 minutos para confirmação da PA e início da tomada de condutas. • Utilizar adequadamente a terapia hipotensora.
Iminência de eclâmpsia	<ul style="list-style-type: none"> • Caracteriza-se por um nítido comprometimento do sistema nervoso central da paciente, com queixa de cefaleia, fotofobia, fosfenas, escotomas e dificuldade para enxergar, que chega à perda da visão. • Presença de náuseas e vômitos, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito. • Hiperreflexia: aumento dos reflexos dos músculos e tendões. • É imperativo o uso do MgSO₄ imediatamente e antes da terapia hipotensora. • Utilizar adequadamente a terapia hipotensora.



Acesse o PROTOCOLO PRÉ-ECLAMPSIA 03 – 2023 da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez

Cabe ressaltar que, apesar da indicação de que paciente com PE com sinais de gravidade necessita ser atendida em hospitais de referência, esta é uma situação que pode acontecer em qualquer maternidade.

Assim, toda unidade hospitalar que preste assistência obstétrica deve: possuir caixa/Kit para o atendimento das Urgências e Emergências Hipertensivas; possuir protocolo atualizados e baseados em evidências científicas; capacitar seus profissionais para o atendimento de emergência, avaliando as condições maternas/fetais, tomando as condutas assertivas e em tempo oportuno até a sua transferência segura para unidades de maior complexidade. Em situações que a paciente deve ser transferida, esta deve acontecer após estabilização do quadro, cuidados necessários para a segurança no transporte e com a vaga garantida.

Ressaltamos a importância da utilização do *Modified Early Warning Score* (MEOWS)⁶ durante a assistência às mulheres com sinais de gravidade como uma estratégia para identificação dos sinais precoces de deterioração clínica e melhoria nos processos de

comunicação e planejamento da assistência que produzem reflexos positivos nos desfechos alcançados. Sugerimos a consulta do **Passo 4 - Identifique precocemente sinais de gravidade clínica materna e garanta tratamento oportuno**, para o conhecimento do score de alerta e das recomendações para sua utilização na assistência.

SINAIS DE GRAVIDADE NOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS PRÉ-ECLÂMPsia COM SINAIS DE GRAVIDADE

Atualmente, os documentos nacionais e internacionais sugerem que a Pré-eclâmpsia (PE) seja classificada quanto à presença ou ausência de critérios de gravidade, que refletem na piora clínica e laboratorial da gestante. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas⁷ define os critérios de gravidade entre as alterações de níveis pressóricos e alterações em órgãos alvos. O Quadro 2 descreve quais são os fatores para a definição do critério de gravidade.

Quadro 2 – Pré-Eclâmpsia com critério de gravidade⁷

Pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg

Pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg associada a qualquer condição listada abaixo:

- Trombocitopenia;
 - Disfunção hepática (alteração laboratorial, epigastralgia persistente ou hematoma hepático);
 - Insuficiência renal caracterizada por aumento da creatinina;
 - Edema pulmonar;
 - Sintomas neurológicos (cefaleia não responsiva a analgésico e sem outra causa e/ou alterações visuais).
-

A Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez⁴, em 2023, descreve as alterações que caracterizam os sinais de gravidade, os quais são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3- Descrição dos critérios de gravidade para a pré-eclâmpsia^{4,7}

Crítérios de gravidade	
Hemólise	Hiperbilirrubinemia (bilirrubina sérica $\geq 1,2$ mg/dl); Desidrogenase lática (DHL) igual ou maior que duas vezes o maior valor do padrão do laboratório (normalmente considera-se o valor >600 UI/L); Concentração de haptoglobina < 25 mg/dL; Presença de esquizócitos e equinócitos em sangue periférico.
Comprometimento hepático	Definido pela concentração de aspartato aminotransferase (AST) e/ou alanina aminotransferase (ALT) > 70 UI/L; Dor no hipocôndrio direito; Iminência de rotura hepática.
Plaquetopenia	Valores inferiores a $100.000/\text{mm}^3$.
Dor torácica	Associada ou não à respiração, pode sinalizar tanto o comprometimento endotelial pulmonar quanto cardíaco. Salienta-se que essa queixa é frequentemente desvalorizada.
Injúria renal aguda	Creatinina sérica > 2 mg/dL.
Oligúria	Diurese inferior a 400 mL/24h.
Edema pulmonar	Comprometimento endotelial pulmonar, podendo ou não estar associado à insuficiência cardíaca e/ou hipertensão arterial grave.

Proteinúria	<p>Proteinúria de fita $\geq 2+$ ou</p> <p>Coleta em amostra única: Relação proteína urinária/creatinina urinária $\geq 0,3$ mg/dL ou</p> <p>Coleta de 24 horas: ≥ 300 mg/24hs.</p> <p>Obs: "O valor quantitativo da proteinúria não é mais considerado como critério de gravidade, mas deve ser valorizado, em consonância com a clínica materna e as provas de vitalidade fetal."</p>
Iminência de eclâmpsia	Visão turva, diplopia, escotomas cintilantes, cefaleia, tontura, epigastralgia, confusão mental, perda da consciência.
Eclâmpsia	Convulsões tônico-clônicas em gestante com pré-eclâmpsia.
Síndrome HELLP	Associação de intensa hemólise (Hemolysis), comprometimento hepático (Elevated Liver enzymes) e consumo de plaquetas (Low Platelets), em paciente com pré-eclâmpsia
Sinais de descompensação cardíaca	Cianose, edema agudo de pulmão, insuficiências pulmonar e cardíaca.
Fundoscopia alterada	Hemorragia retiniana, exsudatos, edema de papila.
Alteração fetal	<p>Restrição no crescimento fetal;</p> <p>Alterações no exame de dopplerfluxometria;</p> <p>Alterações da vitalidade fetal;</p> <p>Descolamento Prematuro de Placenta;</p> <p>Decesso fetal.</p>

Os casos com critérios de gravidade podem apresentar piora rápida e progressiva, sendo necessário sua intensa monitorização com recomendação de manejo em

unidades hospitalares e, de preferência, que possuam unidade com cuidados intensivos.

Existem condições que indicam a resolução da gestação. Elas estão descritas no Quadro 4.

Quadro 4 - Condições que determinam a resolução da gestação^{3,4,7}

Síndrome HELLP;

Iminência de eclâmpsia refratária ao tratamento e eclâmpsia;

Descolamento prematuro de placenta;

Hipertensão refratária ao tratamento com três drogas anti-hipertensivas;

Edema pulmonar / comprometimento cardíaco;

Alterações laboratoriais progressivas;

Insuficiência renal, evidenciada principalmente por elevação progressiva das concentrações de ureia e creatinina, oligúria e anasarca;

Hematoma ou rotura hepática;

Alterações grave na vitalidade fetal.

A Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez⁴ recomenda critérios básicos a serem avaliados, tendo em vista a idade gestacional, as condições maternas, o monitoramento de sinais de gravidade e o monitoramento laboratorial. Destacamos os quadros construídos no documento da rede como guia orientador das condutas para cada situação

IDADE GESTACIONAL INFERIOR A 23 SEMANAS⁴

A conduta expectante nessa idade gestacional está associada à alta mortalidade perinatal (>80%) e morbimortalidade materna (27 a 71%).

Portanto, diante de situações de deterioração clínica materna, recomenda-se a interrupção da gestação, uma vez que a viabilidade neonatal é baixa e se associa a diversas complicações e sequelas.

Evidentemente, tal decisão deve ser compartilhada com a mulher, parceiro(a) e seus familiares. Mesmo procedendo com a interrupção da gestação, os cuidados maternos devem ser mantidos. Assim, preconiza-se:

- Manter controle adequado da pressão arterial;
- Utilizar sulfato de magnésio se persistir ou ocorrer crise hipertensiva;
- Monitorar os sinais e sintomas de iminência de eclâmpsia;
- Manter o monitoramento laboratorial (hemograma com contagem de plaquetas, comprometimento renal e hepático).

IDADE GESTACIONAL > 23 SEMANAS E < 34 SEMANAS⁴

A resolução da gestação só deve ocorrer se a paciente se enquadrar nas alterações que indicam resolução da gestação descritas no Quadro 4.

Na ausência destas, as orientações são:

- Manter controle adequado da pressão arterial;
- Utilizar sulfato de magnésio se persistir ou ocorrer crise hipertensiva;
- Monitorar os sinais e sintomas de iminência de eclâmpsia;
- Manter o monitoramento laboratorial de acordo com cada caso (hemograma com contagem de plaquetas, função renal e hepática);
- Manter vigilância do bem-estar e do crescimento fetal;
- Realizar corticoterapia para maturação pulmonar fetal: betametasona (12 mg/IM a cada 24 horas/por 48 horas) ou dexametasona (6 mg/IM a cada 12 horas/por 48 horas).
- Administrar MgSO₄ (esquema de Zuspan descrito no item condutas assistências de maior importância) para a neuroproteção fetal, se for indicada resolução da gestação antes de 32 semanas.

IDADE GESTACIONAL ENTRE 34 E 37 SEMANAS⁴

Diante de situações de deterioração clínica materna, recomenda-se a interrupção da gestação.

Diante da melhora clínica e laboratorial materna, bem como, de vitalidade fetal preservada, recomenda-se que a resolução da gestação seja postergada para idade gestacional mais próxima do termo.

Recomenda-se a monitorização contínua da gestante e em casos de agravamento da interrupção é imediata.

ECLÂMPSIA

As gestantes com qualquer das classificações dentre as síndromes hipertensivas merecem especial atenção para sinais de deterioração clínica.

O diagnóstico de eclâmpsia é caracterizada pela presença de convulsões tônico-clônicas, em uma gestante ou puérpera com distúrbio hipertensivo, na ausência de outros fatores causais para convulsões, tais como epilepsia, isquemia cerebral, hemorragia intracraniana ou uso de drogas.^{3,4}

IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA⁴

A gestante refere:

- Cefaleia, fotofobia, fosfenas, escotomas e dificuldade para enxergar, que chega à perda da visão;
- Presença de náuseas e vômitos, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito;
- Hiperreflexia, aumento dos reflexos dos músculos e tendões.

As condutas assistências na vigência da eclâmpsia requerem o controle rápido da crise convulsiva, revisão laboratorial, prevenção de novas crises e o planejamento acerca da interrupção da gestação.

Durante a crise convulsiva é muito importante o manejo adequado da gestante ou puérpera, visando à prevenção de quedas, proteção do sistema nervoso central, redução do risco de aspiração e estabilização do quadro. O Manual de Alto Risco do Ministério da Saúde³ estabelece 10 passos para o manejo da crise convulsiva que estão descritos no Quadro 5.

Quadro 5 - Condutas assistenciais para manejo da crise convulsiva³

1. Aspirar as secreções e inserir um protetor bucal.
2. Medir a saturação de O₂ e administrar oxigênio de 8 L a 10 L/min.
3. Instalar dois acessos de grosso calibre, solução de glicose a 5% em veia periférica.
4. Colher amostra de sangue para avaliação laboratorial.
5. Manter a paciente em decúbito lateral.
6. Administrar sulfato de magnésio.
7. Administrar nifedipino (VO) ou hidralazina (IV) se PA \geq 160/110 mmHg.
8. Inserir um cateter vesical de demora.
Colher amostra de urina para avaliação laboratorial.
9. Aguardar a recuperação do sensorio.
10. Programar a interrupção da gestação, após estabilização do quadro.

O Ministério da Saúde³ destaca como imperativo que:

O tratamento definitivo da eclâmpsia é o nascimento do feto e a retirada da placenta, que devem ocorrer independentemente da idade gestacional, logo que o quadro clínico estiver estabilizado, com a recuperação do sensório e o controle da hipertensão arterial grave. Não havendo contraindicação ao parto vaginal, o trabalho de parto pode ser induzido.³

SÍNDROME HELLP

A Síndrome Hellp é reconhecida em seu acrônimo HELLP que significa hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia: H emolysis, E levated L iver enzymes, L ow P latelets. A fisiopatologia dessa doença não está esclarecida, mas é considerada o comprometimento hepato-hematológico da pré-eclâmpsia (PE).³

Quadro 6 – Definição laboratorial da Síndrome Hellp³

H emolysis	Esfregaço de sangue periférico (esquistocitose, anisocitose, equinocitose, pecilocitose); Bilirrubinas >1,2 mg/dl; LDH >600 U/L.
E levated L iver enzymes	TGO ou TGP >70 UI.
L ow P latelets	Plaquetas < 100.000/mm ³ .

Para a diminuição da morbimortalidade materna na Síndrome Hellp é fundamental o diagnóstico precoce, antecipando-se às complicações. É um quadro que deve ser visto como uma emergência obstétrica. A avaliação laboratorial recomendada requer: relação proteína/creatinina urinárias (aos casos sem diagnóstico de PE), hemograma completo, creatinina, TGO, LDH, TAP, TPTA e fibrinogênio.^{3,4}

O Ministério da Saúde³ estabelece recomendações para as condutas assistenciais na Síndrome Hellp sendo elas descritas no Quadro 7.

Quadro 7 – Condutas assistenciais na síndrome Hellp³

Prevenir crise convulsiva	Sempre utilizar o MgSO ₄ quando há diagnóstico de HELLP, pelo risco de eclâmpsia associada.
Controlar a pressão arterial	Manter PAD < 100 mmhg e PAS < 150 mmhg com hipotensores de ação rápida.
Avaliar e qualificar condições fetais	Perfil biofísico e Doppler. Corticóide entre 24 e 34 semanas. Sulfato de magnésio entre 24 e 32 semanas para neuroproteção fetal, otimizado para o parto.
Controlar infusão de líquidos	Oferecer volume de soro fisiológico para manter diurese de pelo menos 30 mL/h para garantir a perfusão renal em vista do risco de insuficiência renal.
Planejar a hemoterapia	Manter plaquetas acima de 50.000/mm ³ para cesárea e de 20.000/mm ³ para parto normal. Solicitar reserva de plaquetas e/ou de concentrado de hemácias de forma antecipada. Para resgatar plaquetopenia, é indicada dexametasona. Indica-se sempre antes da cesárea, quando as plaquetas estão < 50.000 para otimizar o uso de anestesia condutiva.

O parto deve ser programado para no máximo 48 horas, independentemente da idade gestacional, com vigilância materna extrema para as condições que sinalizam deterioração do quadro. A melhor via será a vaginal para diminuir sangramento.

O parto deve ser realizado imediatamente após estabilização materna nas seguintes situações^{3,4,5}:

- Idade gestacional < 24 semanas;
- Estado fetal não tranquilizador;
- Morte fetal;
- Descolamento de placenta;
- Edema pulmonar;
- Eclâmpsia;
- Sangramento hepático;
- Acidente vascular encefálico;
- Lesão renal aguda;
- Coagulação intravascular disseminada.

Na cesariana em paciente com síndrome HELLP e contagem de plaquetas inferior a 70.000/mm³, recomenda-se^{3,4,5}:

- Avaliar coagulograma;
- Realizar anestesia geral;

- Repor plaquetas no ato cirúrgico (espera-se que uma unidade de plaquetas eleve sua concentração em 5.000 a 10.000/mm³ e que uma aférese de plaquetas eleve a concentração em torno de 100.000/mm³);
- Realizar hemostasia cuidadosa;
- Deixar dreno sentinela para os casos de sangramento acentuado.

RESUMO DAS CONDUTAS A SEREM ADOTADAS NO MANEJO DAS PRINCIPAIS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

Prevenção, Tratamento da Pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome Hellp⁸	
Coletar exames laboratoriais Protocolo de Pré-eclâmpsia	<p>Puncionar 2 acessos venosos;</p> <p>Colher Hemograma com plaquetas, creatinina, AST, DHL, Bilirrubina e proteinúria (proteinúria 24h, relação proteína/creatinina urinária OU fita urinária).</p>
Dose de ataque Sulfato Magnésio	<p>Sulfato de Magnésio - dose ataque - 4g EV, lentamente.</p> <p>Diluir 8 mL de MgSO₄ 50% (4g) em 12 mL de água destilada ou SF 0,9%. A concentração final terá 4g/20 mL. Infundir a solução IV lentamente (15-20 minutos).</p> <p>Outra possibilidade: diluir 8 mL em 100 mL de SF 0,9%. Infundir em bomba de infusão contínua a 300 mL/h. Assim o volume total será infundido em torno de 20 minutos.</p> <p>Iniciar ataque mesmo sem monitorização. Dose de ataque NÃO provoca intoxicação.</p>
Dose de Manutenção de Sulfato de Magnésio	<p>A. Gestante admitida: Esquemas: padronizar para 250mL (MgSO₄ a 10% - diluir 50mL em 200mL de soro fisiológico OU MgSO₄ a 50% - diluir 10mL em 240mL de soro fisiológico) e infundir em bomba de infusão a 50mL/h (1g/h) continuamente por no mínimo 24 horas após a última dose de ataque, última crise convulsiva ou parto.</p> <p>Atentar para sinais de toxicidade por Sulfato de Magnésio:</p> <p>Disponibilizar à beira do leito para uso conforme indicações no item 2.3: 1 ampola (10mL) de gluconato de cálcio 10%, 10 ml de água destilada, 1 seringa de 20mL, 1 agulha.</p> <p>B. Gestante a ser transferida: Utilizar Esquema de Pritchard: dose de ataque endovenosa + 10g de MgSO₄-50% IM (5ml/½ ampola em cada nádega).</p>

Controle de PA, FR, Reflexos patelares, diurese e cardiocografia	Verificar a PA, FR, Reflexos Patelares maternos de 20 em 20 min após o início da medicação por 1h. Depois avaliar a cada hora por 24 horas.
	Iniciar controle de diurese com SVD ou coleta sistemática não invasiva e avaliar diurese a cada 2 horas por 24h.
	Avaliar a vitalidade fetal por Cardiotocografia ou outros métodos de avaliação da vitalidade.
Recalcular Escore de Alerta Precoce	Após 1h da abertura.
Tratamento anti-hipertensivo: PAS \geq 160 ou PAD \geq 110 mmHg Objetivo: PAS 140 - 150 mmHg e PAD 90 - 100 mmHg Obs - não reduzir em mais de 20% da medida inicial da PA	A. Hidralazina – (Ampola de 20mg/mL - Diluir uma ampola - 1mL em 19mL de água destilada - obtém-se a concentração de 1mg/mL), infundir 5 mg via intravenosa. Reavaliar PA em 20 minutos, e se manutenção de crise hipertensiva, repetir a dose. Dose máxima 30 mg. OU
	B. Nifedipino - Comprimido de 10 mg VO – dose inicial 10 mg. Reavaliar PA em 20 minutos, e se manutenção de crise hipertensiva, repetir a dose de 10 mg a cada 20-30 minutos. Dose máxima 30 mg OU
	C. Nitroprussiato de sódio (uso em situações excepcionais, em ambiente de terapia intensiva) - Ampola 50mg/2mL – dose inicial - 0,5 a 10mcg/kg/min em Infusão intravenosa contínua em bomba (a ampola contém 2mL, na concentração de 50mg/2mL. Diluir uma ampola (2mL) em 248mL de soro glicosado 5%, assim teremos a concentração de 200mcg/mL).
Convulsões	Manter paciente em decúbito lateral esquerdo e elevado, com oxigênio nasal e prevenir traumas; Iniciar Sulfato de Magnésio dose de ataque de 4g.
	MOMENTO OPORTUNO DE INTERRUPÇÃO - Estabilizar a gestante e reavaliar a vitalidade fetal antes de indicar a resolução imediata.

Prevenção, Tratamento da Pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome Hellp8

Convulsões repetidas	<p>Decúbito lateral esquerdo e elevado, oxigênio nasal.</p> <p>Repetir 2g EV de sulfato de magnésio. Encaminhar à UTI;</p> <p>Na manutenção das convulsões após repetição do Sulfato de Magnésio, pensar em AVC, Sd. PRESS, Epilepsia não controlada, entre outras causas. Se repetir convulsão - Iniciar Fenitoína ataque 1g (4 ampolas em 100mL) em 1h e manutenção de 500mg em 4h.</p>
Alteração de sinais vitais na dose de manutenção do sulfato de magnésio	<p>Correlação clínica com nível de toxicidade materna pelo magnésio.</p> <p>Nível terapêutico – 4 a 7mEq/l;</p> <p>Perda de reflexo patelar;</p> <p>Depressão respiratória (FR < 12 irpm);</p> <p>Parada cardíaca.</p> <p>Na queda da FR, aplicar gluconato de cálcio:</p> <p>Diluir 1 ampola (10mL) de gluconato de cálcio 10% em 10 ml de água destilada em seringa de 20mL e aplicar em bolus lento.</p>



Imprima o quadro Prevenção, Tratamento da Pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome Hellp⁸

CONDUTAS ASSISTENCIAIS DE MAIOR IMPORTÂNCIA

MEDICAMENTOS HIPOTENSORES

A primeira medida a ser adotada no manejo da alteração pressórica grave é o uso de agentes hipotensores. As medicações visam a manutenção da PAS 150-140 e PAD 100-90 mmHg. Ressalta-se que devemos evitar quedas bruscas da pressão arterial, pelos riscos maternos (acidente vascular cerebral, infarto) e fetais (redução da perfusão uteroplacentária) relacionados aos quadros de baixo fluxo sanguíneo.^{3,4}

Os manuais recomendam a utilização de:

- Hidralazina: vasodilatador periférico de ação em até 20 min, utilizado no tratamento agudo da crise hipertensiva.
 - Deve-se proceder o monitoramento rigoroso da PA, devido à possibilidade de hipotensão, que deve ser prontamente corrigida com a elevação dos membros inferiores, remoção da medicação ou fatores que possam estar agindo como potencializadores e hidratação caso manutenção da hipotensão.
- Nifedipino: bloqueador de canais de cálcio de ação entre 30 e 40 min, utilizado como terapia de primeira linha (especialmente quando o acesso intravenoso não está disponível).

- Nitroprussiato de sódio: potente vasodilatador arterial e venoso, recomendado especialmente para gestantes com edema pulmonar associado a comprometimento funcional cardíaco.

A escolha pelo agente hipotensor deve levar em consideração a avaliação de cada situação clínica e obstétrica da mulher (ver quadro anterior tratamento anti-hipertensivo).

Quadro 8 - Medicamentos recomendados para o tratamento da crise ou emergência hipertensiva em gestantes^{4:33}

Agente	Dose inicial	Repetir, se necessário	Dose máxima
Hidralazina Ampola (20 mg/mL)	5 mg IV	5 mg (20/20min)	30 mg

A ampola de hidralazina contém 1 mL, na concentração de 20 mg/mL. Deve-se diluir uma ampola (1 mL) em 19 mL de água destilada, assim, obtém-se a concentração de 1 mg/mL.

Nifedipino Comprimido (10 mg)	10 mg VO	10 mg (20/20 min) ou entre 20-30 min	30 mg
Hidralazina Ampola (infusão contínua)	5 mg/hora Diluir 80 mg (4 mL de hidralazina) em 500 mL de soro fisiológico e manter infusão de 30 mL/hora		
Nitroprussiato de sódio Ampola (50 mg/2 mL)	0,5 a 10 mcg/kg/min Infusão intravenosa contínua		

A ampola de nitroprussiato de sódio contém 2 mL, na concentração de 50 mg/2 mL. Diluir uma ampola (2 mL) em 248 mL de soro glicosado 5%, assim obtém-se a concentração de 200 mcg/mL.



Imprima o quadro de Medicamentos recomendados para o tratamento da crise ou emergência hipertensiva em gestantes^{4:33}

O tratamento da crise ou emergência hipertensiva (PA \geq 160/110 mmHg) deve ser orientado pelos seguintes pontos:^{4,9}

- 1.** Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo.
- 2.** Administrar nifedipino 10 mg, VO, e repetir 10 mg a cada 20-30 min., se necessário. Atentar para dose máxima 30mg.
- 3.** Se não houver resposta adequada, administrar hidralazina 5 mg IV. Se a PA não for controlada, repetir 5-10 mg a cada 20 min. Atentar para dose máxima 30mg.
- 4.** Verificar a PA materna de 5 em 5 min. por 20 min. após a medicação.
- 5.** Manter a PA < 160/110 mmHg e > 135/85 mmHg.
- 6.** Outra opção: Nitroprussiato de sódio 0,5 a 10 mcg/kg/min até o máximo de 4 μ g (kg/min) e não usar por mais de 4 horas.

SULFATO DE MAGNÉSIO

O sulfato de magnésio ($MgSO_4$) é anticonvulsivante de primeira escolha que deve ser realizado de forma imediata nos casos de PE com sinais de gravidade, na iminência de eclâmpsia, na eclâmpsia, síndrome HELLP e hipertensão de difícil controle.

Além de anticonvulsivante, o $MgSO_4$, reduz a pressão intracerebral e mantém o fluxo sanguíneo, possibilitando a redução ou prevenção da encefalopatia hipertensiva e o barotrauma na microcirculação cerebral.

Deve-se usar o sulfato de magnésio hepta-hidratado e estar atento para a concentração disponível do magnésio:

1. $MgSO_4$ 50% – ampola com 10 mL contém 5g de magnésio;
2. $MgSO_4$ 20% – ampola com 10 mL contém 2g de magnésio;
3. $MgSO_4$ 10% – ampola com 10 mL contém 1g de magnésio.^{4:38}

O quadro 9 apresenta o esquema recomendado para a infusão de $MgSO_4$ nas mulheres que apresentam indicações clínicas.

Quadro 9 - Esquema do uso de Sulfato de Magnésio^{4:36}

Esquema do MgSO₄	Dose inicial	Dose de manutenção
“Esquema de Pritchard” IV e IM	4g IV lentamente em 15-20 minutos ^a + 10g de MgSO ₄ -50% IM (5ml/½ ampola em cada nádega) ^b	5g IM profunda a cada 4 horas ^b
“Esquema de Zuspan” IV exclusivo	4g IV, administrados lentamente em 15-20 minutos ^a	1g IV por hora em bomba de infusão contínua (BIC) ^c

^a Dose inicial IV (usada nos dois esquemas):
MgSO₄ 50% (1 ampola de 10 mL contém 5g de MgSO₄.)
Diluir 8 mL de MgSO₄ 50% (4g) em 12 mL de água destilada ou SF 0,9%. A concentração final terá 4g/20 mL. Infundir a solução IV lentamente (15-20 minutos). Outra possibilidade: diluir 8 mL em 100 mL de SF 0,9%. Infundir em bomba de infusão contínua a 300 mL/h. Assim o volume total será infundido em torno de 20 minutos.

^b Preparação da dose intramuscular no esquema de Pritchard:
Aplicar 1 ampola de MgSO₄-50% (5g de MgSO₄) IM, 5 ml em cada nádega, a cada 4 horas.

^c Preparação da dose de manutenção no esquema de Zuspan: Diluir 10 mL de MgSO₄ 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 (1g/h).

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 MgSO₄ 50% (2 ampolas) em 480 mL de soro fisiológico a 0,9% e mantém-se a infusão de 100 mL por hora.



Imprima o esquema do uso de Sulfato de Magnésio^{4:36}

Observações importantes^{4:39-40}.

- Nos casos de recorrência da crise convulsiva, administram-se mais 2 g do sulfato de magnésio (4 mL da formulação de 50% diluídos em 10 mL de água destilada ou soro fisiológico) por via intravenosa (bolus) e utiliza-se como manutenção a dose de 2 g/h. Se dois desses bolus não controlarem as convulsões, a droga de escolha será a difenil-hidantoína em seu esquema clássico para o tratamento de crises convulsivas. Recomenda-se nesses casos a investigação de complicações cerebrais, principalmente, hemorragias intracranianas;
- Em pacientes com lesão renal aguda ou doença renal crônica (creatinina $\geq 1,2$ mg/dL), a dose de manutenção deve ser a metade da dose recomendada. Deve-se interromper a infusão do sulfato de magnésio apenas se a diurese for inferior a 25 mL/hora;
- Recomenda-se a manutenção do sulfato de magnésio durante 24 horas após o parto ou após a última crise convulsiva.

O sulfato de magnésio deve ser administrado com total vigilância para os sinais de intoxicação como bloqueio mioneural, depressão e parada respiratória. São eventos que ocorrem por acúmulo sérico do magnésio, seja pela administração de doses excessivas, ou seja pela diminuição da excreção renal em pacientes com insuficiência renal.

Sinais de toxicidade por Sulfato de Magnésio:^{3,4,8}

- Frequência respiratória < 12 ipm ou SpO2 < 92%;
- Paralisia muscular;
- Reflexos patelares abolidos.

**SUSPENDER A DOSE DE MANUTENÇÃO DE MgSO4 E SOLICITAR
DOSAGEM DE MAGNÉSIO SÉRICO.**

Os profissionais de saúde devem ter atenção para os níveis séricos de Magnésio sendo:^{3,4}

- Nível terapêutico = 4 a 7 mg/dL.
- Nível de toxicidade > 8 mg/dL.

As concentrações que se relacionam com os casos de intoxicação são: o reflexo patelar fica abolido com 8 a 10 mEq/L e risco de parada respiratória a partir de 12 mEq/L.^{3,4,7}

O tratamento da toxicidade deve ser imediatamente estabelecido, sendo administrado Gluconato de Cálcio a 10%, 1g - 10 mL administrado lentamente (3min).

O Ministério da Saúde³ destaca quais os cuidados especiais devemos ter durante a terapia com sulfato de magnésio para a proteção da paciente e prevenção de quadros que podem vir a agravar sua condição clínica e física. Recomenda-se a avaliação da paciente a cada 4 horas e solicitar níveis séricos de magnésio se parâmetros alterados.

Para a permanência da terapêutica com sulfato, a diurese deve ser superior a ≥ 25 mL/h, os reflexos tendinosos devem estar presentes e a frequência respiratória ≥ 16 irpm.^{3,4,7}

SULFATO DE MAGNÉSIO – NEUROPROTEÇÃO FETAL

A utilização de sulfato de magnésio para a neuroproteção fetal é indicada em gestação < 32 semanas, contribuindo para a redução dos riscos de paralisia cerebral e de disfunção motora grave nos recém-nascidos.³

ESQUEMA DE NEUROPROTEÇÃO³

Dose de ataque de 4g IV em 20 a 30 minutos, e seguir com dose de manutenção em infusão de 1 g IV, por hora, até o nascimento ou máximo de 24 horas de utilização (se não ocorrer o parto em 24 horas, a administração deve ser suspensa).

Deixamos abaixo um modelo de caixa/Kit para o atendimento das Urgências e Emergências Hipertensivas extraída do documento Deliberação CIB nº 123, 28 de 09 de 2021 do estado de São Paulo¹⁰, quadro 10.

Quadro 10 - Itens para caixa de emergência hipertensiva¹⁰

Para atendimento das mulheres nas urgências hipertensivas é importante organizar os insumos/medicamentos em uma caixa, de modo a agilizar o atendimento. Abaixo segue modelo de caixa Kit para atendimentos aos quadros hipertensivos.

ITEM	QUANTIDADE
Checklist	1
Abocath 20	1
Abocath 18	1
Abocath 16	1
Torneirinha 3 vias	2
Seringa 20ml	3
Seringa 10ml	5
Seringa 5ml	3
Tubo Roxo	1
Tubo Amarelo	2
Copo Coletor Estéril	1
Agulha de Aspiração	5
Agulha 25x8	5
Soro Fisiológico 0,9% 10ml	5
Água Destilada 10ml	5
Almotolia de Álcool	1
Soro Fisiológico 0,9% 500ml	1
Equipo Simples	1
Equipo de Bomba de Infusão	1
Kit-Hidralazina: Cloridrato de Hidralazina 20mg/ml Seringa 20ml / Agulha de Aspiração Soro Fisiológico 10ml (2 amp)	1 Ampola 1 / 1 2
MgSO4 – Sulfato de Magnésio – 10 ml	10 Ampolas

Kit Gluconato de Cálcio: Gluconato de Cálcio 10 ml	1
Seringa 10 ml / Agulha de Aspiração	1/1
Kit Sondagem Vesical de Demora: Sonda Foley nº14	1
Bolsa Coletora de Diurese	1
Gaze Estéril / Seringa 10 ml / AD 10ml	1 / 1 / 1
Clorexidine Aquosa	1
Luva Estéril	1
Kit Cateterismo	CME
Luva de Procedimento	8 Pares
Máscara com Reservatório e Umidificador	1 Kit



Imprima a lista de itens para caixa de emergência hipertensiva¹⁰

FICA A DICA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Todos os serviços de saúde devem estar atentos aos limites de Pressão Arterial Sistólica ≥ 160 mmHg e os níveis de PA ≥ 110 mmHg, sendo classificados como crise hipertensiva.
- Na vigência da crise hipertensiva medidas devem ser rapidamente adotadas para a redução da pressão arterial, prevenção de crises convulsivas e avaliação dos parâmetros maternos que sinalizam deterioração do quadro clínico.
- Na crise hipertensiva o ideal é que as medidas para a redução da pressão arterial materna sejam adotadas para permanência em valores PAS 150-140 e PAD 100-90 mmHg. Ressalta-se que devemos evitar quedas bruscas da pressão arterial, pelos riscos maternos (acidente vascular cerebral, infarto) e fetais (redução da perfusão uteroplacentária).
- A recomendação é que a PA seja mensurada a cada 10–15 min até PA $< 160/110$ mmHg até o encaminhamento da paciente para a atenção hospitalar.
- Os sinais de iminência de eclâmpsia precisam ser reconhecidos por toda equipe, sendo eles: Cefaleia, fotofobia, fosfenas, escotomas e dificuldade para enxergar, que chega à perda da visão; presença de náuseas e vômitos, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito e hiperreflexia.
- O hipotensor recomendado para o controle da crise hipertensiva na atenção primária é o nifedipino (bloqueador de canais de cálcio de ação entre 30 e 40 min). Administrar 10mg por via oral e 20/20 min até 30 mg, cessar a administração se controle da crise hipertensiva.

- O sulfato de magnésio é a terapia anticonvulsivante de primeira escolha para o tratamento das pacientes com sinais de gravidade, iminência de eclâmpsia e eclâmpsia, e a sua utilização não deve ser retardada.
- É indicada a realização de dose de ataque de sulfato de magnésio na Atenção Primária seguindo os esquemas recomendados, com riscos mínimos de toxicidade para a gestante.

FICA A DICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

- Todos os serviços de saúde devem estar atentos aos limites de Pressão Arterial Sistólica ≥ 160 mmHg e os níveis de PA ≥ 110 mmHg, sendo classificado com crise hipertensiva.
- Na vigência da crise hipertensiva, medidas devem ser rapidamente adotadas para a redução da pressão arterial, prevenção de crises convulsivas e avaliação dos parâmetros maternos que sinalizam deterioração do quadro clínico.
- Na crise hipertensiva, o ideal é que as medidas para a redução da pressão arterial materna sejam adotadas para permanência em valores PAS 150-140 e PAD 100-90 mmHg. Ressalta-se que devemos evitar quedas bruscas da pressão arterial, pelos riscos maternos (acidente vascular cerebral, infarto) e fetais (redução da perfusão uteroplacentária).
- A recomendação é que a PA seja mensurada a cada 10–15 min até PA $< 160/110$ mmHg e depois a cada 4-6 horas dependendo das condições clínicas.
- Toda maternidade deve estar preparada para atendimento as gestantes com crise hipertensiva, manejo e estabilização do quadro. Em casos com sinais de agravamento, planejar a transferência, após estabilização do quadro, se necessário.
- Os sinais de iminência de eclâmpsia precisam ser reconhecidos por toda equipe, sendo eles: Cefaleia, fotofobia, fosfenas, escotomas e dificuldade para enxergar,

que chega à perda da visão; presença de náuseas e vômitos, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito e hiperreflexia.

- A síndrome Hellp é o agravamento do quadro clínico materno, sendo sua avaliação considerada uma urgência obstétrica, necessitando manejo intensivo e programação da resolução da gravidez.
- Os hipotensores recomendados para o controle da crise hipertensiva são: hidralazina (vasodilatador periférico de ação em até 20 min), nifedipino (bloqueador de canais de cálcio de ação entre 30 e 40 min), nitroprussiato de sódio (vasodilatador arterial e venoso a ser utilizado em ambiente de terapia intensiva) com avaliação de cada situação clínica e obstétrica.
- O sulfato de magnésio é a terapia anticonvulsivante de primeira escolha para o tratamento das pacientes com sinais de gravidade, iminência de eclampsia e eclampsia, e a sua utilização não deve ser retardada.
- O planejamento da resolução da gestação deve ser feito após estabilização do quadro e levar em consideração as condições clínicas da paciente, a idade gestacional do feto e os sinais de agravamento do quadro clínico que indiquem deterioração materna.

PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 6

Cabe aos gestores

- Promover periodicamente capacitação das equipes de saúde da APS e hospitais em síndromes hipertensivas na gravidez.
- Pactuar protocolo baseado em evidências científicas para o atendimento de urgências hipertensivas na gestação com toda a rede de serviços envolvidos no atendimento.
- Pactuar serviços de referências através do desenho da rede e do mapa de vinculação para encaminhamento de pacientes com síndromes hipertensivas na gestação.
- Manter sala de estabilização em todas as maternidades para atendimento dos casos graves, até estabilização/resolução do quadro e a transferência a outro nível quando necessário.
- Construir estratégias de vinculação entre a atenção primária e terciária para o atendimento/encaminhamento das gestantes.
- Criar estratégias para que os profissionais se atentem aos determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor e suas interfaces na assistência as mulheres.
- Proporcionar transporte seguro às pacientes que necessitem de transferência.

- Manter estoque de medicação anti-hipertensiva, sulfato de magnésio e gluconato de cálcio nos locais de atendimento a gestantes.
- Disponibilizar caixa/kit para atendimentos das urgências hipertensivas conforme apresentado neste passo.
- Disponibilizar acesso oportuno aos exames necessários para acompanhamento dos casos
- Implantar classificação de risco e score de alerta (Modified Early Warning Scores [MEWS]) nos serviços.

Cabe aos profissionais de saúde

- Valorizar as queixas das gestantes, que possam indicar agravamento do quadro hipertensivo.
- Seguir o protocolo baseado em evidências científicas na atenção às síndromes hipertensivas na gestação da instituição.
- Atentar para os casos com sinais de gravidade e chamar outros integrantes da equipe para atendimento imediato.
- Realizar a comunicação efetiva e continuidade dos cuidados com as mulheres, tendo em vista os preceitos da segurança do paciente.
- Realizar os cuidados recomendados nos protocolos assistenciais, baseados em evidências científicas com especial atenção para o manejo da crise hipertensiva com o uso dos hipotensores e a administração de sulfato de magnésio caso seja indicado.
- Adotar Estratégias Antirracistas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Avaliar durante toda a assistência as indicações oportunas para a interrupção da gestação e manejos clínicos que melhorem os resultados maternos e neonatais.

- Proceder a revisão permanente das condutas assistenciais adotadas atentando para as recomendações acerca do uso de medicamentos e cuidados assistenciais a serem realizados.
- Manter alta vigilância às pacientes com quadros hipertensivos de maior gravidade, atentando para as alterações clínicas e laboratoriais que indicam piora no quadro e modificações nas condutas clínicas realizadas.
- Realizar, após estabilização do quadro clínico, o transporte seguro em tempo oportuno da mulher aos serviços de maior complexidade para a continuidade dos cuidados.
- Reportar às instâncias superiores falhas identificadas nas condições necessárias ao atendimento.
- Saber que a intervenção em tempo oportuno faz toda a diferença no desfecho materno e neonatal.

REFERÊNCIAS

1. SAÚDE da população negra. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, out. 2023. Edição especial. [acesso em 07 dez 2024] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023/>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetria[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetria_2017.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.
4. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez. Pré-Eclampsia: Protocolo 03-2023[Internet]. Botucatu: RBEHG; 2023[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2023/04/PROTOCOLO-2023.pdf>.
5. ACOG Committee Opinion No. 767: Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. Obstet Gynecol. 2019;133(2):e174-e180. doi: [10.1097/AOG.0000000000003075](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003075).
6. Monzon LR, Boniatti MM. Utilização do Modified Early Warning Score na transferência intra-hospitalar de pacientes. Rev bras ter intensiva. 2020;32(3):439-43. doi: [10.5935/0103-507X.20200074](https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200074).
7. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e237-e260. doi: [10.1097/AOG.0000000000003891](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891).
8. Albert Einstein, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Diretriz clínica para prevenção, diagnóstico e manejo de síndromes hipertensivas na gestação[Internet]. São Paulo: Albert Einstein; 2022[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://www.einstein.br/DocumentosAcessoLivre/DIRETRIZ-CLINICA-PARA-PREVENCAO-DIAGNOSTICO-E-MANEJO-DE-SINDROMES-HIPERTENSIVAS-NA-GESTACAO-TMI.pdf>.

9. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. São Paulo: FEBRASGO, 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAMPSIA.pdf. Acesso em: 15 mar. 2024.
10. São Paulo. Poder Executivo. Deliberação CIB nº 123, 28 de 09 de 2021. Diário Oficial do Estado[Internet]. 29 out 2021[acesso em 30 dez 2023];188(seção 1):32. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2021/09/E_DL-CIB-123_280921.pdf.



10 PASSOS

DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA
REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

PASSO

7

Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos **quadros infecciosos** na gestação

10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna

Passo 7 - Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos **quadros infecciosos** na gestação

2024
2ª Edição

SUMÁRIO

TÓPICOS DE DESTAQUE	4
IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTEs AÇÕES.....	5
INTRODUÇÃO	6
SEPSE E CHOQUE SÉPTICO.....	14
SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18
RECONHECIMENTO/DIAGNÓSTICO PRECOCE DA SEPSE.....	21
MANEJO CLÍNICO DOS QUADROS SÉPTICOS	26
FICA A DICA	40
PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 7	42
REFERÊNCIAS.....	44

TÓPICOS DE DESTAQUE

- 1. Valorize quadros febris mesmo que referidos.**
- 2. Identifique condições de deterioração clínica e alterações de sinais vitais que podem indicar sepse materna.**
- 3. Proceda com hidratação ótima, coleta de culturas e prescrição de antibioticoterapia de amplo espectro na primeira hora de suspeita de sepse.**
- 4. Esteja atento também no puerpério, dando orientações à mulher para reconhecimento dos sinais de alerta, como febre, dores na cicatriz de parto (cesárea e episiotomia/lacerações).**
- 5. Assegure-se de uma rede de suporte institucional para rápida transferência para centro de referência capaz de dar suporte clínico para a continuidade dos cuidados e avaliar a necessidade e o momento para a indução do**

IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES

1. Valorize todas as queixas apresentadas pelas mulheres.
2. Realize exame clínico minucioso e solicite exames laboratoriais, sem postergar o início do tratamento.
3. Estabeleça protocolos assistenciais pactuados com toda a equipe.
4. Construa fluxogramas pactuados com todos os setores envolvidos com a assistência à mulher.

INTRODUÇÃO

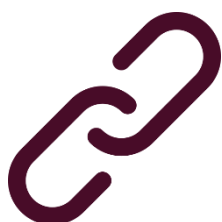
Os quadros infecciosos na gestação e no puerpério são reconhecidos como uma importante causa de mortalidade materna, responsável diretamente por aproximadamente 11% das mortes, e estima-se que pode estar relacionada de forma indireta com até 50% das mortes maternas.^{1,2}

A gestação é uma condição que expõe a mulher a maior risco de agravamento de quadros infecciosos, devido às alterações fisiológicas e imunobiológicas causadas por sua condição, tais como: circulação hiperdinâmica, taquicardia, diminuição da reserva de oxigênio, hipercoagulabilidade. Tais alterações se sobrepõem à resposta desregulada da paciente ao processo infeccioso e colocam em desafio a identificação de infecções durante a gravidez e o início do puerpério.²

Assim, torna-se importante a investigação, pelo profissional da saúde, durante as consultas de pré-natal e os encontros nos serviços de saúde, dos fatores de riscos que podem ocasionar infecção no contexto gestacional e obstétrico. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da infecção materna são dispostos no quadro abaixo, entre as causas obstétricas e as causas não-obstétricas.

Quadro 1 - Fatores de risco para infecção por causas obstétricas e não-obstétricas³

Obstétricas	Não-Obstétricas
<ul style="list-style-type: none"> • Corrimento vaginal; • Antecedentes de doença inflamatória pélvica; • Antecedentes de infecção por estreptococos do grupo B; • Gestação múltipla; • Reprodução assistida; • Amniocentese e outros procedimentos invasivos; • Cerclagem; • Cesariana; • Retenção placentária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidade; • Diabetes ou intolerância a glicose; • Imunodeficiência ou uso de imunossupressores; • Idade materna acima de 35 anos; • Vulnerabilidade social; • Malária, hepatites, HIV/AIDS, anemia falciforme; • Infecção por estreptococos do grupo B em familiares próximos.



Acesse o conteúdo Intervenções na Sepse Materna no Portal Arca Fiocruz.

Existem quadros clínicos infecciosos, no percurso gestacional e puerperal, que expõem as mulheres a situações de maior vulnerabilidade clínica. As patologias destacadas no Quadro 2 são responsáveis pela maioria das intercorrências que podem evoluir para quadros de maior complexidade como a sepse. Tais condições devem ser identificadas com prioridade pela equipe de saúde para a tomada de condutas assertivas, que possam limitar a evolução para situações de maior gravidade.

Quadro 2: Principais processos infecciosos na gestação e puerpério, sinais e sintomas^{3,4}

Quadro Infeccioso	Conceito	Principais alterações
Pielonefrite	Infecção do parênquima renal e suas estruturas adjacentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Calafrios, • Dor lombar, • Anorexia, náuseas, vômitos, • Febre, • Giordano positivo, • Piúria significativa, hematúria frequente, urocultura positiva, leucocitose com desvio à esquerda, anemia e proteína C reativa aumentada.
Endometrite	Infecção da cavidade uterina causada por bactérias, que ascendem o trato genital inferior ou do trato gastrointestinal.	<ul style="list-style-type: none"> • Febre materna e calafrios, • Mal-estar geral, palidez, • Taquicardia materna, • Leucocitose materna, • Secreção cervical purulenta, • Dor abdominal ou pélvica, • Sensibilidade no útero (a palpação e ao toque), útero amolecido e aumentado de volume.
Corioamnionite	Infecção intra-amniótica resultante de inflamação do líquido amniótico, placenta, feto,	<ul style="list-style-type: none"> • Febre materna, • Leucocitose materna, • Secreção cervical purulenta, • Líquido amniótico com odor fétido,

	membranas fetais ou decídua.	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade no útero (a palpação e ao toque) • Taquicardia fetal.
Abortamento infectado	Infecção uterina grave durante, um pouco antes ou depois de um processo de abortamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Dor pélvica e/ou abdominal, • Sensibilidade uterina, • Secreção vaginal purulenta, • Sangramento vaginal, • Febre, • Colo uterino entreaberto, • Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ ou $<36^{\circ}\text{C}$, • Frequência cardíaca >90 batimentos/minuto, • Frequência respiratória >20 mrpm/minuto ou $\text{PaCO}_2 <32$ mmHg, • Leucocitose ou leucopenia.
Pneumonia	Doença inflamatória aguda de causa infecciosa que acomete os espaços aéreos.	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia ou desconforto respiratório, • Tosse produtiva ou não, • Prostração, • Febre, • Dor torácica, • Saturação $\text{O}_2 <95\%$ em ar ambiente, • Frequência respiratória >30 irpm, • RX: consolidação lobar, infiltrados intersticiais e cavitação.

Os principais agentes etiológicos envolvidos nas infecções são bacilos gram-negativos *Escherichia coli*, estreptococos, estafilococos e anaeróbios. Os vírus respiratórios também têm grande importância, em especial, a Influenza e SARS-CoV-2.⁴

O diagnóstico de infecções pode ser desafiador devido a várias dificuldades. Estas incluem disparidades regionais que resultam em falta de recursos laboratoriais, atrasos na obtenção de resultados, que são cruciais para o tratamento clínico, e a ausência de protocolos assistenciais padronizados, que sistematizem as estratégias para a correta identificação e tomada de decisões.⁵

Assim, os quadros infecciosos merecem especial atenção quanto a sua identificação precoce e o manejo oportuno, visando a evitabilidade das complicações clínicas, que interferem na morbimortalidade materna por essa causa.

Tanto na atenção primária quanto no ambiente hospitalar, as mulheres devem ser orientadas quanto aos sinais de alerta que indicam infecção e quanto ao retorno à unidade para avaliação, caso manifestem algum dos sintomas.^{4,5}

SINAIS DE ALERTA

1. Sensação febril e calafrios;
2. Febre termometrada (temperatura > 37,8°C);
3. Mal-estar súbito;
4. Tosse e falta de ar;
5. Dor ao urinar e sensação de bexiga cheia;
6. Secreção com odor fétido em ferida operatória ou em sutura de lacerações vaginais;
7. Lóquios com odor fétido;
8. Dor abdominal contínua;
9. Mamas com áreas avermelhadas, quentes, dolorosas ao toque, com escoriações e/ou fissuras, ingurgitadas. Pode haver a presença de secreção purulenta;
10. Dor em ferida operatória e em laceração vaginal que não cessa com medicação para alívio da dor.

A atenção aos sinais de alerta e a procura imediata por assistência adequada são as medidas mais importantes a serem adotadas pelas mulheres para a evitabilidade do agravamento de seus quadros clínicos diante das infecções.

Por sua vez, a rede de atenção à saúde, em seus diferentes níveis, deve treinar suas equipes para o manejo clínico das infecções, desde a atenção primária aos cuidados de maior complexidade em centros especializados. Cada componente da rede deve estabelecer estratégias que visem: a valorização das queixas maternas apresentadas, a realização de exame clínico minucioso, a identificação de alterações em dados vitais e o estabelecimento de fluxos frente a cada necessidade de saúde apresentada.

Dentro desse contexto, é importante destacar o compromisso do Ministério da Saúde, com o lançamento da Portaria nº 2.198/2023, que trata das estratégias antirracistas para o âmbito da saúde. Um dos princípios da portaria é a busca da eliminação do racismo, enquanto determinante social de saúde, destacando que a raça/cor não seja um fator de desigualdade, que dificulte o acesso e influencie na qualidade do serviço ofertado, elevando os riscos de morbimortalidade dessas mulheres.⁶

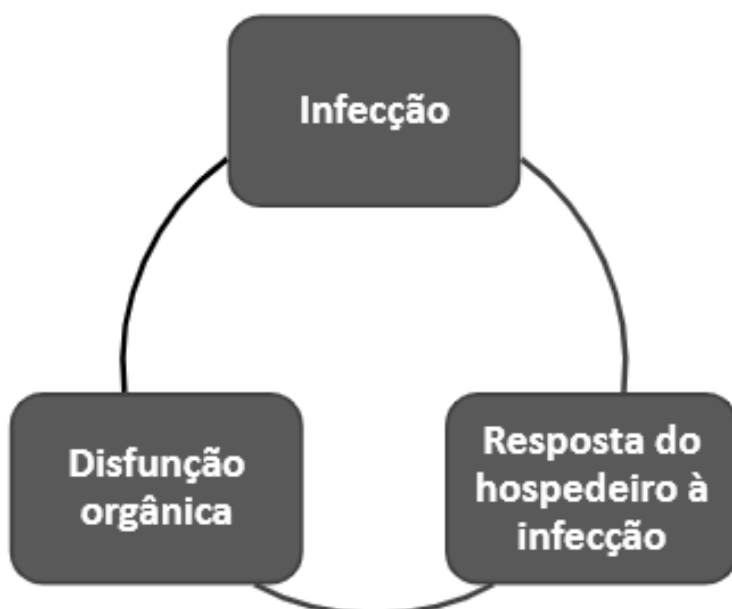
SEPSE E CHOQUE SÉPTICO

A sepse é definida como uma resposta inflamatória generalizada, com manifestações sistêmicas na paciente, podendo ter como causa um ou mais agentes infecciosos.^{2,7}

Para a Organização Mundial de Saúde, a sepse materna é uma condição com risco de vida definida como disfunção orgânica resultante de infecção ocorrida durante a gravidez, parto, pós-aborto ou no período pós-parto.⁸

Diante disso, qualquer suspeita de infecção deve disparar a busca por disfunção orgânica. A presença de infecção com disfunção orgânica caracteriza o quadro de sepse.

Figura 1: Esquema da desordem clínica nos quadros sépticos³





Acesse o conteúdo Intervenções na Sepse Materna no Portal Arca Fiocruz.

O agravamento da disfunção leva ao choque séptico, que é diagnosticado quando o quadro séptico evolui com hipotensão arterial não corrigida com reposição volêmica, havendo necessidade de uso de medicamentos vasopressores para manutenção da pressão arterial média PAM \geq 65 mmHg e lactato sérico abaixo de 2 mmol/L.^{5,9}

A sepse e o choque séptico são reconhecidos como emergências clínicas, condição ameaçadora da vida, afetando milhões de mulheres ao redor do mundo a cada ano e matando de um terço a um sexto daquelas que afeta, sendo uma das principais causas de morbidade materna grave e morte materna. Ressalta-se que a sepse relacionada com a gravidez pode ser de difícil reconhecimento, assim, a equipe de saúde deve manter alta vigilância para avaliação e tratamento precoces.^{5,9,10}

Todas as equipes envolvidas em quaisquer etapas do cuidado obstétrico devem estar informadas e preparadas de modo a reconhecer precocemente sinais de sepse e instituir terapia imediatamente.^{5,9}

As principais causas para o desenvolvimento do quadro séptico, na gestação e no puerpério, são estratificadas em causas obstétricas ligadas ao trato genital e não genitais e as causas não obstétricas.

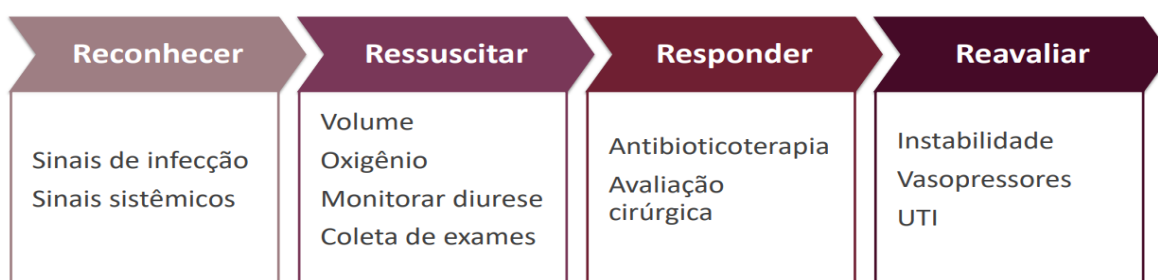
Quadro 3: Principais causas de sepse na gestação e puerpério^{2,7,11}

Causas Obstétricas		Causas não-obstétricas
Causas do trato genital	Causas não genitais	
<ul style="list-style-type: none"> • Aborto séptico; • Corioamnionite; • Endometrite; • Infecção de ferida após cesariana, episiotomia, ou 	<ul style="list-style-type: none"> • Pielonefrite; • Cistite; • Mastite; • Tromboflebite pélvica séptica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apendicite; • Colecistite; • Pancreatite; • Gastroenterite; • Faringite; • Tuberculose; • Malária;

<p>lacerações vaginais e perineais;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecção após procedimentos invasivos (cerclagem infectada e fascite necrotizante). 		<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia; • HIV; • Influenza; • Síndrome do choque tóxico.
---	--	--

A equipe clínica deve atentar para os sinais sugestivos de sepse, desenvolvendo um olhar ampliado para manifestações clínicas existentes, que podem apontar para quadros infecciosos e seus consequentes agravamentos. A proposta de manejo clínico dos quadros de sepse sustenta-se em 4 pilares prioritários: Reconhecer, Ressuscitar, Responder e Reavaliar.

Figura 5 - Identificação e Manejo da Sepse³





Acesse o conteúdo Intervenções na Sepses Materna no Portal Arca Fiocruz.

No acompanhamento da paciente, a equipe de enfermagem e médica devem atentar aos sinais que já são monitorados corriqueiramente e independem de exames laboratoriais tais como:

Sinais de alerta para investigação de seps^{3,4}

- Febre ou calafrios;
- Cansaço, cefaleia;
- Diarreia ou vômitos;
- Rash cutâneo;
- Dor abdominal e distensão abdominal;
- Corrimento vaginal suspeito (odor fétido ou serosanguinolento);
- Tosse produtiva;
- Sintomas de gripe;
- Sintomas urinários;
- Mamas dolorosas a palpação, com vermelhidão e presença de secreção;
- Mialgia e dor lombar.

As modificações fisiológicas da gestação podem dificultar a interpretação dos achados de síndrome da resposta inflamatória sistêmica e da disfunção orgânica.

De uma forma minuciosa, os sinais clínicos para o diagnóstico de sepse são estratificados em variáveis gerais, inflamatórias, hemodinâmicas, de disfunção orgânica e de perfusão do tecido. Para organizar as informações o Quadro 4 dispõe das principais características que devem ser analisadas pela equipe assistencial.

Quadro 4 - Parâmetros modificados para diagnóstico de sepse em obstetrícia ^{3,9,12}

Variáveis	Características apresentadas
Variáveis gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Febre $\geq 38,0$; • Hipotermia $< 36,0$; • Frequência cardíaca ≥ 100 bpm; • Frequência respiratória ≥ 25 irpm; • Saturação $< 95\%$; • Alteração do nível de consciência; • Edema significativo ou fluido positivo (> 20 ml/kg durante 24 horas); • Hiperglicemia na ausência de diabetes.
Variáveis inflamatórias	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocitose (contagem > 12.000); • Leucopenia (contagem < 4.000); • Contagem normal de glóbulos brancos com mais de 10% de forma imaturas; • Proteína C-reativa plasmática acima 7 mg/l.
Variáveis hemodinâmica	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg, PAM < 65 mmHg, ou uma diminuição da PAS > 40 mmHg); • Cálculo: $PAM = (PAS + 2 \times PAD)/3$.
Variáveis de disfunção orgânica	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia arterial; • Oligúria (abaixo 0,5 ml/kg/h por pelo menos 2 horas apesar da ressuscitação volêmica adequada); • Creatinina > 2 mg/dl; • Anormalidades de coagulação (INR $> 1,5$ ou aPTT > 60s); • Ileo paralítico (ausência de sons intestinais); • Trombocitopenia (abaixo 100.000); • Hiperbilirrubinemia (Bilirrubina total $> 1,0$ mg/dL ou direta elevada).

Variáveis de perfusão de tecido	<ul style="list-style-type: none">• Lactato ≥ 2 mmol/l;• Diminuição do enchimento capilar.
---------------------------------	---



Acesse o conteúdo Intervenções na Sepses Materna no Portal Arca Fiocruz.

Acesse o conteúdo Sepses Materna Sinais Precoces de Infecção no Portal Arca Fiocruz.

RECONHECIMENTO/DIAGNÓSTICO PRECOCE DA SEPSE

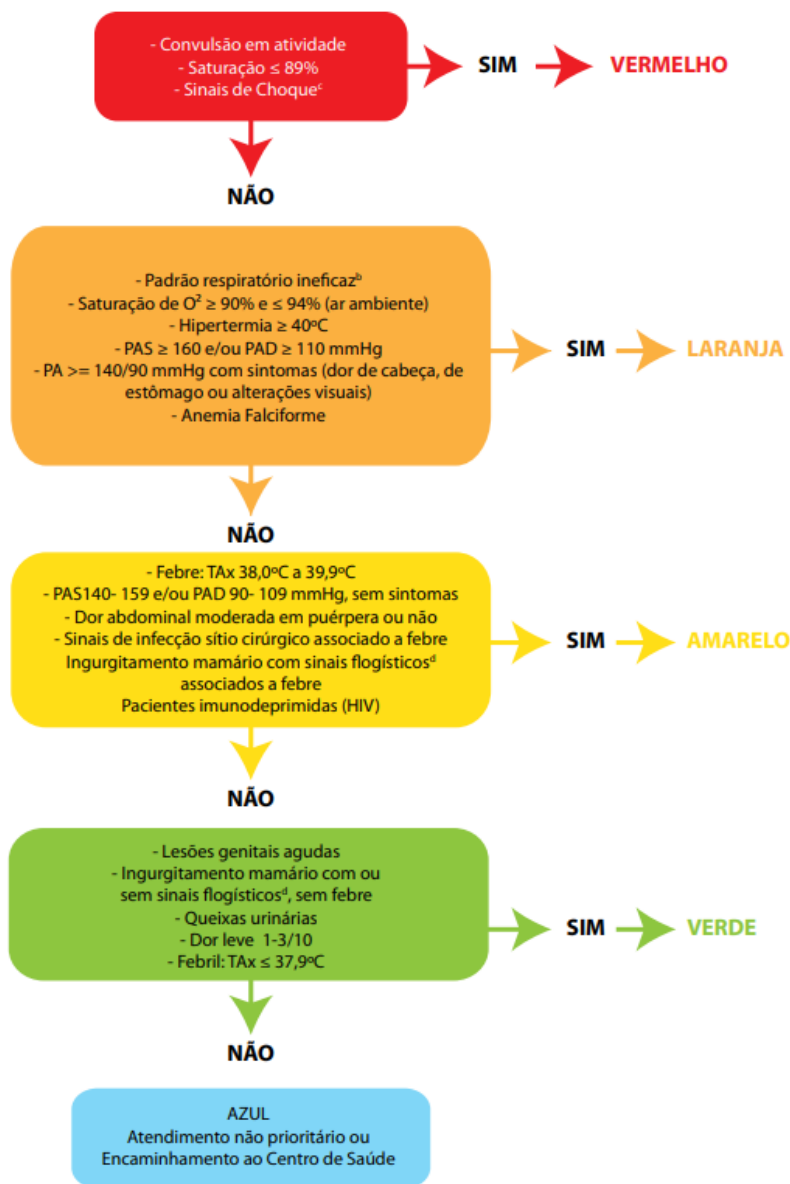
As diretrizes clínicas que compõem a Campanha Sobrevivendo à Sepsis, de 2021, designadas pela OMS, propõem a adoção de ferramentas de triagem/alerta para a decisão clínica, que auxiliam a equipe assistencial no reconhecimento precoce e na previsão de risco de sepsis. Os consensos são unânimes que o reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica e o tratamento urgente são fundamentais para o aumento da sobrevivência das pacientes.^{2,10}

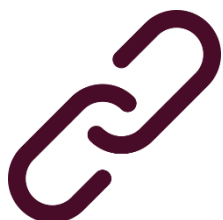
Como ferramenta de triagem a ser utilizada na admissão da paciente ressaltamos a utilização do Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em Obstetrícia, que define o fluxograma de número 5, intitulado “Febre/Sinais de Infecção”, para ser seguido nos casos em que são apontados sinais e sintomas sugestivos de infecção.¹³

Figura 2 – Fluxograma 5 do A&CR em Obstetrícia¹³

Cor	Tempo de espera
VERMELHO	Imediato
LARANJA	Em até 15 minutos
AMARELO	Em até 30 minutos
VERDE	Em até 120 minutos
AZUL	Atendimento não prioritário

5 FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO





**Acesse o Manual Acolhimento com
Classificação de Risco, 2017.**

Como ferramenta de acompanhamento clínico, o uso dos escores de alerta à beira-leito é recomendado para as pacientes em diferentes locais, como enfermarias de internação, unidades de emergência, pronto atendimentos e unidades de terapia intensiva (UTI). Os escores baseiam-se na análise dos sinais, que são monitorados de rotina e, diante de alteração, há tomada de condutas precoces e oportunas.⁵

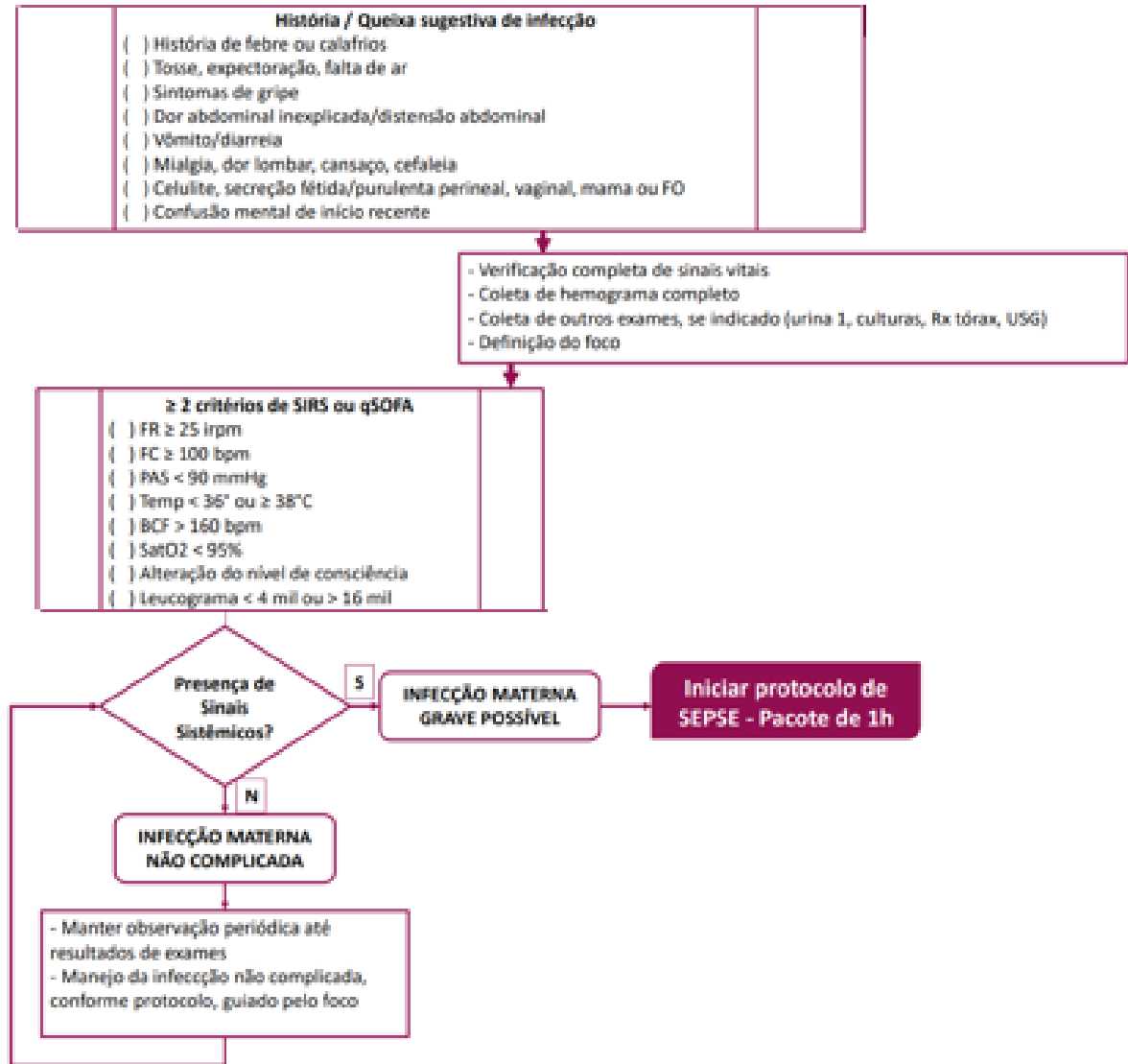
O documento dos 10 Passos recomenda como escore de alerta precoce a utilização do MEOWS, conforme foi descrito no **Passo 4 - Identifique precocemente sinais de gravidade** clínica materna e garanta tratamento oportuno.

O conjunto de exames laboratoriais complementares para o diagnóstico de sepse se baseia nas principais disfunções orgânicas e na possibilidade de acompanhamento das principais alterações. Sendo eles:^{4,9,12}

- **Hemograma;**
- **Hemocultura em sítios distintos;**
- **Coagulograma;**
- **Creatinina;**
- **Bilirrubinas totais e frações;**
- **Gasometria arterial;**
- **Lactato;**
- **Urina rotina e cultura;**
- **Função hepática;**
- **Cultura de secreção (caso aplique).**

Na aula Intervenções na Seps³, que se encontra disponível no Portal de Boas Práticas do IFF, há uma proposta de fluxograma de rastreamento e diagnóstico da seps, que também colocamos abaixo para conhecimento e utilização pelos serviços de atendimento obstétrico.

Figura 3 – Fluxograma do rastreamento e diagnóstico na suspeita de infecção



Acesse o conteúdo **Intervenções na Sepse Materna** no Portal Arca Fiocruz.

MANEJO CLÍNICO DOS QUADROS SÉPTICOS

O manejo clínico dos quadros sépticos requer a intervenção imediata da equipe assistencial com um conjunto de estratégias de cuidados, que compõem o pacote da nomeada hora dourada. As intervenções visam a correção de condições clínicas, que são ameaçadoras à vida e, que caso não corrigidas, potencializam a deterioração clínica da paciente.

O Pacote da 1ª Hora (hora dourada) inclui sumariamente, os seguintes procedimentos:^{3,9}

PACOTE DA 1ª HORA (HORA DOURADA) – SEPSE

- Acesso venoso calibroso.
- Coleta de exames laboratoriais (Provas de função de órgãos-alvo, que inclui os exames de avaliação sistêmica: Hemograma com plaquetas, Coagulograma, Creatinina, Bilirrubinas totais e frações, Gasometria arterial e Lactato arterial (quando disponível).
- Coleta das duas hemoculturas em sítios distintos antes da administração de antibióticos.
- Administração de antibióticos em até 1 hora do reconhecimento da sepse.
- Expansão volêmica - cristalóide (até 30 ml/kg) nas primeiras três horas de atendimento.
- Administrar, se necessário, vasopressor (noradrenalina) durante ou após a expansão volêmica para manter PAM \geq 65 mmHg.
- Monitorizar continuamente os sinais vitais, ou aferir os sinais vitais no máximo a cada 30 minutos: Temperatura, Pressão arterial, Frequência cardíaca, Frequência respiratória, Saturação de O₂, Estado mental.

O início do tratamento da primeira hora deve ser feito assim que a suspeita de sepse, baseada na anamnese e exame físico (sinais de infecção e disfunção orgânica) for aventada. Mesmo que não haja recurso para nada além do exame físico, é possível suspeitar e solicitar transferência para a unidade de referência, enquanto o tratamento é aplicado.

Para guiar as primeiras ações, recomenda-se o FAST-M⁹, adaptado para o Brasil:

Figura 4: Intervenções a serem realizadas na hora dourada: FAST-M Brasil⁹

FAST-M Brasil		Nome da paciente	Nome do profissional
		Data de nascimento e idade	Carimbo e assinatura
		Número de identificação	Data e horário do início do pacote
		Data e horário da suspeita de sepse	Data e horário do atendimento médico
F	Fluidos (Atenção em pré-eclampsia e anemia grave)		
	Data: <input type="text"/>	Hora início: <input type="text"/>	Carimbo e assinatura
A	Volume infundido: <input type="text"/> ml		Se não for atingido, relate o motivo:
	500ml de cristalóide imediatamente, repetir conforme necessário até 30ml/kg, nas primeiras 3 horas de atendimento		
A	ANTIBIÓTICOS		
	Data: <input type="text"/>	Hora início: <input type="text"/>	Carimbo e assinatura
S	Antibiótico administrado		Se não for atingido, relate o motivo:
	Siga o protocolo institucional de uso de antibióticos.		
S	SÍTIO PRIMÁRIO DE INFECÇÃO – Identificar e controlar		
	Data: <input type="text"/>	Hora investigação: <input type="text"/>	Carimbo e assinatura
T	Exames solicitados: () hemocultura () urocultura () RX tórax () imagem abdome () imagem pelve () secreção respiratória () LCR () outros		Se não for atingido, relate o motivo:
	Caso haja coleção, drenar tão logo seja possível. O tratamento cirúrgico não deve ser adiado para uso de antibióticos.		
T	TRANSPORTE SEGURO (para local na mesma instituição ou centro de referência)		
	Data e hora da caracterização da necessidade: <input type="text"/>	Data e hora da solicitação: <input type="text"/>	Carimbo e assinatura
M	Data e hora da saída da paciente: <input type="text"/>		Se não for atingido, relate o motivo:
	MONITORIZAÇÃO (iniciar MEOWS, se ainda não foi iniciado, repetir observações a cada 30 min ou menos, se necessário)		
M	Materno	Frequência respiratória: <input type="text"/> mm Temperatura: <input type="text"/> °C Frequência cardíaca: <input type="text"/> bpm	Neonatal () se começado
		Pressão arterial: <input type="text"/> mmHg Diurese: <input type="text"/> ml / <input type="text"/> h Estado mental: normal () não ()	
Início: Data: <input type="text"/> Hora: <input type="text"/> Carimbo e assinatura			
Se não for atingido, relate o motivo:			

A coleta das hemoculturas para microrganismos aeróbios e anaeróbios deve ser realizada antes da administração de antibióticos, mas sem atrasar o início do tratamento. Seu resultado é importante para auxiliar os profissionais na continuidade do tratamento clínico e ajuste de antimicrobianos diante do resultado microbiológico.^{1,9}

Os antibióticos devem ser iniciados dentro de 1 hora, sendo a base do manejo clínico da sepse. Cada hora de atraso na administração de antibióticos aumenta o risco de mortalidade.^{1,10}

O Quadro 5 sugere antibioticoterapia empírica inicial e exames laboratoriais específicos que devem ser solicitados conforme disponibilidade no serviço.

Quadro 5 – Antibioticoterapia empírica

Sítio	Exames complementares pedidos na admissão	Condições	Tratamento
Pneumonia comunitária	RX de tórax. Hemocultura duas amostras. Considerar infecção viral, testes de influenza e SARS-CoV-2.	Internada	<ul style="list-style-type: none"> ● Ampicilina-sulbactam 3 g IV 6/6h, ou; ● Amoxicilina-clavulanato 1 g IV 8/8h, ou; ● Ceftriaxona 2 g IV 24/24h com macrolídeo (Azitromicina 500 mg VO ou IV no primeiro dia, 250 mg nos 4d subsequentes ou Claritromicina 500 mg VO ou IV 12/12h). Se suspeita de influenza, acrescentar Oseltamivir VO ou IV 75 mg, 12/12h.
Pielonefrite	Urocultura e gram de gota. Hemocultura duas amostras.	Não gestante Gestante	<ul style="list-style-type: none"> ● Gentamicina IV 7 mg/kg/d. ● Ceftriaxona IV 2 g/d 10-14d.
Meningite	Líquor: bacterioscopia, cultura e látex. Hemocultura duas amostras. Contraímunoelctroforese (IAL) e PCR (IAL).	Diplococo Gram-negativo Gram-positivo, ou não realizado, ou sem resultado.	<ul style="list-style-type: none"> ● Penicilina cristalina 4.000.000 UI IV 4/4h por 7d. ● Ceftriaxona 2 g IV 12/12hs por 7d, até resultado de cultura, então, descalonar conforme o antibiograma.

Infecção de pele e partes moles, mastite	Se abscesso punccionar e enviar para cultura.	Internada	<ul style="list-style-type: none"> ● Oxacilina 2 g IV 6/6h, ou; ● Cefazolina 2 g IV 8/8h e Clindamicina 600 mg IV 6/6h.
Endocardite	Hemoculturas duas amostras imediatamente, coletar mais uma seis horas depois.	Válvula nativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Ampicilina 2 g IV 6/6h e gentamicina IV 7 mg/kg/d, se usuário de drogas injetáveis, ou porta de entrada, Oxacilina 2 g IV 4/4h.
Endometrite	Hemoculturas duas amostras. Culturas de aspirado endometrial/abscesso.	Internada	<ul style="list-style-type: none"> ● Clindamicina 600 mg IV 6/6h e Gentamicina 5-7 mg/kg/d IV 1x/d. Suspende antibioticoterapia após 48 horas afebril. <p>Em caso de insuficiência renal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ampicilina-sulbactam 3 g IV 6/6h, ou; ● Amoxicilina-clavulanato 1 g IV 8/8h.
Corioamnionite	Hemoculturas duas amostras. Culturas de aspirado amniótico e de placenta.	Internada	<ul style="list-style-type: none"> ● Ampicilina 1 g IV 6/6h e Gentamicina 5-7 mg/kg/d IV 1x/d. Suspende antibioticoterapia após 48 horas afebril. <p>Em caso de insuficiência renal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ampicilina-sulbactam 3 g IV 6/6h, ou; ● Amoxicilina-clavulanato 1 g IV 8/8h.

Infecção intra-abdominal	Hemoculturas duas amostras. Culturas de aspirado abscesso.	Internada	<ul style="list-style-type: none"> ● Ampicilina 1 g IV de 6 em 6 horas, Gentamicina 5-7 mg/kg/dose IV uma vez ao dia e Metronidazol 500 mg IV de 6 em 6 horas. Se gestante, ou insuficiência renal: <ul style="list-style-type: none"> ● Ampicilina-sulbactam 3 g IV 6/6h por 7d, ou; ● Amoxicilina-clavulanato 1 g IV 8/8h.
Diarreia ou disenteria	Hemoculturas duas amostras. Teste molecular para detecção de enteropatógenos, ou coprocultura.		<ul style="list-style-type: none"> ● Azitromicina VO 1 g por dia, por 3d, reavaliar com resultado do exame.

Outro ponto importante é que a ressuscitação volêmica deve ser iniciada se houver hipoperfusão induzida por sepse. Seu objetivo é produzir estabilidade hemodinâmica e evitar hipotensão (PAM < 65mmHg). A administração mínima recomendada, para ressuscitação inicial é de 30 ml/kg de cristaloides em 3 horas.^{1,9,10}

Por fim, no pacote da hora dourada, destaca-se o início do vasopressor durante ou após ressuscitação volêmica. Não se deve tolerar PAM < 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. A hipotensão é uma condição ameaçadora à vida, sendo fundamental iniciar o vasopressor, mesmo antes da reposição volêmica (garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica).^{1,9,10}

A medicação de primeira escolha como vasopressor é a noradrenalina/norepinefrina, que deve ser administrada de preferência por cateter venoso central. Nos casos em que a inserção do cateter venoso central não for possível, pode ser usado um acesso periférico calibroso para evitar atrasos no início da terapia.^{9,10}

A revisão laboratorial e a aplicação dos escore de alerta SOFA devem ser realizadas continuamente para a avaliação da regressão ou progressão do quadro, com especial atenção para os sinais que indicam choque séptico.

Na sequência da avaliação, o Ministério da Saúde recomenda a utilização do escore SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) para avaliação de disfunção orgânica. Caso a somatória do escore for igual ou maior que dois, confirma-se a presença de disfunção orgânica que, na suspeita ou confirmação de uma infecção subjacente, classificará o quadro como sepse.⁴

Quadro 6 – Escore SOFA para avaliação de disfunção orgânica⁴

Escore de SOFA	0	1	2	3	4
Respiração PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg) SaO ₂ /FiO ₂	>400	<400 221 -301	<300 142 - 220	<200 67 - 141	<100 <67
Coagulação Plaquetas 10 ³ / mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Fígado Bilirrubina (mg/dL)	<1,2	1,2 - 1,9	2,0 - 5,9	6,0 - 11,9	>12,0
Cardiovascu- lar Hipotensão	Sem hipoten- são	PAM <70	Dopamina ≤5 ou dobutamina (qualquer)	Dopamina >5 ou Norepinefri- na ≤0,1	Dopamina>15 ou Norepinefri- na >0,1
Sistema Nervoso Glasgow	15	13-14	10 - 12	6 - 9	<6
Renal Creatinina (mg/dL) ou débito urinário (mL/dia)	<1.2	1,2 - 1,9	2,0 - 3,4	3,5 - 4,9 ou <500 mL	>5,0 ou <200mL

A periodicidade de avaliação dependerá dos sinais apresentados pela usuária seguindo condutas clínicas preconizadas em cada serviço.

Após o término da hora dourada, a continuidade dos cuidados nas pacientes sépticas inclui, a avaliação rigorosa de sua evolução e resposta ao manejo inicial pelas

próximas 6 horas, o planejamento das futuras intervenções e a transferência para unidades de maior complexidade para o manejo da paciente crítica com destaque para as ações apresentadas no quadro a seguir.^{4,9}

- Reavaliações clínicas e continuidade terapêutica, segundas opiniões;
- Monitorização materna contínua dos sinais vitais, ou aferição de sinais vitais, no máximo, a cada 30 minutos: temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de O₂ e nível de consciência;
- Manutenção da administração de drogas vasopressoras se PAM < 65 mmHg;
- Redução da concentração de lactato sérico caso mantenha valores acima de > 4 mmol/l, com continuidade da expansão volêmica até 30 ml/kg;
- Checagem/solicitação de exames laboratoriais e imagem;
- Planejamento de desfecho de parto (em conjunto com equipe de neonatologia);
- Planejamento de intervenções cirúrgicas;
- Transferência para unidade de cuidado crítico (preferencialmente dentro das primeiras 6 h).

Quadro 7 - Itens para caixa de atendimento à sepse¹⁴

Para atendimento das mulheres com quadros sépticos é importante organizar os insumos/medicamentos em uma caixa, de modo a agilizar o atendimento. Abaixo segue modelo de caixa Kit para atendimentos aos quadros sépticos.

Item	Quantidade
Checklist (anexo 3)	01
Termômetro digital	01
Cateter Intravenoso (Jelco) nº 14	01
Cateter Intravenoso (Jelco) nº 16	01
Cateter Intravenoso (Jelco) nº 18	01
Torneirinhas 3 vias	02
Seringa descartável 20 ml	03
Seringa descartável 10 ml	05
Agulha descartável para aspiração	05
Scalp nº 21	01
Scalp nº 23	01
Agulha descartável nº 25X8	05
Seringa Gasometria	02
Tubo coleta tampa roxa	01
Tubo coleta tampa amarela	02
Tubo coleta tampa azul	01
Frasco de Hemocultura	02
Swab	02
Copo coletor estéril	02
Soro fisiológico 0.9% 10 ml	05
Solução Ringer Lactato 500 ml	02
Equipo descartável Simples	02

Mascara de Oxigênio com Reservatório	01
Frasco Umidificador de Oxigênio	01
Sonda Vesical de Demora	01
Coletor de urina estéril	01
Água Destilada 10 ml	01
Luvas Estéreis	02 pares
Atadura de Gazes Estéreis	02
Solução Clorexidina Aquosa	01
Eletrodos descartáveis	05
Luvas de procedimento	08 pares
Almotolia de álcool	01
Bolas de algodão	01

Autorizada reprodução por: Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-MATER. Protocolo do Núcleo de Segurança do Paciente (PRO NPS 003): Código Amarelo – Protocolo de Atendimento à Sepses em Adultos. Ribeirão Preto: Sistema Qualis de Gestão da Qualidade / Módulo Gestão de Documentos; 2021.

Kit de avaliação laboratorial de comprometimento sistêmico -**Sepse em Adultos**

(1 seringa heparinizada, 1 tubo amarelo, 1 tubo roxo, 1 tubo azul, 2 frascos de hemocultura, 2 frascos coletores de urina, 1 swab)

Seringa heparinizada	Gasometria e lactato
Tubo amarelo	Creatinina, bilirrubinas, PCR (proteína C reativa)
Tubo roxo*	Hemograma
Tubo azul	Coagulograma
Frasco de hemocultura**	Hemocultura
Copo coletor***	Urina 1 e urocultura
Swab****	Cultura de secreção

***Coletar 2 tubos roxos se houver necessidade de enviar lactato para laboratório externo;**

****Coletar 2 frascos em sítios diferentes**

*****Copos específicos para cada exame**

******Em caso de coleta de cultura de secreção**

Autorizada reprodução por: Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-MATER. Protocolo do Núcleo de Segurança do Paciente (PRO NPS 003): Código Amarelo – Protocolo de Atendimento à Sepsis em Adultos. Ribeirão Preto: Sistema Qualis de Gestão da Qualidade / Módulo Gestão de Documentos; 2021.

PONTOS FUNDAMENTAIS NO RECONHECIMENTO E TRATAMENTO DA SEPSE¹**Reconhecimento é fundamental**

- Mantenha sempre uma alta vigilância para a suspeita de sepse.
- Implemente uma ferramenta a ser utilizada de forma rápida e à beira do leito para detecção de sinais de deterioração materna.

Haja rapidamente durante a hora dourada para salvar vidas

- Implementar plano/protocolo de cuidados para a sepse que facilite as ações a serem realizadas.
- Estudos laboratoriais e radiológicos são fundamentais para a busca da etiologia e controle do foco da infecção.
- Conheça a origem provável da infecção. O estreptococo do grupo A pode matar rapidamente.
- Escolha antimicrobianos adequados ao provável diagnóstico.
- A ressuscitação volêmica com fluidos deve ser iniciada rapidamente para pacientes com dosagem de lactato superior a 4 mmol/L ou pressão arterial média <65 mmHg.

Além da hora dourada

- A intensificação dos cuidados é fundamental para a sobrevivência das pacientes.
- Assim que a paciente estiver estabilizada, investigue qual é a origem da infecção e inicie o tratamento específico.
- Devemos antecipar e prevenir eventos adversos na gestação.

FICA A DICA

- As infecções na gestação e puerpério são a terceira causa de morte materna no mundo.
- Torna-se necessário que os profissionais de saúde em todas as unidades que compõem a rede de atenção obstétrica estejam atentos aos sinais de infecção, estabelecendo cuidados imediatos para conter agravamentos clínicos.
- A sepse e o choque séptico são condições ameaçadoras da vida que devem ser prontamente identificadas para que sejam tomadas as condutas necessárias em tempo oportuno.
- A sepse materna é uma disfunção orgânica resultante de infecção ocorrida durante a gravidez, parto, pós-aborto ou período pós-parto.
- Sistemas de monitoramento das pacientes devem ser implementados nos serviços de atenção obstétrica para a identificação precoce de sinais que apontam para os processos infecciosos e situações de deterioração clínica que são sugestivos de quadros sépticos.
- Os escores de alerta buscam a identificação precoce de parâmetros que identificam a deterioração clínica e exigem da equipe assistencial a implementação de cuidados emergenciais sendo recomendada a utilização do MEOWS, SOFA.
- A hora dourada estabelece um conjunto de cuidados essenciais para a recuperação das pacientes sépticas e melhoria dos resultados adversos.

- A hora dourada é composta por um conjunto de cuidados prioritários: coleta de exames laboratoriais com atenção para o lactato; coleta das duas hemoculturas em sítios distintos; administração de antibióticos em até 1 hora; expansão volêmica cristalóide 30 ml/kg para hipotensão ou lactato ≥ 4 mmol/l e administração de vasopressor durante ou depois da expansão volêmica para manter PAM ≥ 65 mmHg.
- A antibioticoterapia deve ser guiada pelo possível sítio ocasionador da infecção e sua manifestação clínica.
- A manutenção dos cuidados intensivos após a hora dourada deve ser criteriosa com a avaliação da necessidade de transferência da paciente para uma unidade de cuidados intensivos.

PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 7

Cabe aos gestores

- Capacitar as equipes para o reconhecimento e manejo adequado aos quadros infecciosos/sepse.
- Pactuar protocolos integrados de cuidado e sustentados em evidências científicas às pacientes com quadros infecciosos/sepse e monitorar a adesão aos mesmos, com especial atenção à hora dourada.
- Garantir a disponibilidade das medicações necessárias para o atendimento emergencial dos casos de sepse.
- Pactuar serviços de referência para encaminhamento de pacientes críticas e transporte sanitário em tempo oportuno.
- Implantar o A&CR em obstetrícia e os escores de alerta MEOWS e SOFA.
- Monitorar os indicadores relacionados à infecção materna e seus desfechos.
- Criar estratégias para que os profissionais se atentem aos determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor e suas interfaces na assistência as mulheres.
- Acompanhar em conjunto com o SCIH e núcleos de segurança do paciente as usuárias com quadros infecciosos, analisando possíveis causas relacionadas à assistência.

- Implantar ações em conjunto com o SCIH para redução das infecções relacionadas à assistência no serviço.

Cabe aos profissionais de saúde

- Seguir o protocolo baseado em evidências científicas no atendimento das pacientes com quadros infecciosos.
- Identificar precocemente casos de infecção e aplicar em tempo oportuno os protocolos institucionais.
- Solicitar transferência dos casos críticos, quando necessário, após estabilização do quadro de sepse.
- Levar às instâncias superiores questões relativas à insuficiência de recursos para cumprimento dos protocolos institucionais de cuidado.
- Adotar Estratégias Antirracistas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Participar de treinamentos sobre infecção/sepse materna desenvolvidos na instituição.

REFERÊNCIAS

1. Shields A, de Assis V, Halscott T. Top 10 Pearls for the Recognition, Evaluation, and Management of Maternal Sepsis. *Obstet Gynecol.* 2021;138(2):289-304. doi: [10.1097/AOG.0000000000004471](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004471).
2. Bonet M, Souza JP, Abalos E, Fawole B, Knight M, Kouanda S, et al. The global maternal sepsis study and awareness campaign (GLOSS): study protocol. *Reprod Health.* 2018;15(1):16. doi: [10.1186/s12978-017-0437-8](https://doi.org/10.1186/s12978-017-0437-8).
3. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre Intervenções na Sepse Materna [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022 [acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-intervencoes-na-sepse-materna/>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.
5. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med.* 2021;47(11):1181-247. doi: [10.1007/s00134-021-06506-y](https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y).
6. Brasil. Portaria GM/GS nº 2.198, de 06 de dezembro de 2023. Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*[Internet]. 7 dez 2023 [acesso em 30 dez 2023];232:126. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.198-de-6-de-dezembro-de-2023-528577869>.
7. Galvão A, Braga AC, Gonçalves DR, Guimarães JM, Braga J. Sepsis during pregnancy or the postpartum period. *J Obstet Gynaecol.* 2016;36(6):735-43. doi: [10.3109/01443615.2016.1148679](https://doi.org/10.3109/01443615.2016.1148679).
8. Bonet M, Nogueira Pileggi V, Rijken MJ, Coomarasamy A, Lissauer D, Souza JP, et al. Towards a consensus definition of maternal sepsis: results of a systematic review and expert consultation. *Reprod Health.* 2017;14(1):67. doi: [10.1186/s12978-017-0321-6](https://doi.org/10.1186/s12978-017-0321-6). Erratum in: *Reprod Health.* 2018;15(1):6.
9. Cheshire J, Jones L, Munthali L, Kamphinga C, Liyaya H, Phiri T, et al. The FAST-M complex intervention for the detection and management of maternal sepsis in

low-resource settings: a multi-site evaluation. BJOG. 2021;128(8):1324-33. doi: [10.1111/1471-0528.16658](https://doi.org/10.1111/1471-0528.16658).

10. Foeller ME, Gibbs RS. Maternal sepsis: new concepts, new practices. Curr Opin Obstet Gynecol. 2019;31(2):90-6. doi: [10.1097/GCO.0000000000000523](https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000523).
11. WHO Global Maternal Sepsis Study (GLOSS) Research Group. Frequency and management of maternal infection in health facilities in 52 countries (GLOSS): a 1-week inception cohort study. Lancet Glob Health. 2020;8(5):e661-71. doi: [10.1016/S2214-109X\(20\)30109-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30109-1)
12. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Sepse Materna: sinais precoces de infecção [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/sepse-materna-sinais-precoces-de-infeccao/>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf.
14. SÃO PAULO (Estado). Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB nº 123, 28 de setembro de 2021. Diário Oficial do Estado: seção 1, São Paulo, n. 188, p. 32, 29 set. 2021. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2021/09/E_DL-CIB-123_280921.pdf. Acesso em: 14 mar. 2024.



10 PASSOS

DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA
REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

PASSO

8

Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado das **síndromes hemorrágicas** na gestação e puerpério

10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna

Passo 8 - Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado das **síndromes hemorrágicas** na gestação e puerpério

2024
2ª Edição

SUMÁRIO

TÓPICOS DE DESTAQUE	4
IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES.....	5
INTRODUÇÃO	7
CONCEITOS IMPORTANTES.....	12
CONDUTAS CLÍNICAS RECOMENDADAS	16
ASSISTÊNCIA HUMANIZADA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO.....	16
GESTAÇÃO ECTÓPICA.....	23
DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA.....	25
PLACENTA PRÉVIA	27
HEMORRAGIAS PUERPERAIS: PREVENÇÃO, IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DAS ANEMIAS	31
MANEJO ATIVO DO 3º PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO	32
CONDUTAS ASSISTENCIAIS NA VIGÊNCIA DE HPP	34
FICA A DICA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA	47
FICA A DICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	49
PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 8	51
REFERÊNCIAS.....	58

TÓPICOS DE DESTAQUE

1. **Garanta o reconhecimento e tratamento das anemias na gestação em todos os contatos com a mulher.**
2. **Garanta a implementação de ações essenciais na prevenção da hemorragia pós-parto e pós-abortamento como a estratificação de risco para sangramento, identificação do local de inserção da placenta/suspeita de acretismo, estimativa do volume de sangramento, a avaliação sistemática dos sinais vitais (incluindo o índice de choque) e a administração de ocitocina 10UI IM após desprendimento fetal para todas as parturientes.**
3. **Promova vigilância em ambiente controlado nas 02 primeiras horas de pós-parto para todas as puérperas com alto risco de sangramento.**
4. **Garanta a existência de uma caixa/kit de emergência com medicações e dispositivos de resgate para tratamento de hemorragia pós-parto: ocitocina, ergometrina, ácido tranexâmico, misoprostol, balão de tamponamento intrauterino.**
5. **Assegure-se de uma rede de suporte institucional para disponibilidade oportuna de hemocomponentes e transferência para centro de referência capaz de realizar procedimentos cirúrgicos de hemostáticos e eventual suporte de UTI obstétrica.**

IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES

1. Garanta o monitoramento dos sinais vitais, tônus uterino e volume do sangramento a cada 15 minutos na primeira hora após o nascimento em todas as puérperas, sendo esse tempo de vigilância de 2 horas para aquelas com alto risco de sangramento com registro adequado em prontuário.

2. Garanta a hora de ouro na HPP para o atendimento as mulheres com hemorragia.

"HORA DE OURO na HPP: consiste na recomendação do controle do sítio de sangramento, sempre que possível, dentro da primeira hora a partir do seu diagnóstico; ou pelo menos estar em fase avançada do tratamento ao final dessa hora."

3. Atenção para as Hemorragias de primeiro trimestre (abortamentos).

4. Atenção para as Hemorragias de segundo e terceiro trimestre (DPP e placentas prévias).

5. Atenção para as Hemorragias puerperais (identifique precocemente a causa da hemorragia com atenção aos 4 Ts (tônus, trauma, tecido e trombina)).

6. Capacite periodicamente a equipe assistencial baseada nas Recomendações Assistenciais para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Obstétrica, (Zero morte Materna por Hemorragia, OPAS/OMS).
7. Vincule os serviços a hemocentros com estratégias adequadas para recrutamento de doadores de sangue, articulação permanente de campanhas que mobilizem a sociedade civil para a causa.
8. Estabeleça protocolos assistenciais pactuados com toda a equipe.
9. Construa fluxogramas pactuados com todos os setores envolvidos com a assistência à mulher.

INTRODUÇÃO

As síndromes hemorrágicas, principalmente, a hemorragia puerperal, são responsáveis por um percentual importante das mortes maternas no Brasil e no mundo, sendo necessárias a organização e a adoção de estratégias de enfrentamento que contemplam ações para o seu correto diagnóstico, o estabelecimento de intervenções em tempo oportuno e a tomada de condutas assistenciais assertivas e resolutivas para a determinação de desfechos positivos em relação a este quadro.

As síndromes hemorrágicas na gestação e puerpério são classificadas em: (i) hemorragias da primeira e da segunda metade da gestação e (ii) hemorragias puerperais. Cada qual com sua característica em sinais e sintomas, incidência, possibilidades de complicação e intervenções terapêuticas adequadas.¹

Na última década, a ação de maior relevância para a organização da assistência a hemorragia puerperal, nas Américas e Caribe, foi a implementação, desde 2014, das Recomendações Assistenciais para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Obstétrica, (Zero morte Materna por Hemorragia), um guia prático elaborado pela OPAS/OMS e Centro LatinoAmericano para Perinatologia – Saúde das Mulheres e Reprodutiva (CLAP/SMR), com um sumário de recomendações a serem

implementadas pelos serviços de saúde materna para a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e o acompanhamento dos casos.²

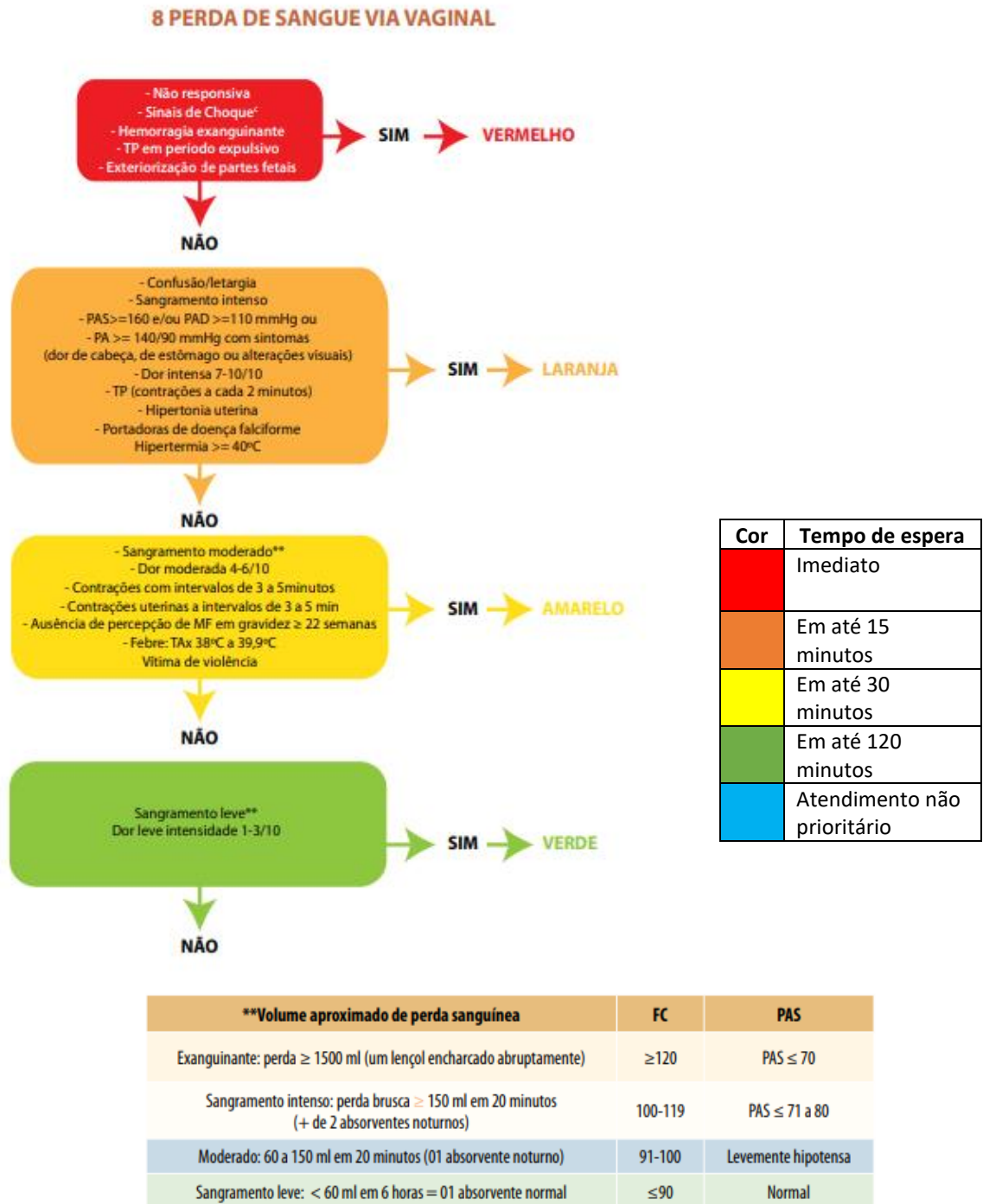
As linhas de ação para reduzir morte materna por hemorragia incluem:

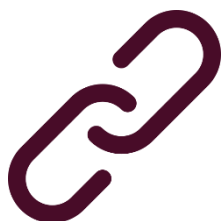
- o fortalecimento dos serviços de saúde;
- a eliminação das barreiras ao acesso;
- o treinamento da equipe assistencial para lidar com a hemorragia obstétrica;
- e a garantia de disponibilidade de medicamentos essenciais e sangue seguro para transfusões.

No que tange a assistência adequada, ressaltamos ações prioritárias a serem desenvolvidas na sala de parto e puerpério sustentados no tripé prevenção, diagnóstico e tratamento.^{1,2}

O Manual de Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em Obstetrícia estabelece o fluxograma de número 8 (Figura 1) para a classificação das pacientes com perda de sangue via vaginal, determinando qual a cor a usuária deve ser classificada diante dos sinais/sintomas e dos riscos eminentes de gravidade.³

Figura 1: Fluxograma 8 do Manual de A&CR em Obstetrícia³





**Acesse o Manual Acolhimento com
Classificação de Risco, 2017.**

Configura-se como outra ação preventiva, a estratificação da gestante do risco de hemorragia puerperal em alto, médio e baixo risco (Figura 2) durante a admissão na maternidade. Ao grupo classificado como alto risco é preciso estar preparado para quadros de sangramentos importantes e, obviamente, aumentar a monitorização neste grupo de pacientes e a disponibilidade de reservas de sangue.²

Figura 2: Estratificação do risco para Hemorragia Pós-Parto²

QUADRO 3. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO PARA HPP		
BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de cicatriz uterina ▪ Gravidez única ▪ ≤ 3 partos vaginais prévios ▪ Ausência de distúrbio de coagulação ▪ Sem história de HPP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cesariana ou cirurgia uterina prévia ▪ Pré-eclâmpsia leve ▪ Hipertensão gestacional leve ▪ Superdistensão uterina (Gestação múltipla, polidramnio, macrosomia fetal) ▪ ≥ 4 partos vaginais ▪ Corioamnionite ▪ História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica ▪ Obesidade materna (IMC > 35kg/m²) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placenta prévia ou de inserção baixa ▪ Pré-eclâmpsia grave ▪ Hematócrito < 30% + fatores de risco ▪ Plaquetas < 100.000/mm³ ▪ Sangramento ativo à admissão ▪ Coagulopatias ▪ Uso de anticoagulantes ▪ Descolamento prematuro de placenta ▪ Placentação anômala (acretismo) ▪ Presença de ≥ 2 fatores de médio risco



Acesse as recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica.

Atualmente, como estratégia preventiva, recomenda-se a identificação do sítio de implantação placentária em todas as gestantes com cicatriz uterina prévia, em especial, as com cesariana anterior, como forma de detecção precoce da ocorrência de casos de gravidez na cicatriz de cesariana e acretismo placentário.

CONCEITOS IMPORTANTES

O conhecimento dos profissionais de saúde das principais características que determinam os diferentes quadros de síndromes hemorrágicas na gestação e puerpério é fundamental para a correta tomada de condutas e a realização de tratamentos adequados pelos diferentes serviços de atenção.

As síndromes hemorrágicas são classificadas mediante as características do sangramento e a quantificação do volume perdido, a presença de sinais de instabilidade hemodinâmica a partir da avaliação contínua dos dados vitais e a avaliação/identificação dos possíveis critérios de gravidade em cada caso.

Nos Quadros 1, 2 e 3, descreveremos conceitualmente os principais fenômenos associados a síndromes hemorrágicas, sendo classificadas em hemorragias da primeira e segunda metade da gestação e as hemorragias de pós-parto, com base nos consensos nacionais e internacionais que regem a prática clínica cotidiana.

Quadro 1 – Definição conceitual das principais Síndromes Hemorrágicas da Primeira Metade da Gestação^{1,4,5,6,7}

Síndromes Hemorrágicas	Definição
Abortamento (Classificação geral)	Quando há gestação intrauterina não viável até 20-22 semanas ou peso fetal de menos de 500 g.
Gravidez ectópica	Quando a implantação e o desenvolvimento do blastocisto ocorrem fora da sede normal, ou seja, da grande cavidade corporal do útero. A localização mais frequente é a gravidez tubária (90% a 95% dos casos). Fatores de risco para a gravidez ectópica incluem antecedente de gravidez ectópica, uso de dispositivo intrauterino ou minipílula, reprodução assistida, infecção pélvica, infecções sexualmente transmissíveis e cirurgia tubária.
Mola Hidatiforme	Quando há gravidez caracterizada pela proliferação anormal, hiperplásica, das vilosidades coriônicas, tecido constituinte da placenta. Em decorrência dessa hiperplasia, apresenta produção elevada do hormônio gonadotrofina coriônica humana.

Quadro 2: Definição conceitual das principais Síndromes Hemorrágicas da Segunda Metade da Gestação^{1,8}

Síndromes Hemorrágicas	Definição
Placenta Prévia	É definida como a placenta, que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero, a partir da 22ª semana de gestação. É caracterizada por dor sincopal e lancinante na ruptura tubária. Pode ocorrer hemoperitônio, que acentua a dor a todo o abdome, com ocorrência de náuseas e vômitos.
Descolamento Prematuro de Placenta	É a separação intempestiva da placenta do seu sítio de implantação no corpo uterino antes do nascimento do feto, em uma gestação de 20 ou mais semanas completas.

Quadro 3: Definição conceitual das principais Síndromes Hemorrágicas Puerperais²

Síndromes Hemorrágicas	Definição
Hemorragia de Pós-Parto	É a perda sanguínea acima de 500 mL após parto vaginal ou acima de 1000 mL após parto cesariana nas primeiras 24 horas OU qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica.
Hemorragia Pós-Parto Maciça	É o sangramento nas primeiras 24 horas após o parto (por qualquer via) superior a 2000 mL OU que necessite da transfusão mínima de 1200 mL (4 unidades) de concentrado de hemácias OU que resulte na queda de hemoglobina $\geq 4\text{g/dL}$ OU em distúrbio de coagulação.

<p>Hemorragia de Pós-Parto Primária</p>	<p>É a hemorragia que ocorre nas primeiras 24 horas após o parto. Pode complicar 5% a 10% dos partos. As causas mais comuns são atonia uterina, acretismo placentário ou restos intracavitários, inversão uterina, lacerações e hematomas no trajeto do canal do parto e os distúrbios de coagulação congênitos ou adquiridos.</p>
<p>Hemorragia de Pós-Parto Secundária</p>	<p>É a hemorragia que ocorre após 24 horas, mas até seis semanas após o parto. É mais rara e apresenta causas mais específicas, tais como: infecção puerperal, doença trofoblástica gestacional, retenção de tecidos placentários, distúrbios hereditários de coagulação.</p>

Cabe ressaltar que todas as gestantes ou puérperas admitidas nos hospitais, com quadro de sangramento vaginal importante e/ou sinais de instabilidade hemodinâmica, devem ser imediatamente encaminhadas para o atendimento de emergência e consideradas como parte do grupo de Alto Risco para choque hipovolêmico. Tais pacientes devem ser monitorizadas rigorosamente e abordadas de forma agressiva com o intuito de controle do foco sangrante o mais rápido possível!^{2:11}

CONDUTAS CLÍNICAS RECOMENDADAS

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO

A assistência às mulheres em situação de abortamento deve ser pautada na integralidade do cuidado, compreendendo as necessidades de saúde em cada contexto, promovendo assistência individualizada, oportuna e mais adequada a cada situação clínica sustentada nas evidências científicas e nas recomendações nacionais.

Cabe ressaltar que os processos decisórios devem ser compartilhados com as mulheres com a apresentação dos riscos e benefícios de cada conduta terapêutica e promovendo espaço para a escuta de cada mulher acerca de seus medos, dúvidas e expectativas.

O modelo de atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento prevê uma rede integrada de cuidados com serviços de saúde, que mobilizem recursos para o acolhimento respeitoso, cuidados que contemplem a saúde física e mental, oferecimento de planejamento reprodutivo, integração com instâncias governamentais e não governamentais para a inclusão social e oferta de oportunidades para mulheres vulneráveis.⁴

Em um estudo decorrente dos dados da Pesquisa Nascer no Brasil II: Inquérito Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento, verificou-se que as mulheres pretas foram hospitalizadas mais por aborto do que as pardas e brancas.⁹ Um estudo baseado na Pesquisa Nacional do Aborto destaca que as mulheres negras encontram mais dificuldade em acessar os cuidados no pós-aborto, incluindo o medo de represálias ao buscar os serviços de saúde, assim, apresentam um maior risco de óbito relacionado ao aborto. Tais dados refletem a influência do racismo obstétrico vivenciado pelas mulheres negras, sinalizando aos gestores e profissionais da saúde um olhar mais cuidadoso e técnico para essa problemática. Sem perder de vista o exposto, seguimos com as descrições e condutas clínicas em relação ao aborto.¹⁰

O aborto pode ser classificado como não complicado quando a paciente está hemodinamicamente estável e sem sinais clínicos de infecção. O volume do sangramento com eliminação de coágulos ou membranas é estável, as cólicas podem variar de leves a graves, especialmente, durante a eliminação do tecido gestacional.¹

Já no aborto complicado por hemorragia, a paciente apresenta sangramento vaginal maciço com alteração de sinais vitais (taquicardia e hipotensão), anemia, levando à necessidade de transfusão sanguínea e esvaziamento uterino.¹

O aborto complicado por infecção, pode apresentar-se com dor a palpação abdominal e mobilização do colo uterino, presença de secreção purulenta, alterações de sinais vitais (taquicardia, febre e hipotensão).

Os profissionais de saúde devem sempre estar atentos aos sinais de choque séptico (ver **Passo 7 - Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros infecciosos na gestação**).¹

Acerca do exame clínico a ser realizado nas mulheres em abortamento, merece especial atenção:

- I. O exame especular para a avaliação do sangramento em volume, presença de material amorfo em canal vaginal e possíveis sinais de infecção.
- II. O toque vaginal e manobra bimanual para a avaliação da dilatação cervical e da sensação dolorosa que sugere infecção.^{1,4}

É importante a realização de Grupo Sanguíneo e Fator Rh e de hemograma para a avaliação de seguimento da perda volêmica e anemia. As sorologias para o HIV, Sífilis e Hepatite B também são recomendadas com estratégia para o rastreamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis.^{1,8}

A ultrassonografia transvaginal é recomendada para a visualização do saco gestacional, vesícula vitelínica, embrião e detecção dos batimentos cardíacos fetais quando possível e dependendo da idade gestacional. No entanto, na presença de

sangramento vaginal ativo e sinais de gravidade materna não se deve condicionar a realização do exame para a tomada de condutas clínicas.⁴

As principais condutas assistenciais a serem realizadas são: o manejo conservador, a utilização do misoprostol, a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) e a realização da curetagem uterina.^{1,4}

O quadro 4 traz de forma resumida a indicação de cada procedimento mediante ao quadro clínico apresentado e iminentes sinais e sintomas, riscos de complicações.

Quadro 4 – Principais indicações terapêuticas para as mulheres em situação de abortamento^{1,4}

Procedimento	Indicação
Conduta expectante	Consiste em aguardar a eliminação espontânea do produto conceptual. As mulheres são geralmente orientadas a esperar duas semanas para que haja a expulsão com produto da concepção, mas a conduta pode ser mantida por mais tempo se não houver sinais de infecção. É recomendada a avaliação da paciente a cada uma ou duas semanas, até o completo esvaziamento uterino, que pode ser confirmado por sinais clínicos e ultrassonografia transvaginal.

Misoprostol	<p>Indicado para pacientes com contraindicação cirúrgica ou que desejam evitar manipulação da cavidade uterina e optam pelo uso de medicamentos.</p> <p>A Figura 3 apresenta a dose recomendada do medicamento.</p>
Esvaziamento uterino cirúrgico	<p>É indicado nos casos de sangramento excessivo, instabilidade hemodinâmica, sinais de infecção, comorbidades cardiovasculares ou hematológicas e nas que o manejo conservador não foi bem-sucedido.</p> <p>Indicado o preparo cervical com misoprostol, em paciente com colo uterino fechado, 400mcg via vaginal, dose única, 4 a 6 horas antes do procedimento cirúrgico.</p> <p>AMIU</p> <p>Deve ser utilizada em gestações com menos de 12 semanas, em função do tamanho uterino, pois há necessidade de o colo uterino ser justo à cânula para que</p>

o vácuo seja transferido da seringa para a cavidade uterina.

Nos casos de abortamento infectado a AMIU é a técnica recomendada.

Curetagem

Nas gestações superiores a 12 semanas deve-se promover a indução farmacológica com misoprostol. Então, após a expulsão fetal, faz-se a curetagem uterina.

Figura 3 – Dose recomendada de misoprostol¹

Tabela de Dosagem Misoprostol		Tratamentos Recomendados 2023				FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics the Global Voice for Women's Health
<12 semanas	13-17 semanas	18-24 semanas	25-27 semanas	≥28 semanas	Uso Pós-Parto	
Aborto Induzido Misoprostol 800 µg BU/SL/PV a cada 3 horas até a expulsão ¹	Aborto Induzido Misoprostol 400 µg a cada 3 horas até a expulsão BU/SL/PV ⁴	Aborto Induzido Misoprostol 400 µg a cada 3 horas BU/SL/PV até a expulsão ⁴	Aborto Induzido Misoprostol 200 µg a cada 4 horas BU/SL/PV até a expulsão ^{4,6}	Aborto Induzido Misoprostol 25-50 µg a cada 4 horas PV ⁸ OU Misoprostol 50-100 µg a cada 2 horas PO ^{8,8}	Profilaxia da Hemorragia Pós-parto (HPP) Misoprostol 600 µg SL x 1	
Aborto Retido/ Gravidez Anembrionária Misoprostol 800 µg BU/SL/PV a cada 3 horas até a expulsão ¹	Aborto Retido Misoprostol 400 µg a cada 3 horas BU/SL/PV até a expulsão ⁴	Morte Fetal Misoprostol 400 µg a cada 3 horas BU/SL/PV até a expulsão ⁴	Morte Fetal Misoprostol 200 µg a cada 4 horas BU/SL/PV até a expulsão ⁴	Morte Fetal Misoprostol 25-50 µg a cada 4 horas PV ⁹ OU Misoprostol 50-100 µg a cada 2 horas PO ⁵	Tratamento da Hemorragia Pós-parto (HPP) Misoprostol 800 µg SL x 1	
Aborto Incompleto Misoprostol 400 µg SLx1 Misoprostol 600 µg PO x1 misoprostol 800 µg BU x 1 dose ⁴	Aborto Incompleto Misoprostol 400 µg a cada 3 horas BU/SL	Aborto Incompleto Misoprostol 400 µg a cada 3 horas BU/SL	Indução do Trabalho de Parto Misoprostol 25-50 µg a cada 4 horas PV ^{6,7} OU Misoprostol 50-100 µg a cada 2 horas PO ^{5,6,7}	Indução do Trabalho de Parto Misoprostol 25-50 µg a cada 4 horas PV ^{6,7} OU Misoprostol 50-100 µg a cada 2 horas PO ^{5,6,7}		
Preparo Cervical Antes da Aspiração Não é necessário ²	Preparo Cervical Antes da Aspiração Misoprostol 400 µg 1-2 h BU/SL/PV antes do procedimento ³	Preparo Cervical antes de D&E (recomenda-se o uso de múltiplas modalidades) Dilatadores Osmóticos 1-2 dias antes e Misoprostol 400 µg BU/SL/PV 1-2 horas antes do procedimento	LEGENDA: Bucal (BU) Sublingual (SL) Por Via Vaginal (PV) Por Via Oral (PO) Dilatação e Evacuação (D&E)			

REFERÊNCIAS:

- <12 semanas induzidas e o aborto retido podem ser autogeridos em casa (no Brasil, o misoprostol está disponível somente para uso hospitalar).
- Considerar o uso de 400 µg de misoprostol 1-2 horas antes do procedimento em pacientes < 17 anos de idade.
- Considerar o uso de Dilatadores Osmóticos em pacientes com <17 anos ou em pacientes com colo estenótico.
- Dosagem baseada nas Diretrizes da Sociedade de Planejamento Familiar (2011, 2013). Uma revisão sistemática abrangente e metanálise publicada em 2020.
- Dosagem baseada no Cochrane Database Syst Rev. (CD014484) publicado em 2021.
- O Misoprostol Bucal e Sublingual não é recomendado para indução do trabalho de parto com gestações viáveis, está associado a maior taquissístolia e sofrimento fetal.
- Não há evidências fortes para a dosagem de misoprostol para essa indicação nessa idade gestacional.
- Cardioplemia fetal induzida deve ser considerada para aborto induzido após viabilidade fetal.

OBSERVAÇÕES:

- A via SL/PO está associada a mais efeitos colaterais.
- Evite a via vaginal se houver sangramento vaginal.
- Misoprostol é seguro abaixo de 28 semanas MESMO com histórico de Parto Cesáreo.
- Misoprostol não é recomendado em mulheres ≥28 semanas de idade gestacional com um Parto Cesáreo anterior.
- Não existe dose máxima de misoprostol. Se um aborto não estiver completo após 5 doses, você pode continuar doses adicionais ou descansar por 12 horas e começar de novo.
- O misoprostol não é contraindicado em multiparas.
- A aspiração de rotina após o aborto medicamentoso não é necessária ou recomendada.

Consulte atualizações em www.who.org

Obs: No Brasil não há a disponibilidade do misoprostol para uso por via oral.



Imprima a figura Dose recomendada de misoprostol.¹

O manejo da dor deve ser oferecido a todas as mulheres. Principalmente, durante a passagem dos restos ovulares pelo canal cervical, sendo indicado o uso de anti-inflamatórios não esteroides, podendo também ser utilizado fentanil, morfina, petidina, ou anestesia regional.^{1,4}

GESTAÇÃO ECTÓPICA

Aproximadamente 1% a 2% das gestações ocorrem de forma ectópica. Sendo tubária em 98,3%, abdominal em 1,4%, ovariana em 0,15% e cervical em 0,15% dos casos.¹¹

O diagnóstico da gestação ectópica deve ser realizado o mais precoce possível e o tratamento da intercorrência é essencialmente cirúrgico, sendo necessária a definição de qual local o feto está localizado. Em 90-95% dos casos sua localização é tubária.

No exame físico da mulher com gestação ectópica rota, destacam-se os seguintes sinais que podem caracterizar o estado hipovolêmico: palidez cutâneo-mucosa sem perda sanguínea visível, taquicardia e hipotensão arterial, reação peritoneal, descompressão brusca dolorosa e diminuição de ruídos hidroaéreos intestinais.¹ No exame especular há abaulamento do fundo de saco posterior com intensa dor. O útero apresenta-se ligeiramente aumentado e amolecido.

O diagnóstico ultrassonográfico pode se tornar complementar para a correta localização do feto. No entanto, cabe destacar que, nos casos de gravidez ectópica rota, o diagnóstico é, essencialmente, clínico para que não haja a perda de tempo na tomada de condutas essenciais para a preservação da vida materna.¹

O ultrassom transvaginal pode visualizar o saco gestacional intrauterino com cinco semanas de atraso menstrual. À suspeita de gestação ectópica, o exame pode

apresentar presença de massa anexial extraovariana, que deve ser caracterizada conforme o seu aspecto (hematossalpinge, anel tubário e embrião vivo), além de ausência de sinais de gravidez intrauterina. Nos casos de gravidez ectópica rota é frequente o achado de líquido livre na cavidade peritoneal.¹

A conduta expectante na gestação tubária íntegra é possível na ausência de dor, sangramento genital e sangramento abdominal. Deve-se realizar a dosagem seriada de β HCG sendo os níveis iniciais abaixo de 1.000 mUI/ml. Deve-se monitorar a paciente a cada 48 horas com hematócrito e ultrassonografia transvaginal até a negatificação da dosagem de β HCG.¹¹ Se os níveis de β HCG persistirem ou elevarem a paciente deve ser tratada com metotrexato ou cirurgia.^{1,11}

Nos casos de rotura tubária, é realizada a cirurgia, de salpingectomia ou a salpingostomia por via laparotômica ou laparoscópica. A via laparoscópica é a primeira escolha nos casos de gravidez ectópica íntegra. Nos casos de gestação ectópica em demais estruturas pélvicas, avaliar o procedimento a ser realizado, em casos específicos solicitar suporte e avaliação de outros profissionais a exemplo do cirurgião geral.

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

O Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) é considerado uma emergência obstétrica que requer ação imediata dos profissionais de saúde para a detecção da vitalidade fetal e a escolha da condução clínica mais assertiva visando o bem-estar materno e neonatal.

Apresentamos, no Quadro 5, a proposta de uma classificação para a DPP que avalia as características apresentadas pela gestante e a vitalidade do conceito.

Quadro 5 – Classificação clínica para o DPP^{13,14}

Parâmetros	Grau 1 Leve	Grau II Intermediário	Grau III Grave	
			III A	III B
Hipertonia uterina	Não	Sim	Sim	Sim
Concepto	Vivo	Vivo	Morto	Morto
Diagnóstico	Retrospectivo	Clínico	Clínico	Clínico
Coagulopatia	Não	Não	Não	Sim

As condutas assistenciais a serem tomadas requerem medidas gerais, como: a internação imediata da mulher, o estabelecimento do cateterismo vesical de demora, a administração de oxigênio por máscara, a reposição volêmica, a revisão laboratorial

criteriosa com solicitação de hemograma e coagulograma para avaliar possíveis distúrbios de coagulação e a reserva de sangue e derivados.^{13,14}

Com relação às condutas obstétricas, quando o feto apresenta batimentos presentes o parto deve ser realizado pela via mais rápida possível, sendo a operação cesariana a conduta preferencial, ou por via baixa, com o emprego do fórceps, se em período expulsivo. Estando o concepto morto, utilizar a via de parto que for mais segura para a mãe, preferencialmente, o parto vaginal.¹³

Na presença da complicação Útero de Couvelaire, só realizar histerectomia (subtotal) se não houver resposta contrátil do útero após a administração de uterotônicos e realização de suturas hemostáticas. Se não há resposta contrátil, não adiar a decisão de histerectomia subtotal.

Na presença instabilidade hemodinâmica, de distúrbios da hemocoagulação e coagulação intravascular disseminada, considerar a necessidade de infusão de hemocomponentes.^{13,14}

PLACENTA PRÉVIA

A realização de ultrassonografia transvaginal permite a verificação da localização placentária e sua relação com o orifício interno do colo uterino. O quadro 6 apresenta uma classificação dos tipos de placenta prévia.

Quadro 6 – Classificação dos tipos de placenta prévia¹

Classificação	Descrição da placenta
Centro-total ou completa	Recobre totalmente o orifício interno
Centro-parcial ou parcial	Recobre parcialmente o orifício interno
Marginal	A borda placentária atinge a borda do orifício interno
Lateral ou baixa	Implantação no segmento inferior, sem atingir o orifício interno

As condutas assistenciais acerca da placenta prévia dependerão do seu local de implantação em relação ao colo uterino, da idade gestacional apresentada pela paciente e condições do feto, pelo volume de sangue perdido e na presença ou não de sinais de instabilidade hemodinâmica.

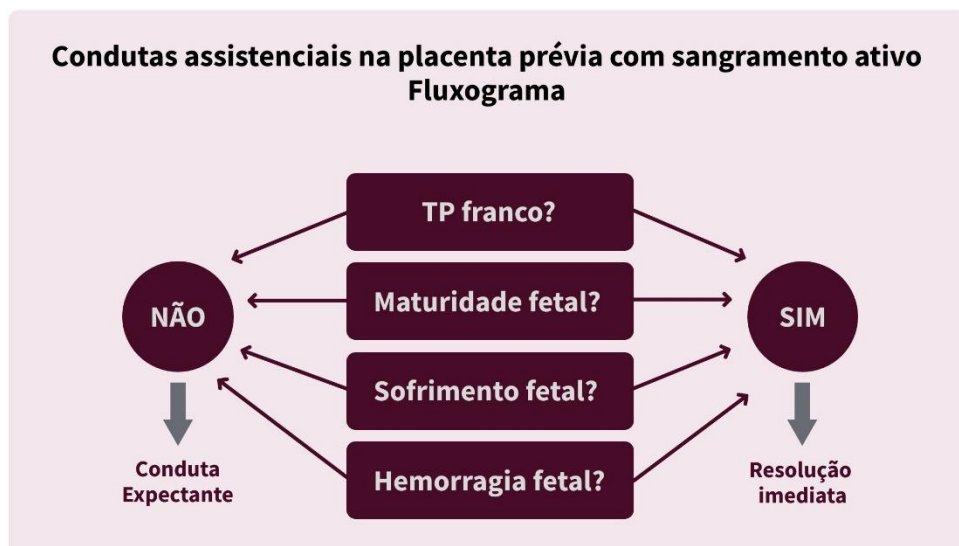
Na vigência de sangramento ativo¹:

1. Obter dois acessos venosos calibrosos;

2. Reposição de volume para manter a estabilidade hemodinâmica e débito urinário acima de 30 mL/h;
3. Vigilância dos sinais vitais a cada hora, ou a intervalos menores;
4. Reserva de sangue para reposição, se necessário;
5. Exames laboratoriais complementares incluem: tipagem sanguínea, hemograma completo, avaliação de função renal pela ureia e creatinina, e coagulograma.

As condutas obstétricas podem ser resumidas na Figura 5.

Figura 5 – Condutas assistenciais na Placenta Prévia¹



Fonte: Nomura, 2021

No contexto dos sangramentos gestacionais, destacamos o acretismo placentário como uma ocorrência geradora de complicações gestacionais e que associado a placenta prévia aumentam a morbidade e mortalidade materna.^{1,2}

O acretismo placentário é classificado como¹:

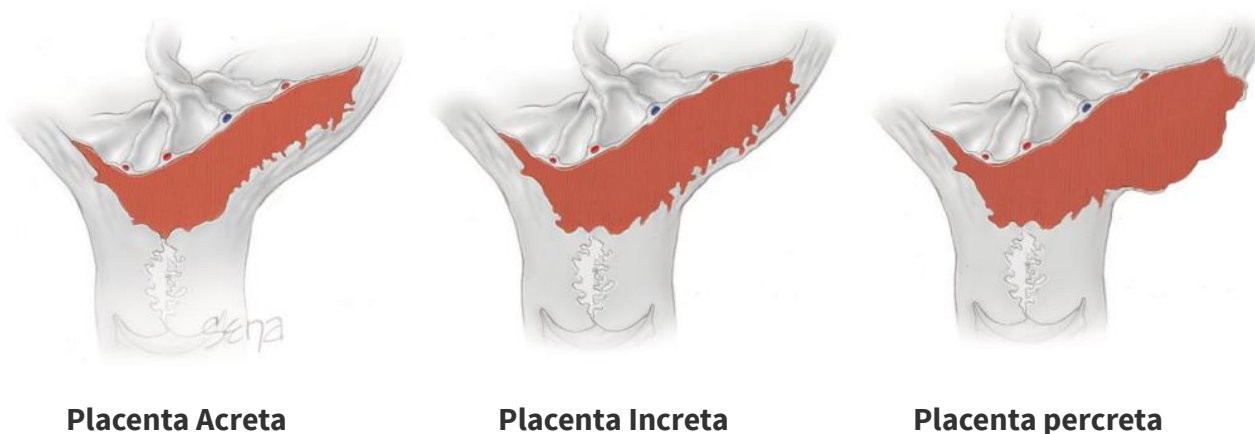
Quadro 7 - Definições de Acretismo Placentário^{13,14}

Classificação	Característica
Placenta acreta	A placenta adere-se diretamente ao útero sem a interposição da decídua basal.
Placenta increta	A placenta invade o miométrio, mas não atravessa a camada serosa.
Placenta percreta	A placenta penetra toda a parede uterina, crescendo potencialmente para dentro da bexiga ou no intestino.

Há uma sugestão de rastreio da posição placentária, ainda no pré-natal, nas gestantes com cirurgias uterinas prévias, principalmente, a cesariana. Nos casos suspeitos de placenta prévia, recomenda-se o encaminhamento das gestantes ao manejo no alto risco com a abordagem em centro, que tenha estrutura para o atendimento a esses casos.^{1,2}

Gestantes com acretismo são mais propensas a sangramento/hemorragias havendo maior necessidade de transfusões de sangue, histerectomia pós-parto, ligaduras arteriais ou embolização dos vasos pélvicos e morte.^{1,2}

Figura 6 - Placenta prévia total com acretismo¹⁴



Fonte: Cunningham, 2021

HEMORRAGIAS PUERPERAIS: PREVENÇÃO, IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DAS ANEMIAS

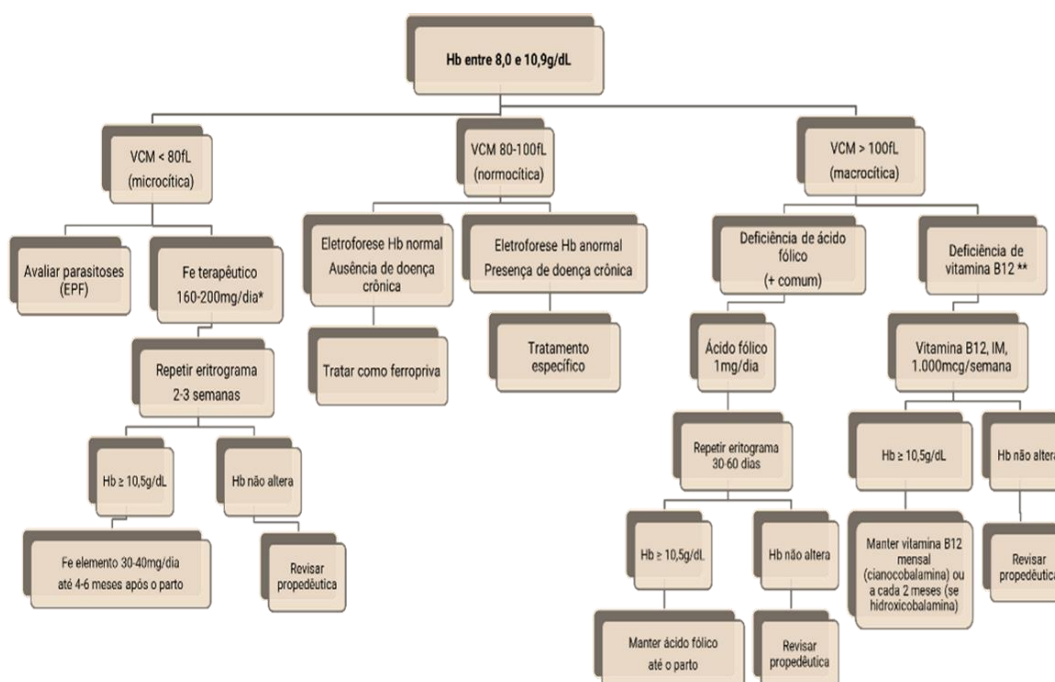
A identificação das anemias, durante o pré-natal, torna-se uma estratégia para a prevenção das hemorragias puerperais. O Ministério da Saúde recomenda a realização de um hemograma no primeiro trimestre e sua repetição no terceiro trimestre nas gestantes de baixo risco obstétrico.^{1,8}

Quadro 8- Etiologia mais comuns das anemias na gestação¹

Anemias adquiridas	Anemias hereditárias
Anemias por deficiência <ul style="list-style-type: none"> ▪ de ferro ▪ de ácido fólico ▪ de vitamina B12 	Hemoglobinopatias <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anemia falciforme (Hemoglobinopatia SS) ▪ Hemoglobinopatia SC ▪ S-β-talassemia
Anemia por hemorragia	Talassemias
Anemia hipo/aplástica	Anemias hemolíticas hereditárias
Anemia hemolítica adquirida	
Anemia secundária à doença crônica	

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS

As gestantes que apresentarem alguma anormalidade no hemograma, que classifique anemia gestacional, devem ser tratadas segundo o protocolo estabelecido e acompanhada com a repetição do exame e condutas assistenciais adequadas. A Figura 7 apresenta o fluxograma recomendado para o acompanhamento da gestante.

Figura 7 – Interpretação e tratamento da anemia leve na gestação¹

Fonte: Autoria própria.

MANEJO ATIVO DO 3º PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

O Manejo ativo do 3º período do trabalho de parto é mundialmente reconhecida como a principal estratégia para prevenção do evento HPP a ser realizado em todas as puérperas. As ações preconizadas, segundo o protocolo da OMS/OPAS, consistem²:

1. Todas as pacientes no pós-parto devem receber ocitocina profilática. Deve utilizar 10 unidades de Ocitocina intramuscular após o desprendimento fetal no pós-parto imediato.

2. Realizar o Clampeamento de cordão umbilical após o 1º minuto de nascimento de recém-nascidos a termo, exceto se houver contraindicações.
3. Tração controlada do cordão umbilical em que se realiza a ligadura do cordão umbilical com uma pinça anatômica próximo ao períneo. Segura-se o cordão clampeado com uma das mãos e realiza-se, concomitantemente a manobra de Brandt-Andrews com a outra mão (para estabilização uterina). Essa manobra só deve ser realizada por profissional habilitado, para evitar o risco de inversão uterina.
4. Observação rigorosa da puérpera no quarto estágio do trabalho de parto (nas primeiras 2 horas de puerpério) com avaliação do tônus uterino a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas.
5. A promoção do contato pele a pele entre mãe e filho por pelo menos uma hora.

Outras medidas recomendadas para a prevenção de HPP são o uso racional de ocitocina durante a assistência ao trabalho de parto, a não realização da manobra de Kristeller e a não realização de episiotomia rotineira. Nas Recomendações Assistenciais para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Obstétrica, (Zero morte Materna por Hemorragia, OPAS/OMS), há uma proposição de medidas preventivas baseada na estratificação do risco. Apresentamos no quadro 9 tais recomendações.

Quadro 9 – Estratégias preventivas para HPP baseadas na estratificação de risco²

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
Manejo ativo do 3º estágio.	Manejo ativo do 3º estágio.	Manejo ativo do 3º estágio.
Observação rigorosa por 1-2 horas.	Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado*.	Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado*.
Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta.	Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta.	Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta.
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação; • Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16G); • Tipagem sanguínea; • Hemograma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação; • Acesso venoso periférico (Jelco 16G); • Tipagem sanguínea; • Hemograma; • Prova cruzada; • Reserva de sangue (2 bolsas de Concentrado de Hemácias);

CONDUTAS ASSISTENCIAIS NA VIGÊNCIA DE HPP

O estabelecimento da Hora de Ouro, para o controle das hemorragias de pós-parto, tornou-se uma medida importantes a ser adotada por todos os serviços de atenção obstétrica no Brasil e no mundo.^{2,5}

Para assistência às mulheres no contexto da hemorragia de pós-parto a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde estabeleceram as "Recomendações Assistenciais para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemor

ragia Obstétrica” com um sumário de recomendações a ser adotados por todos os países para assistência adequada, segura, baseada em evidência e em tempo oportuno das puérperas que passam pelo evento.

Faz parte da Hora de Ouro nas Hemorragias de Pós-parto o controle precoce do sítio hemorrágico dentro da primeira hora a partir do seu diagnóstico por meio da abordagem precoce, agressiva, eficiente, organizada e sem atrasos, evitando a tríade letal do choque hemorrágico (hipotermia, acidose e coagulopatia).¹⁵

Como estratégia inicial para o controle da HPP, é necessário o diagnóstico correto da causa, sendo utilizado mundialmente o Mnemônico dos “4 Ts” que se refere ao: tônus, trauma, tecido e trombina. O quadro 10 apresenta as principais causas e o seu percentual de ocorrência.²

Quadro 10 – Principais causas de HPP baseadas no mnemônico “4 Ts”²

“4Ts”	Causa específica	Frequência relativa
TÔNUS	Atonia Uterina	70%
TRAUMA	Lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina	19%
TECIDO	Retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário	10%

TROMBINA	Coagulopatias congênitas ou adquiridas, uso de medicamentos anticoagulantes	1%
----------	---	----

Para todas as causas de HPP, é fundamental a estimativa da perda sanguínea, para a tomada de condutas assistenciais para a reposição volêmica e o planejamento quanto à possibilidade de utilização de hemocomponentes.

Uma recomendação indicada para a estimativa, é a utilização da pesagem das compressas, campos, lençóis sujos de sangue e a utilização da seguinte regra:

$$\text{Perda sanguínea estimada (ml)} = \text{Peso dos materiais sujos de sangue (g)} - \text{Peso dos materiais secos (g)}$$

1 mL de sangue equivale 1 grama de peso

Outro recurso que pode ser utilizado, são os dispositivos coletores, que oferecem uma melhor estimativa da perda sanguínea por recolherem o sangue perdido e possuírem marcações para a quantificação do volume perdido.

Para o acompanhamento da puérpera com HPP, o monitoramento permanente dos dados vitais torna-se fundamental, para avaliação dos sinais precoces como taquicardia e hipotensão que podem evidenciar a evolução para um choque hipovolêmico que caracteriza estado de gravidade. A recomendação é que a paciente

esteja monitorizada durante toda a assistência prestada com monitor multiparâmetros de preferência.

O cálculo do Índice de Choque (IC), recomendado pela OPAS², é um parâmetro clínico que reflete o estado hemodinâmico sendo útil para prever a necessidade de transfusão maciça.

O IC parece ser um marcador de instabilidade hemodinâmica mais precoce do que os marcadores tradicionais isoladamente (tais como frequência cardíaca e pressão arterial).²

$$\text{IC} = \frac{\text{FC (Frequência cardíaca)}}{\text{PAS (Pressão arterial sistólica)}}$$

Valores ≥ 0.9 em puérperas com HPP sugerem perda sanguínea significativa

QUADRO 8. ÍNDICE DE CHOQUE NA HPP: VALOR, INTERPRETAÇÃO E CONSIDERAÇÕES NA ABORDAGEM

ÍNDICE DE CHOQUE = FREQUÊNCIA CARDÍACA/PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA

VALOR	INTERPRETAÇÃO	CONSIDERAR/AVENTAR
≥9	Risco de Transfusão	Abordagem agressiva Transferência Hemotransfusão
≥1,4	Necessidade de terapêutica agressiva com urgência	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de Transfusão maciça
≥1,7	Alto Risco de resultado materno adverso	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de transfusão maciça

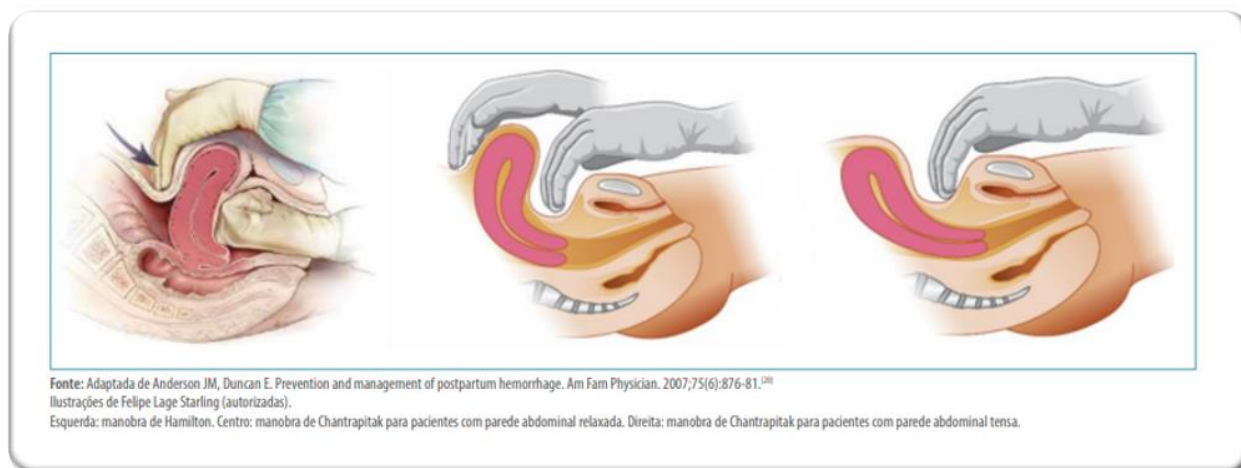


Imprima o quadro Índice de choque.

Para o tratamento da HPP, são utilizadas abordagens medicamentosas, tratamento não cirúrgico e cirúrgico sendo cada um determinado pela causa apresentada e a gravidade do quadro clínico da puérpera. As medicações utilizadas incluem: medicações uterotônicas (ocitocina, metilergometrina e misoprostol) e o ácido tranexâmico.

As abordagens não cirúrgicas incluem: a utilização da Manobra de Hamilton e a Chantrapitak que consistem em manobras de compressão uterina bimanual a ser realizada nos casos de atonia uterina, enquanto os profissionais aguardam o efeito das medicações uterotônicas.¹⁵

Figura 8 - Manobra de Hamilton e Chantrapitak¹⁵



Outras medidas são o uso do Balão de tamponamento intrauterino (BTI) e o Traje antichoque não-pneumático (TAN) em obstetrícia.²

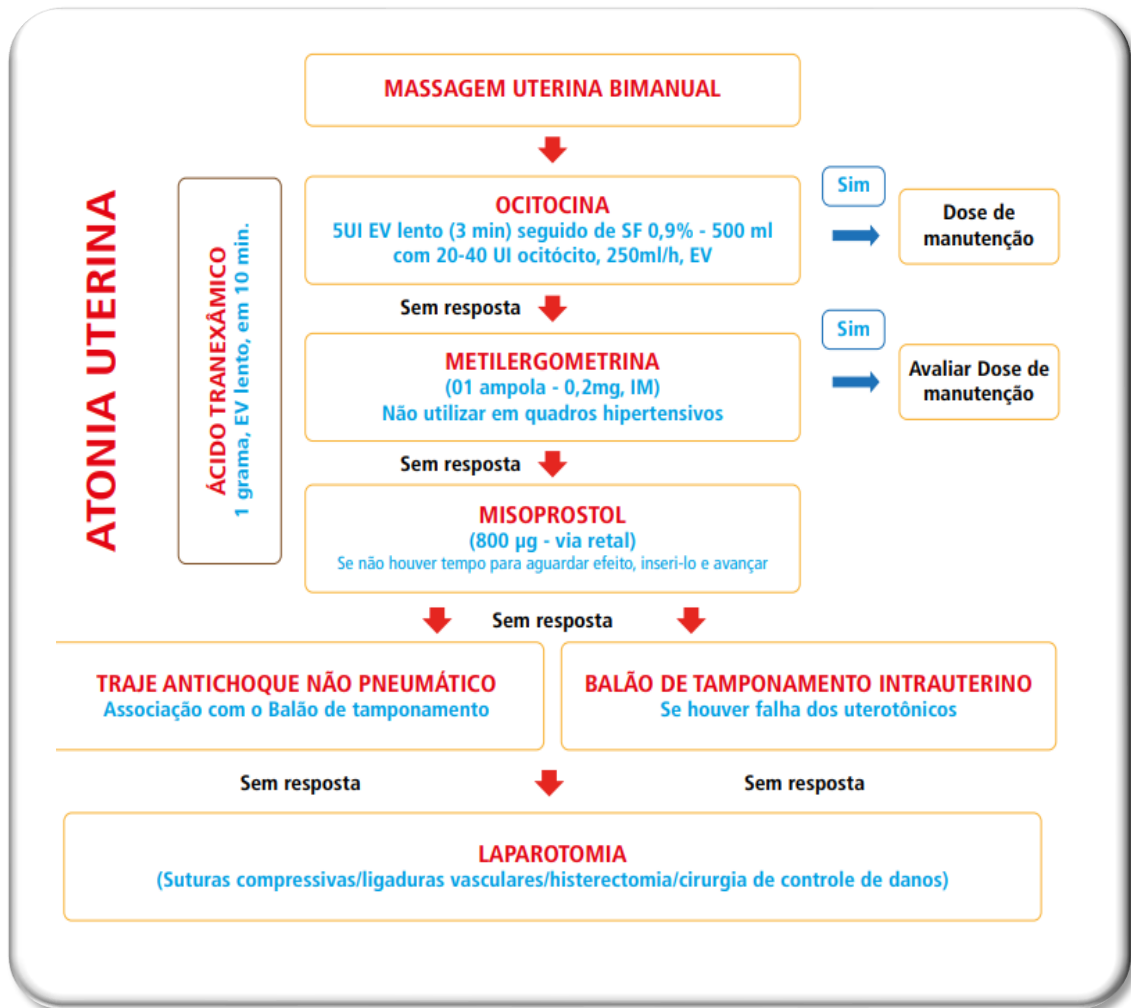
O BTI está indicado nos quadros de atonia, quando o tratamento medicamentoso falhou. É recomendado um período de permanência, no máximo, 24 horas, podendo ser utilizado com TAN e/ou as suturas compressivas.

O TAN, é uma vestimenta feita de neoprene (com fixadores em velcro), que recobre a paciente do tornozelo ao abdome, realizando uma pressão de aproximadamente 20-40 mmHg nas partes inferiores do corpo, o que promove um redirecionamento do sangue para as regiões mais superiores do organismo (tais como cérebro, coração e pulmão) e pode determinar redução do ritmo da perda sanguínea (por reduzir o aporte sanguíneo para o sítio da lesão).²

O tratamento cirúrgico é utilizado quando houver falha do manejo medicamentoso e das outras estratégias não cirúrgicas. Sendo as abordagens mais utilizadas: as suturas compressivas (B-Lynch, de Hayman e de Cho), suturas vasculares (a ligadura artérias uterinas, as artérias ovarianas e as artérias ilíacas internas) e a histerectomia subtotal.²

Para cada causa de hemorragia os protocolos recomendam uma estratégia para sua correta abordagem e tratamento mediante as suas especificidades. Para facilitar a tomada de decisão, apresentamos o resumo das principais condutas a serem adotadas como foram apresentadas nas "Recomendações Assistenciais para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Obstétrica, (Zero morte Materna por Hemorragia). Os fluxogramas abaixo são os mesmos apresentados no guia da OMS/OPAS.²

TÔNUS

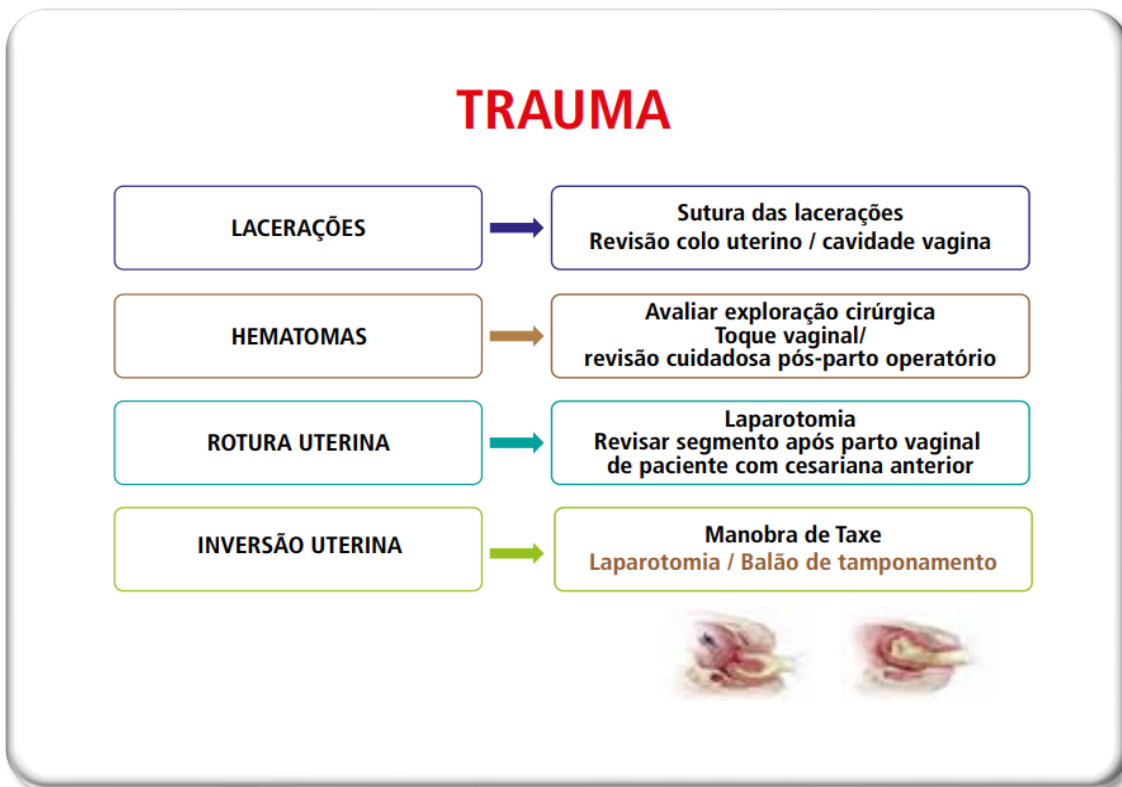


Fonte: Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica, Organização Pan-Americana da Saúde, 2018



Imprima o esquema Tônus.

TRAUMA

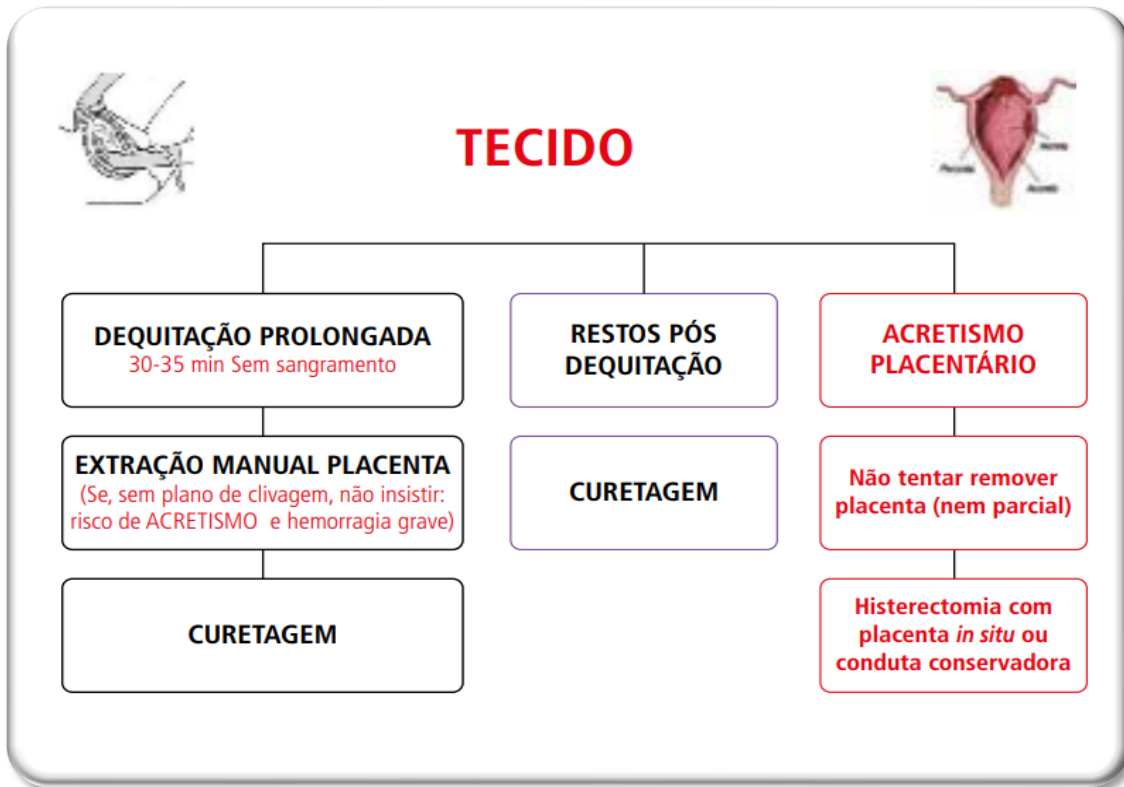


Fonte: Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica, Organização Pan-Americana da Saúde, 2018



Imprima o esquema Trauma.

TECIDO

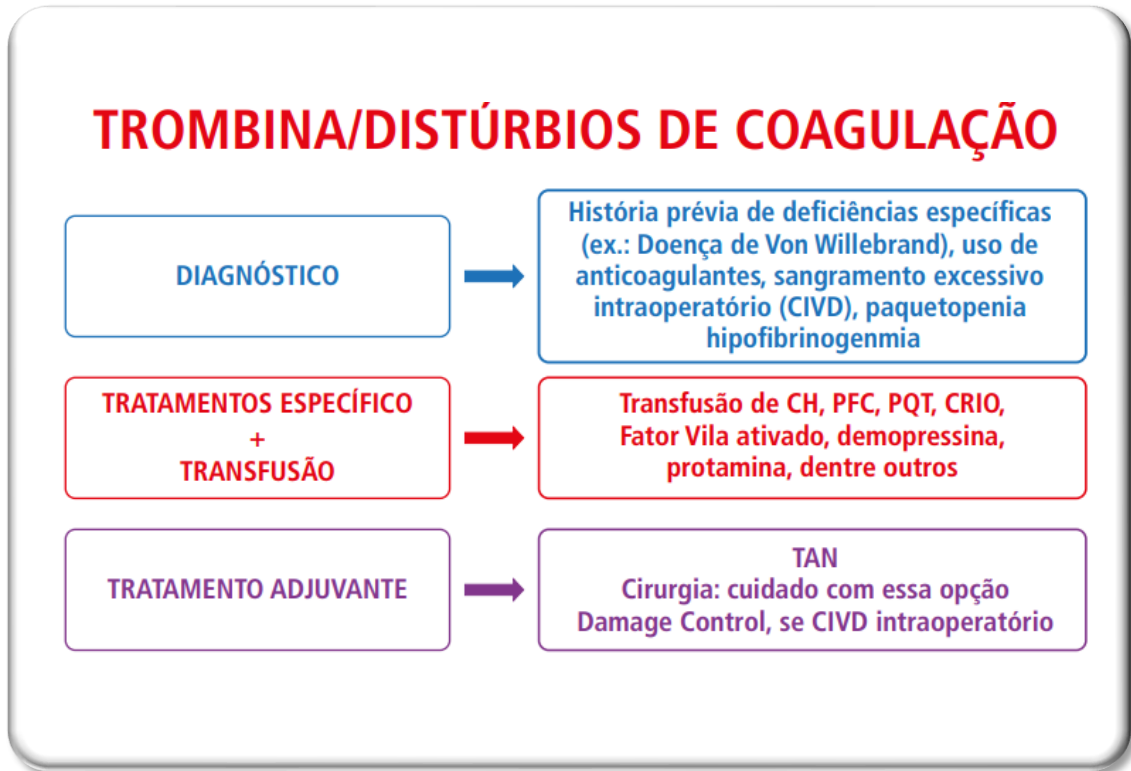


Fonte: Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica, Organização Pan-Americana da Saúde, 2018



Imprima o esquema Tecido.

TROMBINA



Fonte: Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica, Organização Pan-Americana da Saúde, 2018



Imprima o esquema Trombina.

Quadro 11 - ITENS PARA CAIXA DE EMERGÊNCIA HEMORRÁGICA¹⁶

Para atendimento às urgências hemorrágicas obstétricas é importante organizar os insumos/medicamentos em uma caixa, de modo a agilizar o atendimento. Abaixo segue modelo de caixa Kit para atendimentos às hemorragias obstétricas.

ITEM	QUANTIDADE
Protocolo / check list	01 Fluxograma e 01 check list (anexo 2) dos itens disponíveis no Kit (plastificados)
Soro Fisiológico 0,9%	02 frascos de 500 mL
Ringer Lactato	02 frascos de 500 mL
Equipo de soro	02 unidades
Three-way + extensor	02 unidades
Ocitocina (5UI/1 mL)	08 ampolas
Metilergometrina (0,2 mg/mL)	02 ampolas de 1 mL
Misoprostol 200mcg/cp	04 comprimidos
Cateter intravenoso calibre 16 ou 14	02 unidades de cada
Cateter intravenoso calibre 18	02 unidades de cada
Seringas 5 mL	02 unidades de cada
Seringas 20 mL	02 unidades de cada
Agulhas descartáveis 40x12 mm	04 unidades de cada
Agulhas descartáveis 25x8 mm	04 unidades de cada
Máscara facial de oxigênio + extensão	01 unidade de cada
Cateter vesical de demora + coletor urinário fechado	02 unidades de cada
Termômetro	01 unidade
Manta térmica aluminizada adulto	01 unidade
Balão de tamponamento intrauterino*	01 unidade
Tubos de coleta de sangue	06 unidades de cada: Tampa amarela/vermelha (soro) Tampa roxa (EDTA) Tampa azul (citrato de sódio) Tampa cinza (fluoreto) Seringa para gasometria
Facilitadores	Pedido de exames já preenchidos e pré-aprovados



Imprima os itens para caixa de emergência hemorragia.

OBSERVAÇÃO

As seis ampolas de ocitocina devem estar em geladeira próxima aos locais de atendimento de gestantes e puérperas. Organize as ampolas em um recipiente, identificado com uma etiqueta HEMORRAGIA.

FICA A DICA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

- As hemorragias na gestação e no puerpério são importantes causas de complicações e de morbimortalidade materna no Brasil e no mundo.
- A identificação precoce das hemorragias na gestação e no puerpério torna-se fundamental para reduzir complicações consequentes ao evento.
- As hemorragias na gestação são divididas em primeira metade, segunda metade da gravidez e hemorragias puerperais.
- As principais causas de hemorragia na primeira metade da gravidez são os abortamentos, a gestação ectópica e a gestação molar.
- As principais causas de hemorragia na segunda metade da gravidez são a placenta prévia e o descolamento prematuro de placenta.
- O rastreamento das anemias na gestação durante a rotina de pré-natal e o tratamento oportuno são estratégias recomendadas para evitar desfechos desfavoráveis na vigência das hemorragias.
- O profissional de saúde ao realizar o exame físico nas consultas de pré-natal deve atentar para possíveis sinais de anemia na gestação (ex: palidez em mucosas, cansaço aos pequenos esforços e atividades cotidianas).
- A anemia ferropriva é a causa mais comum de anemia nas gestantes. Por isso, na vigência de níveis de Hb < 11,0g/dL com VCM abaixo do normal ou VCM normal na

vigência de eletroforese de HB normal e ausência de insuficiência renal crônica justifica-se o tratamento empírico com sulfato ferroso por via oral.

- Os provedores de cuidado devem ser conhecedores das evidências científicas recomendadas para a identificação, tratamentos das mulheres acometidas pelas hemorragias na gestação.

FICA A DICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

- As hemorragias na gestação e no puerpério são importantes causas de complicações e de morbimortalidade materna no Brasil e no mundo.
- A identificação precoce das hemorragias na gestação e no puerpério torna-se fundamental para reduzir complicações consequentes ao evento.
- As hemorragias na gestação são divididas em primeira metade, segunda metade da gravidez e hemorragias puerperais.
- As principais causas de hemorragia na primeira metade da gravidez são os abortamentos, a gestação ectópica e a gestação molar.
- As principais causas de hemorragia na segunda metade da gravidez são a placenta prévia e o descolamento prematuro de placenta.
- As hemorragias no puerpério possuem como principais causas a atonia uterina, a presença de traumas no trajeto, a retenção de fragmentos placentários e as associações com distúrbio de coagulação.
- Para a prevenção das hemorragias puerperais é fundamental a adoção de medidas como o manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto com a administração de ocitocina intramuscular, avaliação frequente do tônus uterino e a vigilância rigorosa da puérpera nas primeiras duas horas.
- A hora de ouro significa que, se todas as medidas forem tomadas na primeira hora do início da hemorragia, os resultados serão mais satisfatórios.

- Avaliação constante do volume de sangue perdido a partir da estimativa de perda é fundamental para determinar medidas de reposição volêmica e administração de hemocomponentes.
- O tratamento das hemorragias de pós-parto consiste na associação medicamentosa com a possibilidade de tratamentos não cirúrgicos e cirúrgicos sendo cada causa determinante para a adoção das melhores condutas assistenciais.
- A assistência às mulheres com síndromes hemorrágicas requer cuidados humanizados, integrais e equânimes na garantia de direitos há uma assistência segura, resolutiva e em tempo oportuno para o alcance dos melhores resultados.
- Os provedores de cuidado devem ser conhecedores das evidências científicas recomendadas para a identificação, tratamentos das mulheres acometidas pelas hemorragias na gestação e no pós-parto.

PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 8

Cabe aos gestores

- Garantir acesso oportuno das gestantes a serviços qualificados e equipados para o atendimento das hemorragias gestacionais e puerperais.
- Garantia de realização de exames complementares e liberação de resultado em tempo oportuno para todas as gestantes.
- Criar estratégias para que os profissionais se atentem aos determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor e suas interfaces na assistência as mulheres.
- Garantir a pactuação dos serviços a hemocentros para o fornecimento de hemocomponentes utilizados no tratamento das hemorragias gestacionais e puerperais.
- Garantir a disponibilização de materiais como a caixa/kit de emergência com medicações e dispositivos para tratamento das hemorragias gestacionais e puerperais.
- Garantir políticas institucionais para o recrutamento de doadores de sangue para a manutenção dos estoques de hemocomponentes nos bancos conveniados.

- Garantir atendimento em rede, com acesso ao nível de atenção necessário com disponibilização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva para assistência às mulheres com complicações.
- Promover Estratégia de Educação permanente com as equipes assistenciais para os manejos das hemorragias gestacionais e puerperais, incluindo as "Recomendações Assistenciais para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Obstétrica, (Zero morte Materna por Hemorragia, OPAS/OMS).
- Validar o protocolo baseado em evidência científica pactuado com as equipes para o manejo das hemorragias gestacionais e puerperais.

Cabe aos profissionais de saúde – Atenção primária e Atenção especializada ambulatorial

- Valorizar a correta interpretação do eritrograma, incluindo os índices hematimétricos para classificação das anemias e decisão terapêutica.
- Tratar adequadamente as gestantes que apresentam anemia na gestação.
- Adotar Estratégias Antirracistas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Valorizar as queixas das gestantes acerca dos sangramentos em qualquer momento da gestação.
- Reconhecer precocemente os sinais de gravidade como atenção para os sinais vitais atentando-se para frequência cardíaca (taquicardia) e pressão arterial (hipotensão).
- Encaminhar a gestantes com sangramento em qualquer momento da gestação para uma avaliação na atenção terciária na presença de sangramento com sinais de gravidade.
- Realizar a busca ativa das gestantes após encaminhamento para atenção terciária e realização de seguimento diante que qual quadro foi diagnosticado.

- Encaminhamento das gestantes para o pré-natal de alto risco nos casos de sangramentos da segunda metade da gestação.
- Participar das Estratégias de Educação Permanente realizadas no serviço.

Cabe aos profissionais de saúde – Serviço de Atendimento móvel de urgência (SAMU)

- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Reconhecer precocemente os sinais de gravidade como atenção para os sinais vitais atentando-se para frequência cardíaca (taquicardia) e pressão arterial (hipotensão).
- Atentar para o volume e a característica do sangramento apresentado pela gestante.
- Atentar para o índice de choque apresentado pela paciente como uma evidência de gravidade.
- Ser conhecedor da manobra bimanual para contenção das hemorragias puerperais.
- Ser conhecedor do documento "Recomendações Assistenciais para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Obstétrica, (Zero morte Materna por Hemorragia, OPAS/OMS)" e

estar atualizado nas condutas assistenciais a serem adotadas nas hemorragias gestacionais e puerperais.

- Proceder o transporte imediato da gestante ou puérpera com sangramento estabelecendo os passos iniciais do protocolo para ressuscitação volêmica.

Cabe aos profissionais de saúde - Atenção Especializada

- Seguir o protocolo baseado em evidências científicas no atendimento das pacientes com quadros hemorrágicos.
- Adotar Estratégias Antirracistas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Cumprir todos os procedimentos recomendados na Hora de Ouro para prevenção das hemorragias puerperais.
- Manter a puérpera sob vigilância rigorosa principalmente nas primeiras 2 horas de puerpério.
- Reconhecer precocemente os sinais de gravidade como atenção para os sinais vitais atentando-se para frequência cardíaca (taquicardia) e pressão arterial (hipotensão).
- Atentar para o índice de choque apresentado pela paciente como uma evidência de gravidade.
- Atentar para os primeiros sinais de hemorragia gestacional e puerperal para identificação em tempo oportuno sem atrasos para os atendimentos iniciais.
- Atentar para o volume e a característica do sangramento apresentado pelas gestantes mensurando a perda em todo tempo.

- Reconhecer precocemente as características apresentadas pelos diferentes tipos de sangramento gestacionais realizando o correto diagnóstico e tratamento em tempo oportuno.
- Reconhecer precocemente qual a causa da hemorragia puerperal utilizando o Mnemônico dos 4 Ts (tônus, trauma, tecido, trombina).
- Tratar adequadamente cada causa de hemorragia puerperal com a utilização de medicamentos e procedimentos indicados para cada evento.
- Ser conhecedor do documento "Recomendações Assistenciais para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Obstétrica, (Zero morte Materna por Hemorragia, OPAS/OMS) e estar atualizado nas condutas assistenciais a serem adotadas.
- Validar do protocolo baseado em evidência científica pactuado com a equipe para o manejo das hemorragias.
- Participar das Estratégias de Educação Permanente realizada na instituição.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf.
5. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Desordens hemorrágicas e anemia na vida da mulher [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2021 [acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/SerieZ4-2021Z-ZAnemiaZ-Zweb.pdf>.
6. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. Acta Obstet Gynecol Scand. 1977;56(3):247-53. doi: [10.3109/00016347709162009](https://doi.org/10.3109/00016347709162009).
7. World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a technical Working Group. Geneva: WHO; 1992.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília:

Ministério da Saúde; 2012[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf.

9. Leal MC, Esteves APP, Gama SGN, Bittencourt SA. Características sociodemográficas e obstétricas da população negra usuária do SUS no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório da Oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023[acesso em 8 fev 2024]. p.24-8. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio_oficina_morte_materna-1.pdf.
10. Tempesta GA, Eneile M. Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. *Amazôn, Rev Antropol.* 2020;12(2):751-78. doi: [10.18542/amazonica.v12i2.9194](https://doi.org/10.18542/amazonica.v12i2.9194).
11. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Protocolo do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas. Belo Horizonte: PBH; 2010.
12. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Descolamento prematuro da placenta. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Rezende Obstetrícia*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.
13. Hurt KJ, Guile MW, Bienstock JL, Fox HE, Wallach EE. *Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
14. Cunningham FG. *Obstetrícia de Williams*. Rio de Janeiro: Grupo A; 2021.
15. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico[Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2020[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/CNE_pdfs/FPS---N5---Novembro-2020---portugues.pdf.
16. SÃO PAULO (Estado). Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB nº 123, 28 de setembro de 2021. *Diário Oficial do Estado: seção 1, São Paulo*, n. 188, p. 32, 29 set. 2021. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2021/09/E_DL-CIB-123_280921.pdf. Acesso em: 14 mar. 2024.



10 PASSOS

DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA
REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

PASSO

9

Reduza as taxas de cesariana desnecessárias

10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna

Passo 9 - Reduza as taxas de cesariana desnecessárias

2024
2ª Edição

SUMÁRIO

TÓPICOS DE DESTAQUE	4
IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES.....	5
INTRODUÇÃO	6
PLANO DE PARTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	10
PRINCIPAIS PONTOS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS.....	20
AMBIÊNCIA DO PARTO	20
PRÁTICAS RECOMENDADAS	22
INDICAÇÕES DE CESARIANA	29
CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON	36
FICA A DICA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	41
FICA A DICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	42
PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 9	44
REFERÊNCIAS.....	49

TÓPICOS DE DESTAQUE

- 1.** Converse sempre com a mulher sobre os benefícios do parto normal, avaliando a individualidade das condições obstétricas em cada mulher.
- 2.** Considere o plano de parto apresentado pela mulher.
- 3.** Garanta assistência ao parto baseada em evidências científicas.
- 4.** Indique o parto operatório de maneira criteriosa, utilizando protocolos específicos e atendendo as indicações absolutas e relativas de parto cesariana.
- 5.** Evite cesarianas desnecessárias e considere a utilização da classificação de Robson como instrumento para vigilância.

IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES

- 1.** Organize a visita das gestantes à maternidade, promovendo a construção de vínculo e reduzindo o medo do parto.
- 2.** Oferte informações e métodos de planejamento reprodutivo, na atenção primária e na maternidade (pós-parto e pós aborto imediatos).
- 3.** Garanta o trabalho em equipe com a atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrites, modelo colaborativo de atenção.
- 4.** Promova ambiência respeitosa no momento do parto, com privacidade, conforto e acesso aos métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor.
- 5.** Garanta apoio contínuo durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

INTRODUÇÃO

Os diferentes modelos de assistência ao parto e nascimento no Brasil são discutidos pelas entidades públicas, profissionais e sociedade civil, diante do atual descontentamento com o modelo biomédico, o caráter intervencionista das práticas hospitalares e o desejo de sua transformação para uma assistência obstétrica de qualidade, que resgate o significado da parturição para as mulheres.

Por décadas, a assistência ao parto passou a ser um ato institucionalizado, deixando, desse modo, de ser parte de um conhecimento feminino para ser uma prática de saber-poder-fazer médico-masculino. O uso excessivo de tecnologias e intervenções invasivas, a perda da autonomia e protagonismo das mulheres, a epidemia de cirurgias cesarianas são algumas consequências produzidas pelo fenômeno da medicalização e institucionalização do parir e nascer.

Assim, nos deparamos com o “paradoxo perinatal brasileiro”, no qual a assistência médica centrada e com altas taxas de cesariana e intervenções não impede os números alarmantes de morbidade e óbitos de mulheres e bebês no país. Neste modelo de assistência, o fazer profissional utiliza métodos iatrogênicos e não sustentados em evidências científicas para justificar suas ações e convencer, equivocadamente, a população de sua necessidade, sobrecarregando os sistemas social e financeiro. A mulher passa a desacreditar em seu corpo e no seu poder de parir, delegando ao outro as decisões e cuidados a serem realizados.

Um dado nacional chama a atenção mundial para as práticas obstétricas no Brasil. A epidemia de cesarianas revela um dado alarmante que coloca o Brasil em 2º lugar no mundo na realização desse procedimento. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a OMS destacam que, no país, o número de procedimentos realizados é próximo de 57%, alcançando percentuais próximos de 85% em algumas instituições privadas. O painel de monitoramento de nascidos vivos retratou um percentual de 58,16% de parto cesarianas em 2022 no Brasil.^{1,2,3}

Na tentativa de romper o paradoxo obstétrico vivenciado no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) conjuntamente com entidades internacionais - OMS e OPAS, vem propondo ações de mudanças na concepção do modelo e do sistema de atenção obstétrica do país. No avançar das políticas brasileiras, no início dos anos 2000, criou-se o Programa de Humanização ao Parto e Nascimento, através da Portaria nº 569 e, em 2011, a Portaria nº 1.459 instituiu, em âmbito nacional, a Rede Cegonha. O objetivo da Rede Cegonha é mudar o modelo de atenção obstétrica no Brasil, assegurando acesso, cobertura e qualidade, integralidade, regionalização e equidade da atenção ao pré-natal, parto e puerpério às mulheres e crianças, contribuindo para a redução das altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país.⁴

Assim, faz-se necessária a incorporação de novas atitudes por parte dos profissionais, que visem uma assistência multidisciplinar, com enfoque ao trabalho em equipe, que garanta a saúde e os direitos das mulheres e de seus recém-nascidos; o apoio à gestante desde o pré-natal, além da efetiva incorporação do modelo humanizado de

atenção como diretriz e filosofia institucional, buscando respeitar e fortalecer a fisiologia da mulher e aumentar sua autoconfiança.

Nesse contexto, o saber-fazer das enfermeiras obstétricas e obstetritztes, de acordo com o International Confederation of Midwives (ICM) e National Institute for Health and Care Excellence (NICE), têm se tornado uma estratégia mundial para promover a humanização da assistência obstétrica, contribuindo significativamente para a qualificação do cuidado assistencial integral e resolutivo.^{5,6}

A OMS⁷ reconhece o suporte contínuo e o modelo de cuidado assistenciais liderados pela enfermeira obstétrica durante o período pré-natal, intraparto e pós-natal, como a principal estratégia para o manejo da gravidez e parto saudável, numa vivência positiva do nascimento. Ressaltando que o cuidado deve ser organizado e oferecido para todas as mulheres de maneira que mantenha a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, livre de danos e maus tratos, permitindo escolhas informadas e suporte contínuo.

Uma revisão sistemática evidenciou que modelos de assistência obstétrica com a inserção da atuação de enfermeiras obstétricas aumentam as chances de parto vaginal e do início do aleitamento materno, além de reduzirem o número de intervenções como episiotomia, analgesia peridural e parto instrumental.⁸

O modelo colaborativo de trabalho que associa saberes da enfermagem e medicina compartilhando atribuições e responsabilidades dentro da equipe, também se revela como uma sólida estratégia na mudança do modelo de atenção obstétrica,

direcionando as ações médicas para os casos que necessitem da intervenção desse profissional.

PLANO DE PARTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Caderno de Atenção Básica (CAB 32) - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco⁹ classifica as ações a serem realizadas no pré-natal quais sejam:

- Avaliação clínica da gestação com cuidados centrados na mulher e embasados em evidências científicas;
- O desenvolvimento de práticas educativas que favoreçam o fortalecimento e a autonomia das gestantes para a vivência da sua gravidez;
- Ações de orientação acerca da via de parto apresentando seus benefícios e riscos com incentivo ao parto normal e alertando sobre os risco e prejuízos da opção por uma cesariana desnecessária;
- O preparo para os processos a serem vivenciados, como o parto e o puerpério;
- O apoio contínuo em todos os encontros de pré-natal, com a inserção do acompanhante em todo o processo;
- Construção do plano de parto que sintetize os principais desejos da mulher para uma assistência e vivência com mais segurança e qualidade;
- Organização da visita à maternidade pela gestante e acompanhante.

A comunicação efetiva com a gestante considera a singularidade e individualidade das mudanças sociais e biopsicológicas vividas e o seu contexto de vida, tornando-a

protagonista do processo de gestação, parto e nascimento, envolvendo a participação e o apoio da família e de sua rede de apoio nos cuidados.

O profissional da saúde deve desenvolver, nos encontros de pré-natal com as gestantes, as ações de educação em saúde, com vistas ao compartilhamento e produção de conhecimento acerca dos temas gestacionais visando a preparação para o parto e cuidados puerperais maternos e neonatais.

Cabe ressaltar que a PNAB reforça inclusive a importância do atendimento multidisciplinar como forma de obtenção de desfechos favoráveis e resolutivos diante das mais diversas condições de saúde da população, sendo para isso necessário a existência de profissionais qualificados e com olhar de integração entre suas atuações e a necessidade de ações voltadas para a vigilância em saúde.¹⁰

A construção com a gestante do Plano de Parto é preconizada pela OMS desde 1996⁹. O plano de parto é reconhecido como um documento de natureza legal, redigido pelas gestantes após obterem informações sobre a gravidez e o processo do parto, construindo suas expectativas e desejos em relação à experiência da maternidade. Cabe ao profissional de saúde durante as consultas fornecer informações sustentadas em evidências e nos direitos da gestante para que a mulher faça escolhas informadas e busque fortalecer suas decisões acerca dos processos que envolvem o parto e nascimento.

A Caderneta da Gestante, de 2023¹¹, ressalta a importância de o profissional de saúde orientar as gestantes sobre a construção do Plano de Parto, além de sintetizar os

principais direitos da mulher assegurados para uma assistência e vivência com mais segurança e qualidade.

CONHEÇA SEUS DIREITOS

Direitos trabalhistas:

- Licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias para gestantes com carteira de trabalho assinada.
- Não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por justa causa.
- Mudar de função ou setor em seu trabalho, caso ele apresente riscos ou problemas para sua saúde ou a saúde do bebê. Para isso, apresente à sua chefia um atestado médico comprovando que você precisa mudar de função ou setor.
- Receber DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO sempre que for às consultas de pré-natal ou fizer algum exame. Apresentando essa declaração à sua chefia, você terá a ausência justificada no trabalho.
- Até o bebê completar seis meses, você tem o direito de ser dispensada do trabalho todos os dias, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, para amamentar. Combine com seu empregador o melhor jeito de aproveitar esse tempo.
- Licença de cinco dias para o pai logo após o nascimento do bebê.

Além disso, tem os direitos sociais:

- Guichês e caixas especiais ou prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas e privadas (bancos, supermercados, lojas).
- Assento prioritário para gestantes e mulheres com crianças de colo em ônibus e metrô. Peça licença e ocupe o lugar que é seu.
- Não viaje em pé! No ônibus você pode sair pela porta da frente.
- Se a sua família é beneficiária do Auxílio Brasil, você tem direito ao Benefício Composição Gestantes. Para conseguir esse benefício extra na gravidez e após o nascimento do bebê, busque informações no Centro de Referência em Assistência Social (Cras) do seu município.

Entrega em adoção:

- A Lei nº 12.010/2009 garante a você o direito de receber atendimento psicossocial gratuito se desejar, precisar ou decidir entregar a criança em adoção. Procure a Vara da Infância e Juventude de sua cidade.

Se você for estudante, também tem seus direitos garantidos:

- A Lei nº 6.202/1975 garante à estudante grávida o direito à licença-maternidade sem prejuízo do período escolar.

- A partir do oitavo mês de gestação, a gestante estudante poderá cumprir os compromissos escolares em casa – Decreto-Lei nº 1.044/1969.
- O início e o fim do período de afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.
- Em qualquer caso, é assegurado às estudantes grávidas o direito à prestação dos exames finais.

Caso seja adolescente

- Você tem o direito, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, de ser atendida com sigilo, privacidade, autonomia e receber informações sobre planejamento familiar e sexualidade responsável. Também pode ser atendida sozinha, se preferir.

Direitos nos serviços de saúde

- Ser atendida com respeito e dignidade pelas equipes de saúde, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social.
- Ser chamada pelo nome que preferir e saber os nomes dos profissionais que a atendem.
- Aguardar o atendimento sentada, em lugar arejado, tendo à sua disposição água para beber e banheiros limpos.

Lei da vinculação para o parto:

A Lei nº 11.634, de 26.10.2007, garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre a maternidade de referência para seu parto e de visitar esse serviço antes do parto.

Lei do direito a acompanhante no parto:

A Lei Federal nº 11.108/2005 garante às parturientes o direito a um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato, no SUS.

Situações de violência durante a gravidez

- Se você sofrer qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica por parte de pessoas próximas ou desconhecidas, procure ajuda no serviço de saúde. Existe uma rede de proteção, e você pode contar com ela. Os profissionais de saúde podem ajudar!
- Procure orientações para defender seus direitos e não permitir que aconteça novamente. Ligue 180 ou Disque Saúde – 136, de forma gratuita, e denuncie.

O PARTO ESTÁ A CADA DIA MAIS PERTO

Sugestões práticas

Você conseguiu organizar as roupas e as fraldas de que seu bebê vai precisar? Se tiver dificuldades com o enxoval, peça orientações na Unidade Básica de Saúde sobre locais de apoio para esse fim em seu município.

Peça a seu(sua) companheiro(a) ou alguém próximo de você para ajudá-la nas seguintes tarefas:

- Organizar documentos para levar no momento do parto e para dar entrada na licença-maternidade;
- Fazer a lista de telefones úteis;
- Colocar na sacola o que vocês vão levar: roupas confortáveis e absorventes para você, roupas e fraldas para o bebê, produtos de higiene pessoal;
- Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
- Esta caderneta;
- Cartão do SUS, se tiver.

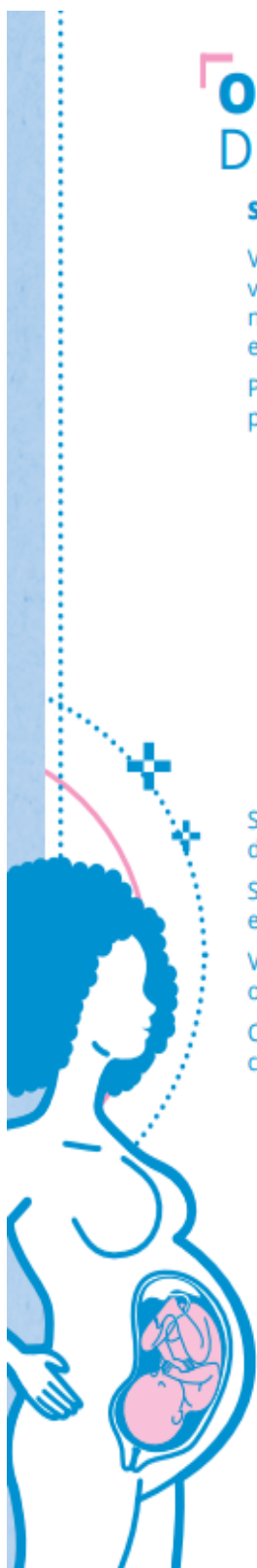
Se você é estudante, já solicitou o atestado para o afastamento de suas atividades escolares?

Se você tem outros filhos, quem ficará com eles enquanto estiver na maternidade?

Você já sabe qual é a sua maternidade de referência para o parto ou em caso de urgência? Pergunte para sua equipe da UBS.

Conhecer a maternidade antes do parto pode deixar você mais confiante e tranquila.

- No seu grupo de gestantes, se ainda não discutiu esse ponto, considere a importância de ter uma doula (pessoa que não é profissional de saúde, mas garante apoio emocional e pode ajudar a parturiente a caminhar, usar métodos não farmacológicos de alívio da dor e garantir uma experiência de parto satisfatória).
- Preparar seu plano de parto (documento em que você explica como você planeja ter seu trabalho de parto e o parto), incluindo quem vai acompanhá-la, quais métodos deseja para alívio da dor, se quer ter uma doula, como pensa a posição no parto, procedimentos que deseja evitar, o que espera em caso de precisar de uma cesárea etc.



O QUE VOCÊ PODE FAZER PARA FAVORECER SEU PARTO

Você pode mudar de posição, buscando maior conforto em cada momento: sentada, deitada de lado, ajoelhada, de cócoras, sentada na bola ou no banquinho, de quatro, de pé ou caminhando. Essas posições ajudam a aliviar a dor.

- **Caminhar e movimentar-se** podem diminuir o tempo do parto.
- **Tomar banho de chuveiro ou banheira** é uma ótima possibilidade para aliviar a dor.
- **Beber água e ingerir alimentos** dão mais força e energia para você e seu bebê. Ajudam na contração do útero e na sensação de força e bem-estar.
- **Respirar profundamente**, se quiser, ajuda a manter a calma durante o período de dor e desconforto causados pelo trabalho de parto.

Durante todo o período de internação para o parto, **você tem o direito, garantido por lei, a um acompanhante de sua escolha**. É importante que essa pessoa tenha conhecimento sobre como apoiar durante a sua internação na maternidade. Você pode escolher as posições que consigam lhe trazer a melhor sensação de conforto. Experimente e encontre a posição mais adequada para você. Peça ajuda da equipe de profissionais e de seu acompanhante.



33

SUGESTÃO DE POSIÇÕES PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO VAGINAL

POSIÇÃO DE CÓCORAS



APOIO NO ACOMPANHANTE



PENSE EM
ALGUMA COISA QUE
POSSA AJUDÁ-LA NO
TRABALHO DE PARTO.
POR EXEMPLO,
OUVIR MÚSICA.

SENTAR NA BOLA



DE JOELHO OU
QUATRO APOIOS



PARTO E NASCIMENTO

O parto é uma grande experiência para a mulher, para o bebê e, também, para o(a) parceiro(a). Pode ser um momento de grande satisfação: a saída do bebê, o fim das contrações e o encontro com esse pequeno ser.

Você deve ter ouvido falar várias coisas sobre a dor sentida durante o parto vaginal. É importante conhecer as fases do trabalho de parto e saber que essa dor pode variar de intensidade de mulher para mulher e se tornar maior se a mulher estiver tensa ou com medo.

É importante que, durante o trabalho de parto e parto, a equipe de profissionais de saúde monitore os seus sinais vitais e os batimentos do seu bebê. Essa avaliação frequente é fundamental para que o nascimento ocorra de forma segura e humanizada.

Você está acostumada a ver as mulheres deitadas para o parto, mas as posições de cócoras, sentada ou de joelhos são melhores para favorecer a saída do bebê: o canal de parto fica mais curto, a abertura da vagina fica maior e a circulação de oxigênio para o bebê é melhor.

Experimente e encontre a posição mais adequada para você.

Peça ajuda da equipe de profissionais para lhe auxiliar!

MEDOS E ANSEIOS SOBRE O PARTO

O medo sobre as questões relacionadas à gestação e ao parto, oriundo de uma experiência pessoal anterior ou mesmo de uma experiência familiar ou cultural é uma situação comum.

Com relação ao parto vaginal: há o medo da dor do trabalho de parto e da saída do bebê; da possibilidade de laceração do períneo; de entrar em trabalho de parto e necessitar de uma cesariana de urgência; do risco de agravos ao bebê; de não conseguir vaga em uma maternidade; entre diversos outros.

Fonte: Caderneta da Gestante, 2023

Cabe ressaltar que o processo de educação em saúde pode se dar de forma individual ou coletiva, com incentivo à formação dos chamados grupos de gestantes. Esta estratégia produz espaços para a convivência entre as gestantes em uma mesma comunidade ou território.

O grupo de gestante torna-se também uma estratégia para o envolvimento da rede de apoio da gestante e o compartilhamento de orientações, que serão fundamentais para a vivência positiva da gestação.

Estes encontros educativos, de preferência, devem acontecer quando as gestantes comparecem à consulta de pré-natal, antes da consulta individual, como parte integrante do pré-natal. Muitas dúvidas das gestantes que são compartilhadas no espaço coletivo, podem ser também de outras mulheres e o diálogo com elas, levando esclarecimento com informações claras e objetivas, auxiliam na construção de conhecimento, redução de queixas e fortalecimento individual.

A extensão do convite aos companheiros, às companheiras e demais familiares permite a inclusão das pessoas que serão o apoio desta mulher na comunidade em seu ambiente doméstico. Há que se ter atenção para o grupo de gestantes não se transformar em palestras onde o saber é unilateral. O espaço deve ser coletivo para proporcionar a troca de experiências e saberes que são transversais.

Reforçamos o papel exitoso do Brasil na ampliação do acesso das mulheres à assistência pré-natal. Contudo, o estudo Nascer no Brasil aponta que esse acesso não ocorre de modo equânime. A exemplo do número mínimo de 6 consultas, preconizado

pelo Ministério da Saúde, no qual dos 73,1% para o total de mulheres, 80% correspondem às brancas e 67,1% às pretas. Outro dado diz sobre o início do pré-natal até a 12ª semana gestacional, no qual 80,8% é composto pelas gestantes brancas e 69,2% pelas pretas.¹²

O início precoce do pré-natal é um dos fatores protetivos para o binômio mãe e bebê, sendo este negligenciado quando trazemos o recorte da categoria raça/cor. Trabalhar com esses dados sinalizam a relevância de destacarmos a intersecção dos determinantes sociais em saúde, favorecendo para a construção de novas estratégias para as políticas públicas de saúde da mulher, em especial, a gestação, parto, nascimento e puerpério.¹³

PRINCIPAIS PONTOS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

AMBIÊNCIA DO PARTO

O movimento de humanização da assistência ao parto e nascimento e a Política de Humanização permitiram um novo olhar para as maternidades, no intuito de promover espaços mais acolhedores, que transformem atitudes dos profissionais de saúde e proporcionem ambientes em que a parturiente possa vivenciar efetivamente seu trabalho de parto e parto, repercutindo nos desfechos favoráveis maternos e neonatais.^{14,15}

Já é provado que, para a mulher desenvolver seu trabalho de parto sem frear os processos fisiológicos, é necessário que ela se sinta à vontade, sem a sensação de se sentir observada. A privacidade acústica e visual passa a ser incluída como fator fundamental para o bom desenvolvimento do parto. Junto à privacidade, soma-se o apoio contínuo e o conjunto de métodos não farmacológicos de alívio da dor, quais sejam, a deambulação, a bola, a escada de ling, o cavalinho, massagens e música, a livre movimentação, e o acesso à água, podendo ser chuveiro e/ou banheira.

A partir desta concepção, novos padrões de funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal foram instituídos na Resolução nº 36 da ANVISA, de 03/06/2008 (RDC 36/2008), e, posteriormente, incorporados à estratégia da Rede Cegonha (RC), lançada em 2011.^{14,16,17}



Acesse a RDC 36/2008.

Dentre as novas estruturas introduzidas, foi estabelecida a transformação dos ambientes de parto, tradicionalmente, compostos por salas compartilhadas por várias mulheres separadas ou não por box ou cortinas, em quarto PPP (Pré-parto, Parto e Pós-Parto). O quarto PPP é um espaço privativo destinado ao trabalho de parto, parto e puerpério imediato, com banheiro anexo, dimensões suficientes para a movimentação da parturiente e uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor e presença de acompanhante. Este ambiente, além de estimular a superação do modelo tradicional, que artificialmente segmenta o parto em estágios de pré-parto, parto e pós-parto, propicia uma atenção diferenciada com o propósito de garantir à mulher condições de escolha de diversas posições no trabalho de parto, protagonismo e autonomia.^{14,15,16,17}

As evidências da associação entre ambientes adequados no cuidado seguro e respeitoso à mulher e ao recém-nascido e a ocorrência de resultados favoráveis reafirmam a importância da mudança dos ambientes ofertados às parturientes, nos hospitais.

PRÁTICAS RECOMENDADAS

A assistência baseada em evidências científicas torna-se fundamental para a qualificação do cuidado à gestante no trabalho de parto e parto. Documentos da OMS e Ministério da Saúde são convergentes ao propor cuidados que são essenciais para a assistência respeitosa, segura e integral à parturiente em todas as etapas que envolvem o nascimento.^{7,17,18}

A pesquisa Nascer no Brasil produziu estudo que avaliou a evitabilidade da cesariana, sendo esta associada a cuidados, como:^{18,19}

- evitar a admissão precoce da parturiente;
- promover o uso das boas práticas durante a assistência ao trabalho de parto;
- induzir o trabalho de parto quando indicado e o uso criterioso da analgesia epidural.

Em outro recorte a pesquisa Nascer no Brasil buscou identificar a associação entre a implementação de boas práticas e as intervenções durante o trabalho de parto e parto, segundo o profissional que atendeu a mulher, se médico ou se enfermeira obstétrica. Nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas tornaram-se significativamente mais frequentes a utilização das boas práticas obstétricas: oferta de dieta, permissão para movimentação durante o trabalho, utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor e preenchimento e uso do partograma.¹⁹

Nos partos assistidos pelas enfermeiras obstétricas, houve um menor número de anestesia, permanência na posição de litotomia, realização de manobra de Kristeller e episiotomia. Reduziu-se a incidência de cesariana nas maternidades que incluíam enfermeira obstétrica na assistência ao parto e ao nascimento.¹⁹

O texto da OMS intitulado “Recomendações da OMS sobre cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva”¹⁷ de 2018, é composto por 56 recomendações baseadas em evidências científicas para a assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério, a serem realizados em todos os serviços, independentemente do local de nascimento.



Acesse Recomendações da OMS sobre cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva

Para a OMS, uma experiência positiva de parto é “Aquela que preenche ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais da mulher, incluindo dar à luz a uma criança saudável em um ambiente clinicamente seguro, com apoio prático e contínuo de acompanhante(s) e equipe clínica atenciosa e tecnicamente competente.”^{17:1}

Para sistematizar o sumário de recomendações, construímos quadros descrevendo o cuidado e categorizando sua prática:

Quadro 1- Cuidados a serem realizados durante todo o processo¹⁷

Cuidado a ser realizado	Recomendação
Assistência durante todo o trabalho de parto	
Cuidado materno respeitoso	É recomendado que o cuidado oferecido a todas as mulheres mantenha a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, livre de danos e maus tratos, permitindo escolhas informadas e suporte contínuo.
Comunicação efetiva	É recomendada a comunicação efetiva entre os provedores de cuidado e as mulheres através de métodos simples e culturalmente aceitáveis.
Acompanhante durante o trabalho de parto e parto	É recomendada a presença do acompanhante de escolha da mulher durante todo o período de internação. No Brasil, a Lei nº 11.108 de 2005, garante o direito das parturientes a ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Continuidade do cuidado	É recomendado modelo de cuidado liderado por enfermeiras obstétricas/obstetrizes, no qual um pequeno grupo destas apoia uma mulher durante o pré-natal, parto e pós-parto de maneira contínua, em locais onde existem programas de enfermagem obstétrica/obstetiz bem estabelecidos.

Quadro 2- Recomendações no primeiro estágio do trabalho de parto¹⁷

Cuidado a ser realizado	Recomendação
Primeiro período do trabalho de parto	
Avaliação rotineira do bem-estar fetal na admissão	Cardiotocografia de rotina não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal na admissão em trabalho de parto espontâneo em mulheres saudáveis. A ausculta com um sonar doppler ou um estetoscópio de Pinard é recomendada para avaliação do bem-estar fetal na admissão.
Tricotomia pubiana/perineal	Tricotomia pubiana/perineal de rotina antes do parto vaginal não é recomendada.
Enema na admissão	Administração de enema para reduzir a necessidade de estimulação do parto não é recomendada.
Toque vaginal	Toque vaginal com um intervalo de 4 horas é recomendado para avaliação rotineira da fase ativa em mulheres de baixo risco.
Cardiotocografia contínua	Cardiotocografia contínua não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal em mulheres saudáveis em trabalho de parto espontâneo.
Ausculta intermitente durante o trabalho de parto	A ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais com um sonar doppler ou um estetoscópio de Pinard é recomendada para mulheres saudáveis em trabalho de parto.

Técnicas manuais e de relaxamento para manejo da dor	Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, meditação, massagem, aplicação de calor e outras técnicas são recomendadas para mulheres saudáveis, que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das suas preferências.
Analgésia farmacológica para alívio da dor	A analgesia peridural e os opioides parenterais são recomendados para mulheres saudáveis, que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das suas preferências.
Fluidos orais e alimentos	Para mulheres de baixo risco, ingestão de alimentos e de fluidos orais durante o trabalho de parto é recomendada.
Mobilização e posição materna	Encorajar a adoção de mobilização e postura ereta durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco é recomendado.
Limpeza Vaginal	Limpeza vaginal de rotina com clorexidina com o objetivo de prevenir infecções não é recomendada.
Uso de ocitocina do trabalho de parto	Não é recomendado o uso rotineiro de ocitocina para aceleração do trabalho de parto.
Amniotomia de rotina	O uso de amniotomia isolada para prevenção do trabalho de parto prolongado não é recomendado. O uso de amniotomia com ocitocina precoce para prevenção do trabalho de parto prolongado não é recomendado.

Quadro 3- Recomendações no segundo estágio do trabalho de parto¹⁷

Cuidado a ser realizado	Recomendação
Segundo estágio do trabalho de parto	
Posição no parto	Encorajar a adoção de posições de parto, de acordo com a escolha da mulher, incluindo posições verticais, é recomendado.
Métodos de puxos	É recomendado que mulheres no segundo período do parto devem ser encorajadas e apoiadas a seguir seus puxos de forma espontânea.
Política de episiotomia	O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que têm parto vaginal espontâneo.
Pressão no fundo uterino (Kristeller)	A aplicação de pressão manual no fundo do útero para acelerar o nascimento não é recomendada.

Quadro 4- Recomendações no terceiro estágio do trabalho de parto¹⁷

Cuidado a ser realizado	Recomendação
Terceiro estágio do trabalho de parto	
Uterotônicos profiláticos	O uso de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP) no terceiro período do parto é recomendado. Ocitocina (10 UI, IM/IV) é a droga uterotônica recomendada para a prevenção da HPP.
Clampeamento tardio do cordão	O clampeamento tardio do cordão (não antes de 1 min. após o nascimento) é recomendado para a melhoria dos resultados de saúde e nutricionais maternos e infantis.
Contato pele a pele	Recém-nascidos sem complicações devem ser colocados em contato pele a pele com suas mães durante a primeira hora após o nascimento para prevenir hipotermia e promover o aleitamento materno.
Aleitamento materno	Todos os recém-nascidos, incluindo os de baixo peso que sejam capazes de sugar, devem ser levados ao seio materno assim que possível após o parto, quando eles estiverem clinicamente estáveis e mãe e bebê estejam prontos.

INDICAÇÕES DE CESARIANA

As discussões mundiais acerca da cirurgia cesariana e suas implicações na saúde das mulheres são atuais. Em 1985, a OMS² publicou um documento no qual considerava que a taxa ideal de cesárea seria entre 10 e 15%. Apesar disso, as taxas de cesarianas têm aumentado em todo o mundo.

A partir dos anos 2000 a comunidade internacional sinalizou a necessidade de reavaliar a recomendação de 1985 e em 2015 a OMS publicou a "Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas" com as seguintes conclusões^{2:1}:

- 1.** A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos obstétricos;
- 2.** Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal;
- 3.** A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista obstétrico;
- 4.** Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas;

5. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.^{2:1}

Existem indicações para a realização da cesariana sustentadas em evidências científicas. O quadro 5, retirado do documento Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana,¹ sintetiza algumas recomendações para o procedimento, cabendo a análise criteriosa de cada condição clínica e situação apresentada pela gestante.

Quadro 5 – Indicações para a realização de cesariana¹

Condição	Observação
Apresentação Pélvica	<p>Em apresentações pélvicas, na ausência de contraindicações (trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, cesariana prévia, outras complicações maternas e inexperiência do profissional), a versão cefálica externa é recomendada a partir de 36 semanas de idade gestacional, mediante termo de consentimento livre e esclarecido.</p> <p>Em situações nas quais a versão cefálica externa estiver contraindicada, não puder ser praticada ou não tiver sucesso, a cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica a partir de 39 semanas de idade gestacional.</p> <p>Sugere-se aguardar o início do trabalho de parto.</p>

	Na situação em que a mulher decidir por um parto pélvico vaginal, é recomendado que seja informada sobre o maior risco de morbidade e mortalidade perinatal e neonatal. A assistência deve ser realizada por profissionais experientes, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pela mulher.
Gestação Múltipla	Em gestação gemelar não complicada, cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, é recomendado que a decisão pelo modo de nascimento seja individualizada, considerando as preferências e prioridades da mulher, as características da gestação gemelar (principalmente corionicidade), os riscos e benefícios da operação cesariana e do parto vaginal de gêmeares, incluindo o risco de uma cesariana de urgência/emergência antes ou após o nascimento do primeiro gemelar. No caso de gestação gemelar não complicada, cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a cesariana é recomendada.
Nascimentos pré-termo	Na ausência de outras indicações, a cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento no trabalho de parto pré-termo em apresentação cefálica.
Fetos pequenos para a idade gestacional	Na ausência de outras indicações, a cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento em fetos pequenos para idade gestacional.
Placenta prévia	A cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos que têm placentas centro-total ou centro-parcial.
Acretismo placentário	Em gestantes com acretismo placentário, é recomendado programar a cesariana. Nas situações de suspeita de placenta

	<p>incretina e/ou percreta, é recomendado programar a cesariana entre 34 e 36 semanas.</p>
HIV	<p>Para gestantes em uso de antirretroviral e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é indicada.</p> <p>Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva com 38 semanas de gestação diminui o risco de transmissão vertical.</p> <p>Caso a gestante com indicação para a cesárea eletiva inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4 cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após 3 horas de infusão.</p>
Hepatite B	<p>A cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite B.</p>
Hepatite C	<p>A cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite C.</p>
Herpes vírus (HSV)	<p>A cesariana é recomendada em mulheres que tenham apresentado infecção primária do vírus do Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação.</p> <p>A cesariana é recomendada em mulheres com infecção ativa (primária ou recorrente) do vírus do Herpes simples no momento do parto.</p>

Assistência à mulher com cesariana prévia	<p>É recomendado um aconselhamento sobre o modo de nascimento em gestantes com cesariana prévia que considere: as preferências e prioridades da mulher, os riscos e benefícios de uma nova cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma cesariana não planejada.</p> <p>É recomendado que as mulheres com cesarianas prévias sejam esclarecidas de que há um aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal após cesariana prévia. Este risco é, a princípio, baixo, porém aumenta à medida que aumenta o número de cesarianas prévias.</p>
---	---

Algumas medidas adotadas, segundo as evidências científicas, que contribuem para a redução da realização de cesariana^{1,20}:

- suporte contínuo das gestantes durante o trabalho de parto;
- a tomada de uma segunda opinião para a indicação de uma cesariana;
- a adequada utilização do partograma como instrumento de avaliação da progressão do trabalho de parto;
- não realizar monitorização fetal contínua (cardiotocografia) em gestantes de baixo risco;
- a adoção pelos serviços de saúde de normativas baseadas em evidências para as decisões e acompanhamentos necessários ao nascimento.

Outra questão importante é o compartilhamento de informações com as gestantes acerca dos riscos de desfechos/resultados negativos em curto e longo prazo da

realização do procedimento. Destacamos, no quadro 6 alguns dos riscos que devem ser informados à gestante durante a tomada de escolhas e condutas.

Quadro 6 – Possíveis resultados adversos em curto e longo prazo da realização de cesariana²¹

Curto prazo	Longo prazo
<ul style="list-style-type: none"> ● Lesão vesical, intestinal e ureteral; ● Hemorragia puerperal; ● Infecções; ● Repercussões na qualidade de vida relacionada à saúde como o desempenho das atividades cotidianas de autocuidado e de cuidados com o bebê; ● Admissão em UTI/CTI; ● Histerectomia periparto; ● Doença tromboembólica; ● Morte materna; ● Dificuldades no contato pele-a-pele repercutindo no 	<p>Resultados em futuras gestações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Acretismo placentário; ● Ruptura uterina; ● Natimorto. <p>Outros resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Incontinência urinária; ● Incontinência fecal; ● Depressão pós-parto; ● Transtorno de estresse pós-traumático.

estabelecimento da	
amamentação;	
● Perda de contato do feto com a	
microbiota vaginal.	

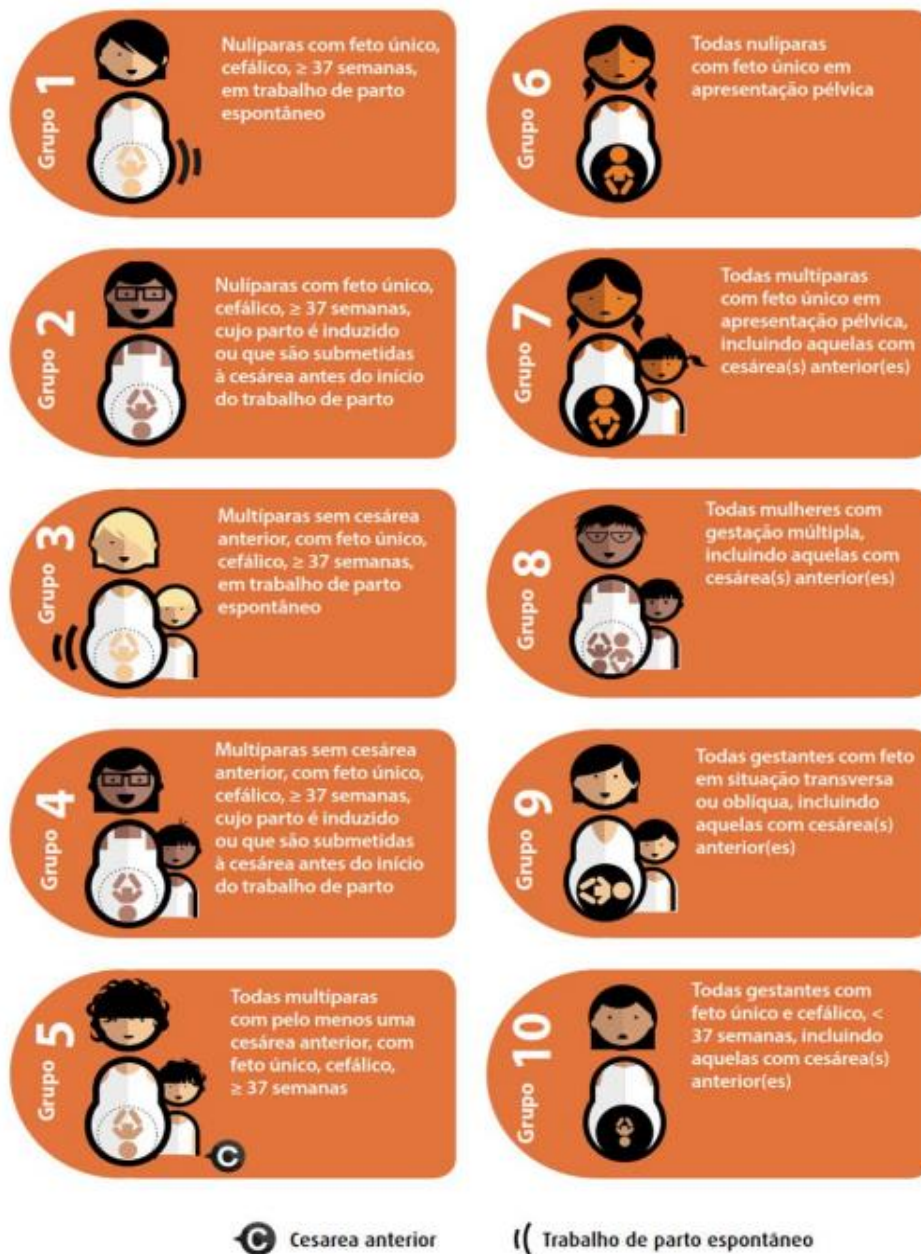
Um importante documento a ser preenchido conjuntamente com a gestante é o termo de consentimento para a realização da cesariana. O texto apresentado no documento deve incluir orientações de forma clara e acessível sobre opções de tratamento, riscos e benefícios do procedimento, incluindo o risco da não realização da cesariana.^{1,7}

CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

Avaliando as estratégias para a redução das taxas de cesariana no mundo, a OMS destaca que a Classificação de Robson deve ser adotada em todos os hospitais para estratégia de avaliação, monitoramento e identificação dos grupos, que necessitam de intervenções para a redução da realização do procedimento. Além disso, é possível comparar taxas ao longo do tempo na instituição e entre instituições.²

A classificação de Robson utiliza seis conceitos obstétricos para incluir todas as mulheres em algum dos 10 grupos classificatórios, sendo mutuamente exclusivos. As características utilizadas são: paridade (nulípara, multípara), número de fetos (gravidez única ou múltipla), idade gestacional (termo, pré-termo), início do trabalho de parto (espontâneo, induzido, cesárea antes do trabalho de parto), apresentação fetal (cefálica, pélvica, transversa) e a cesárea anterior (presente e ou ausente).^{1,22}

Quadro 1: Classificação de Robson



Imprima a figura Classificação de Robson.

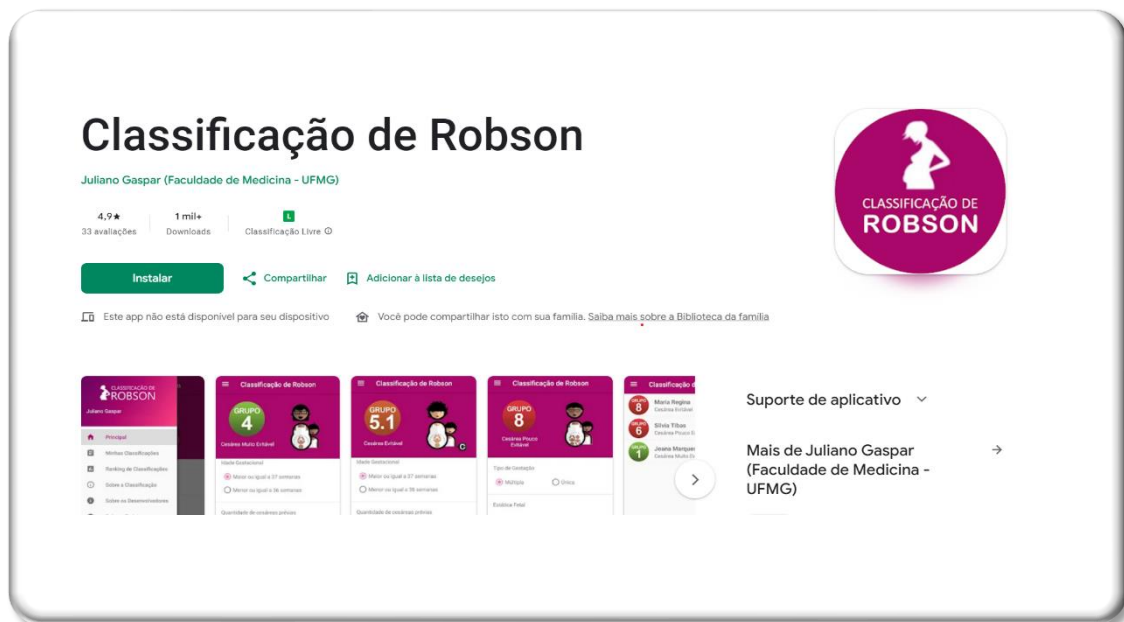
Grupo	População Obstétrica²²
1	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
2	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto
2a	Trabalho de parto Induzido
2b	Cesárea antes do Trabalho de Parto
3	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
4	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto
4a	Trabalho de parto Induzido
4b	Cesárea antes do Trabalho de Parto
5	Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas
5a	Apenas 1 cesárea anterior
5b	Mais de 1 cesárea anterior
6	Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica
7	Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
8	Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
9	Todas gestantes com feto em apresentação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
10	Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)



Imprima o quadro População Obstétrica.

Para melhor estratificação das gestantes, os grupos 2, 4 e 5 podem ser subdivididos, conforme quadro acima.

Para auxiliar o profissional na Classificação de Robson, existem aplicativos como o ilustrado abaixo criado pela professora Zilma Reis e pelo cientista da computação Juliano Gaspar da Faculdade de Medicina da UFMG.



A tabela abaixo, extraídas do Painel de monitoramento de nascidos vivos (SINASC)²³, apresentam a classificação de risco epidemiológico segundo Robson com um recorte temporal de 2014 a agosto de 2023. A tabela permite uma visualização dos 10 grupos e as taxas de cesariana por grupo de Robson (tabela 1).

Tabela 1 – Taxa de cesariana segundo Classificação de Risco Epidemiológico no Brasil (Grupos de Robson)²³

Por ano de referência e grupo de robson												
Ano de referência	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8	Grupo 9	Grupo 10	Branco/Ignorado	Todos
▶ 2014	48,73	69,44	21,53	44,50	86,61	89,48	84,68	82,52	96,97	50,75	59,89	56,99
▶ 2015	45,55	68,20	19,45	44,34	85,43	89,32	84,74	82,58	96,91	49,79	57,92	55,48
▶ 2016	44,80	69,20	18,86	45,79	85,00	89,49	85,90	83,28	96,95	50,14	56,19	55,39
▶ 2017	44,57	69,80	18,55	46,10	85,04	90,42	87,16	83,86	97,06	50,77	56,76	55,66
▶ 2018	44,21	70,77	18,60	47,23	85,19	91,37	87,83	84,41	97,19	51,35	55,24	55,94
▶ 2019	44,00	71,70	18,60	48,43	85,21	91,91	88,48	84,50	97,39	52,61	55,15	56,30
▶ 2020	44,37	73,06	19,12	50,38	85,90	91,79	88,71	85,11	96,87	53,93	54,16	57,22
▶ 2021	43,75	72,91	19,07	50,64	85,50	91,69	88,89	85,68	97,13	54,25	55,49	57,01
▶ 2022*	44,31	73,93	19,39	52,11	85,85	92,00	89,03	86,35	97,00	55,07	54,46	58,11
▶ 2023*	44,69	74,60	19,96	53,13	86,21	92,04	89,18	87,49	97,47	56,25	55,76	59,08

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Agosto de 2023

Os serviços de saúde devem se comprometer a acompanhar periodicamente o indicador, avaliando os grupos de maior prevalência para a realização do procedimento, traçando estratégias de prevenção nos casos evitáveis e pactuando protocolos assistenciais, que busquem a qualificação do cuidado.

FICA A DICA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Toda gestante, durante o pré-natal, deve ser informada sobre os riscos de uma cesariana desnecessária e as reais indicações desta via de parto, como também incentivada para o parto vaginal.
- Ações de educação em saúde, como rodas de conversa com as gestantes, devem ser realizadas durante o pré-natal, para a construção do conhecimento acerca das práticas recomendadas e não recomendadas no trabalho de parto e parto e fortalecimento das suas competências próprias
- As mulheres devem ser informadas sobre as práticas não recomendadas durante a assistência ao trabalho de parto e parto.
- Toda gestante, durante o pré-natal, deve ser estimulada a construir o plano de parto oportunizando o conhecimento acerca dos direitos assegurados, dos cuidados a serem realizados e das boas práticas na assistência ao trabalho de parto e nascimento.
- Toda gestante deve ser estimulada a conhecer a maternidade de referência em que o parto possivelmente será realizado.
- É fundamental compartilhar com as gestantes os riscos e benefícios de cada via de parto buscando a construção de um conhecimento que levará a escolhas mais conscientes e autônomas.

FICA A DICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

- É fundamental compartilhar com as gestantes os riscos e benefícios de cada via de parto buscando a construção de um conhecimento que levará a escolhas mais conscientes e autônomas.
- Toda a assistência ao trabalho de parto e parto deve ser baseada em evidência científica para a qualificação do cuidado e melhoria dos indicadores assistenciais.
- A atenção ao parto e nascimento deve ser estruturada em um modelo colaborativo de atenção em que saberes de médicos e enfermeiras obstétricas são compartilhados.
- A mulher deve ser o centro do cuidado, sua singularidade e individualidade deve ser respeitada durante todo o processo de parturição.
- As maternidades devem oferecer ambiência adequada à assistência ao trabalho de parto e parto, com áreas de deambulação e quartos com banheiros individualizados às parturientes, que garantam conforto e privacidade (quartos PPP).
- Práticas como verticalização da parturiente, presença do acompanhante, métodos não farmacológicos para alívio a dor, favorecem a vivência positiva do parto e nascimento.
- Enema, amniotomia de rotina, infusão de fluído intravenoso, puxos dirigidos, episiotomia, pressão no fundo uterino são práticas não recomendadas na assistência ao parto.

- A cesariana é um procedimento que salva a vida de mulheres e bebês em situações de sua adequada indicação, porém taxas superiores a 15% não se associam a redução de morbimortalidade materna e neonatal.
- A Classificação de Robson é uma estratégia recomendada para avaliar e monitorar as taxas de cesariana no mundo.
- Os indicadores construídos na Classificação de Robson devem ser periodicamente analisados na busca de estratégias para a redução da cesariana nos grupos em que sua indicação pode ser evitada.

PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 9

Cabe aos gestores - Atenção Especializada Hospitalar

- Realizar capacitações periódicas das equipes sobre Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento.
- Criar Estratégias Antirracistas devem ser adotadas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Criar estratégias para que os profissionais se atentem aos determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor e suas interfaces na assistência as mulheres.
- Elaborar protocolos de assistência ao parto baseado em evidências científicas atualizadas e pactuar com todas as equipes.
- Criar estratégias para o enfrentamento do Racismo/Violência Obstétrica nas instituições de saúde.
- Adequar a ambiência dos espaços de trabalho de parto e parto de modo a cumprir as normas da RDC 36/2008 da ANVISA, criando os quartos PPP.
- Garantir espaço para deambulação de parturientes, e que os espaços de trabalho de parto tenham os métodos não farmacológicos e alívio da dor (bola, cavalinho, escada de ling), bem como as banquetas para o parto vertical, e incentivar o seu uso na assistência.

- Garantir acesso à analgesia farmacológica segundo protocolo da instituição sustentado em evidências científicas.
- Monitorar indicadores de boas práticas de atenção ao parto e nascimento e de taxas de cesariana por grupos de Robson.
- Garantir enfermeiras obstetras em todos os plantões.
- Garantir a visita das gestantes e seus acompanhantes à maternidade.

Cabe aos gestores - Atenção primária e Atenção especializada ambulatorial:

- Capacitar as equipes de saúde para abordagem sobre as vantagens do parto normal junto às gestantes e famílias.
- Criar Estratégias Antirracistas devem ser adotadas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Criar estratégias para o enfrentamento do Racismo/Violência Obstétrica nas instituições de saúde.
- Organizar a atenção ao planejamento reprodutivo de modo a garantir o acesso a métodos contraceptivos no pós-parto, incluindo a inserção do DIU de cobre.

Cabe aos profissionais de saúde – Atenção Especializada Hospitalar:

- Seguir o protocolo da instituição baseado em evidências científicas, com preenchimento correto e em tempo real, do partograma.
- Apoiar as mulheres e fortalecê-las, rompendo o ciclo do medo-tensão-dor.
- Utilizar os métodos não farmacológicos de alívio da dor e, quando esgotados, e necessária (seguindo o protocolo da instituição), utilizar a analgesia farmacológica.
- Adotar Estratégias Antirracistas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Promover assistência livre de racismo obstétrico e violência obstétrica.
- Desenvolver o trabalho no regime colaborativo entre médicos e enfermagem obstétrica.
- Respeitar o plano de parto construído pela parturiente e discutir as possibilidades reais de sua execução.

Cabe aos profissionais de saúde - Atenção primária e Atenção especializada ambulatorial:

- Adotar Estratégias Antirracistas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Promover assistência livre de racismo obstétrico e violência obstétrica.
- Conversar com as gestantes, em grupo ou individualmente, desfazendo mitos e desmistificando o medo do parto vaginal.
- Realizar rodas de conversas com gestantes no momento das consultas de pré-natal com temas que fortaleçam a autoconfiança das mulheres no processo de parir.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana[Internet]. Brasília: Conitec; 2016[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf.
2. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas[Internet]. OMS: Genebra; 2015[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3.
3. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. Femina[Internet]. 2010[acesso em 30 dez 2023];38(8):415-22. Disponível em: https://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_I.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011 que institui a Rede Cegonha https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
5. International Confederation of Midwives. Competencias esenciales para la práctica de la partería[Internet]. The Netherlands: ICM; 2019[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/icm-competencies-es-screens---28-oct-2019.pdf>.
6. Fundo de População das Nações Unidas. Estratégia Mundial de Obstetrícia 2018-2030[Internet]. Brasília: UNFPA Brasil; 2021[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estrategia_mundial_de_obstetricia_2018-2030_vf.pdf.
7. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>.
8. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(4):CD004667. doi: [10.1002/14651858.CD004667.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub2). Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2013;8:CD004667.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 22 set 2017[acesso em 8 fev 2024]; 183(seção 1):68. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da gestante[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante_8e_d.pdf
12. Granado S, Leal MC, Bittencourt S, Esteves AP, Caetano K. Atenção ao pré-natal e ao parto entre as mulheres negras. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório da Oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023[acesso em 8 fev 2024]. p. 29-36. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio_oficina_morte_materna-1.pdf.
13. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Rev Estud Fem. 2002;10(1):171-88. [10.1590/S0104-026X2002000100011](https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011).
14. Pasche DF, Pessatti MP, Silva LBRA de A, Matão MEL, Soares DB, Caramachi AP da C. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. Ciênc saúde coletiva. 2021;26(3):887-96. doi: [10.1590/1413-81232021263.45262020](https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45262020).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36 da ANVISA, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União[Internet]. 4 jun 2008[acesso em 30 dez 2023];105(seção 1):50. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_r_ep.html.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União[Internet]. 27 jun 2011[acesso em 30 dez 2023];121(seção 1):109.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018. [acesso em 30 dez 2023].

Disponível em:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017[acesso em 30 dez 2023].

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

19. Gama SG, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):123. doi: [10.1186/s12978-016-0236-7](https://doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7).

20. Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *Femina*[Internet]. 2010[acesso em 30 dez 2023];38(10):505-16. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>.

21. NICE. Intrapartum care: NICE guideline 235[Internet]. Manchester: NICE, 2023[acesso em 8 jan 2023]. Disponível em:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>.

22. World Health Organization. Robson Classification: Implementation Manual[Internet]. Geneva: WHO; 2017[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513197>.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de monitoramento de nascidos vivos (SINASC)[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>.



10 PASSOS

DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA
REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

PASSO 10

Garanta **vigilância e assistência permanente no puerpério**

10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna

Passo 10 - Garanta **vigilância e assistência permanente no puerpério**

2024
1ª Edição

SUMÁRIO

TÓPICOS DE DESTAQUE	4
IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES.....	5
INTRODUÇÃO	6
CONCEITOS IMPORTANTES.....	10
HORA DE OURO – QUARTO DE PARTO	10
VIGILÂNCIA NO PUERPÉRIO NOS CONTEXTOS DAS UNIDADES DE SAÚDE	12
VIGILÂNCIA DO PUERPÉRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	18
CONSULTA PUERPERAL.....	18
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....	24
ASPECTOS PSICOAFETIVOS	28
SINAIS DE ALERTA NO PUERPÉRIO	32
VIGILÂNCIA AO PUERPÉRIO PATOLÓGICO	33
FICA A DICA PARA A ATENÇÃO PRIMARIA	43
FICA A DICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	45
PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 10	47
REFERÊNCIAS.....	52

TÓPICOS DE DESTAQUE

- 1. Promova vigilância nas 02 primeiras horas de pós-parto para todas as puérperas com alto risco de sangramento.**
- 2. Mantenha vigilância e cuidado próximo à mulher no puerpério identificando sinais precoces de infecção, dificuldades de amamentação e no autocuidado e alterações de saúde mental.**
- 3. Identifique sinais precoces de infecção (como febre, dores na cicatriz de parto - cesárea e episiotomia/lacerações), dificuldades de amamentação, alterações de saúde mental e autocuidado.**
- 4. Promova continuidade de tratamento de patologias identificadas durante a gestação, com transferência adequada do cuidado para a atenção primária.**
- 5. Ofereça método contraceptivo eficaz de acordo com as necessidades de planejamento reprodutivo da mulher.**

IMPORTANTE TAMBÉM ATENTAR PARA AS SEGUINTE AÇÕES

1. Promova a Hora de Ouro – contato pele-a-pele e amamentação.
2. Promova, proteja e apoie o aleitamento materno.
3. Estabeleça protocolos assistenciais pactuados com toda a equipe para o atendimento da puérpera.
4. Construa fluxogramas pactuados com todos os setores envolvidos com a assistência à puérpera.

INTRODUÇÃO

A vigilância às puérperas e a promoção de cuidados assistenciais de forma permanente no puerpério são estratégias que auxiliam na identificação precoce de complicações e possibilitam o acesso a serviços de saúde, de acordo com as necessidades da mulher em seu contexto de saúde, social e comunitário.

O puerpério é compreendido como um período que inicia imediatamente após o nascimento e se estende por até seis semanas em torno de 42 dias. Momento crítico para as mudanças de ordem física, biológicas, bioquímicas, mas, também, um momento de intensas mudanças de caráter psíquico e emocional, que podem colocar a puérpera em situações de maior vulnerabilidade.¹

O Ministério da Saúde em suas pactuações e compromissos com a saúde das mulheres ressalta que todos os profissionais em toda a rede de atenção precisam promover práticas de saúde integral no puerpério envolvendo várias ações, que não tenham apenas o foco nos aspectos físicos, mas na compreensão dos aspectos psicoafetivos que envolvem o nascimento de uma criança e as modificações ocorridas na família e na rede de apoio.²

A identificação de uma rede de apoio que possa auxiliar na vivência desta etapa torna-se essencial, compreendendo a composição da rede como o suporte familiar/social e a inclusão de profissionais da saúde capacitados em práticas de incentivo ao aleitamento materno e identificação de fatores que possam contribuir para o

surgimento de situações indesejadas e as dificuldades de adaptação neste momento de vida da mulher/família.^{1,2}

As gestantes acometidas por complicações gestacionais necessitam de vigilância permanente no puerpério, com vistas ao acompanhamento dos quadros apresentados, avaliando sua remissão, estabilização ou identificando precocemente sinais que possam sugerir a permanência das alterações ou mesmo o seu agravamento.

Toma-se por exemplo as síndromes hipertensivas da gestação que requerem acompanhamento dos níveis pressóricos no puerpério, no ajuste de medicamentos hipotensores e no acompanhamento de possíveis alterações laboratoriais como as hepáticas e renais.^{2,3}

**ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES NO PUERPÉRIO NÃO PODE
SER NEGLIGENCIADA.**

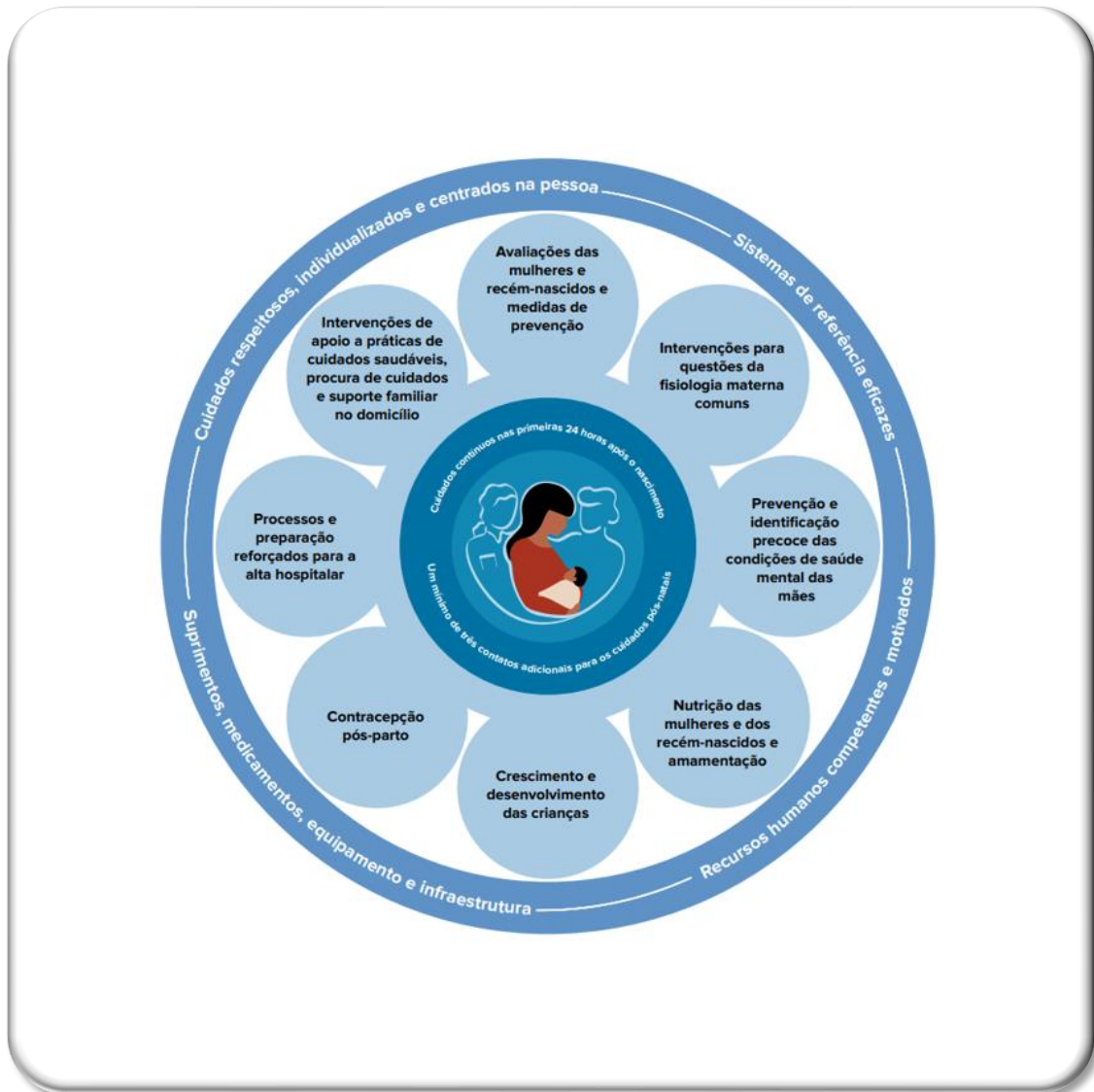
Os serviços de saúde, em especial a atenção primária, precisam assegurar o direito da puérpera a, no mínimo, uma consulta puerperal, com vistas ao acompanhamento das modificações físicas, psíquicas e emocionais, aos cuidados com o aleitamento materno e o aconselhamento reprodutivo.

A Rede Cegonha descreve os cuidados puerperais na “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI), que se configura como uma estratégia em saúde na qual são realizadas atividades integrais na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN), visando a identificação precoce de complicações que produzem impacto na morbimortalidade materna e infantil no Brasil.^{2,4}

Dentre as ações preconizadas para a primeira semana estão: a realização da imunização do recém-nascido e triagens recomendadas (ex: triagem neonatal); a realização de ações de avaliação e apoio ao aleitamento materno com identificação precoce de complicações que levam ao desmame; a avaliação da situação vacinal e da saúde materna; a oferta em tempo oportuno de métodos de contracepção e aconselhamento reprodutivo; o fechamento dos cuidados iniciados no pré-natal, compreendendo o puerpério como parte do ciclo gravídico e que necessita de cuidados.^{1,2,4}

A Organização Mundial de Saúde propõe uma assistência ao puerpério centrada na mulher, contemplando uma série de cuidados frente às suas necessidades de saúde prioritárias. O entendimento desse esquema é fundamental para a promoção da assistência integral, redução de iniquidades e condução de práticas assistenciais sustentadas em evidências científicas e na segurança das ações que serão discutidas neste passo.¹

Figura 1: Representação esquemática do modelo de atenção pós-natal da OMS¹



CONCEITOS IMPORTANTES

HORA DE OURO

O estabelecimento da Hora de Ouro (“Golden Hour”) nos cenários de parto se refere às práticas realizadas na primeira hora da mãe com o seu recém-nascido. Como cuidado central, é recomendado o contato pele-a-pele imediato e ininterrupto após o parto colocando o bebê sem roupa em posição ventral sobre o tórax ou abdômen desnudo da mãe, de acordo com sua vontade, coberto com um tecido aquecido. As evidências demonstram que tal cuidado ajuda na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina (com controle térmico por exemplo), estimula o vínculo mãe-filho e promove as práticas voltadas para a amamentação.^{2,5,6}

O contato pele-a-pele durante a primeira hora aproveita o primeiro período de alerta e promove o chamado “comportamento pré-alimentar” organizado, no qual o recém-nascido inicia movimentos de busca e sucção espontâneos, a seguir localiza a mama, abocanha o mamilo e começa a sugar. Estudos demonstram que os recém-nascidos, que tiveram contato pele-a-pele contínuo por uma hora e meia, apresentaram mais sucesso na primeira mamada, estabeleceram a amamentação efetiva em menor tempo e houve repercussão positiva na produção do leite pela sucção precoce.^{5,7}

Os benefícios do contato pele-a-pele em recém-nascidos saudáveis sobre o aleitamento materno se estendem a longo prazo, com o aumento dos índices de aleitamento materno nos primeiros 4 meses pós-parto, assim como, a duração total da amamentação.^{1,2,8}

Infelizmente, nos cenários do parto nos deparamos com alguns desafios a serem superados: o descumprimento da hora de ouro para a realização de procedimentos no recém-nascido, a falta de incentivo ao aleitamento imediato na sala de parto pelos profissionais de saúde, a separação de mães e recém-nascidos por conveniência dos profissionais durante o parto cesariana.

As práticas rotineiras de cuidado ao recém-nascido saudável, como antropometria, prevenção de oftalmias e administração de vitamina K, podem afetar negativamente o contato logo após o parto entre a mãe e o seu bebê e devem ser postergadas para a garantia da Hora de Ouro, sem prejuízos ao recém-nascido. Estudos reforçam a importância de se promover o contato pele-a-pele, inclusive na cesariana com o auxílio do acompanhante e dos profissionais de saúde.^{1,5,6,8}

Não podemos deixar de destacar os impactos positivos que a hora de ouro produz na puérpera. Os benefícios do contato pele-a-pele estendem-se com a liberação de ocitocina durante a sucção do bebê ao seio, o que estimula fisiologicamente a contração uterina produzindo possíveis reflexos na prevenção das hemorragias puerperais.^{5,6}

VIGILÂNCIA NO PUERPÉRIO

As mulheres e bebês saudáveis e sem complicações devem receber cuidados nas unidades de saúde por pelo menos 24 horas após o parto normal.^{1,9}

O sumário de recomendações proposto pela Organização Mundial de Saúde^{1,9} e pelo Ministério da Saúde¹⁰ define como cuidados a serem realizados no puerpério:

- 1.** Avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para a identificação da atonia uterina e prevenção das Hemorragias de Pós-Parto é recomendada para todas as mulheres. Inicialmente (nas primeiras 2 horas), ela deve ser feita de 15 em 15 minutos.

Atentar para a avaliação dos lóquios: volume, coloração, odor, presença de coágulos.

A massagem uterina sustentada não é recomendada como intervenção para prevenir (HPP) em mulheres que receberam ocitocina profilática.

- 2.** Todas as puérperas devem ter avaliação regular (recomendamos ser em um intervalo de 15 em 15 min nas primeiras duas horas) de sangramento vaginal, contração uterina, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca (pulso), temperatura e pressão arterial, 4/4h ou 6/6h após as primeiras 2 horas, até completar 24 horas.

3. Avaliação periódica (de 15 em 15 min nas primeiras duas horas) dos dados vitais atentando para temperatura, pulso e pressão arterial.
4. A eliminação de urina deve ser documentada dentro de seis horas. Solicitar assistência, se após 6 horas do parto a bexiga for palpável e ainda não ocorreu micção.
5. O resfriamento local, como bolsas de gelo ou compressas frias, pode ser oferecido às mulheres no período pós-parto imediato para o alívio da dor aguda do trauma perineal sofrido durante o parto, com base nas preferências da mulher e opções disponíveis.
6. Aconselhamento dietético e informações sobre fatores associados à constipação devem ser oferecidos às mulheres para a prevenção da constipação pós-parto.
7. Avaliação precoce das condições emocionais da mulher em resposta ao trabalho de parto e parto.
8. Atentar para a possibilidade de oferta do Contraceptivos de Longa Duração (LARCs), em especial o DIU pós-parto (pós-parto imediato) e o implante subdérmico, se a mulher fizer a escolha pelo método.

**O MANEJO ATIVO DO TERCEIRO ESTÁGIO (10 UI DE OCITOCINA IM)
É A INTERVENÇÃO PRIMÁRIA MAIS IMPORTANTE NA PREVENÇÃO
DA HPP.¹⁰**

Para alívio a dor e desconforto no puerpério a OMS¹ recomenda:

- 1.** Uso do paracetamol oral como primeira opção para o alívio da dor perineal pós-parto se necessário.
- 2.** Uso de anti-inflamatórios não esteroides orais (AINEs) para alívio das cólicas uterinas se necessário.

Atentar para as puérperas com algum diagnóstico de síndrome hipertensiva.

Um avanço fundamental no ambiente hospitalar para apoio e promoção da amamentação no puerpério está regulamentada na Portaria nº 18 de 1983¹¹, que estabelece normas e torna obrigatória a permanência do bebê ao lado da mãe, 24h por dia, por meio do Sistema de Alojamento Conjunto nos hospitais públicos e conveniados.¹²

O alojamento conjunto constitui-se como espaço de cuidado para apoio à amamentação nas primeiras horas de vida, auxiliando a puérpera e seus acompanhantes nos cuidados e práticas que envolvem o aleitamento materno.^{1,5}

Problemas associados ao aleitamento, como obstrução mamária, pega incorreta do recém-nascido ao seio, fissuras mamilares, ingurgitamento mamário, mastite devem ser identificados precocemente e tratados como prioridades no acompanhamento da mulher e aconselhamento para a alta.^{1,9}

O acompanhamento em um contexto multiprofissional dos sinais e sintomas psíquicos e emocionais associados a depressão e ansiedade pós-parto é uma ação fundamental para a saúde das mulheres. Os serviços de saúde devem possuir intervenções psicossociais e/ou psicológicas com vistas à prevenção e identificação precoce dos fenômenos psíquicos comuns ao período puerperal.^{1,9}

A trama gestacional nos convida para seguir um fio conectivo entre o acompanhamento pré-natal e puerperal. No âmbito psicológico, há uma preocupação sensível quanto às mudanças emocionais e comportamentais, que diferem das mudanças físicas, sinalizando-nos a relevância de um olhar multiprofissional para essa mulher. Por vezes, esse fio nos leva a observar uma extensão do período do puerpério para além dos 42 dias, direcionando-nos para a complexidade que envolve a nova vida dessa mulher, após o nascimento do bebê. Puerpério é dar espaço ao desconhecido, que produzirá um novo modo de estar e ser no mundo das mulheres, agora, mães.¹³

O planejamento da alta de puérperas e bebês para o domicílio é fundamental como uma estratégia para prevenção de complicações. As unidades de saúde em que o parto ocorreu devem estar preparadas para realizar a contrarreferência da puérpera aos serviços de atenção primária para o segmento do acompanhamento do puerpério.

Para a alta, alguns cuidados permanecem essenciais e repercutem na melhoria de resultados maternos e neonatais. Atentar para os seguintes pontos¹:

- 1.** Avaliação do bem-estar físico do binômio (atentando para os sinais de alerta apresentados anteriormente);
- 2.** Avaliação do bem-estar emocional da mulher (atentando para sinais de depressão e ansiedade que podem repercutir no cuidar de si mesma e do recém-nascido);
- 3.** Educação em saúde com vista ao desenvolvimento de habilidades e a confiança da mulher para cuidar de si mesma;
- 4.** Educação em saúde com vista ao desenvolvimento de habilidades e confiança dos pais e cuidadores para cuidar do recém-nascido;
- 5.** Avaliação do ambiente domiciliar e outros fatores que podem influenciar a capacidade de cuidar da mulher e do recém-nascido em casa e seu comportamento de busca por atendimento.
- 6.** Realização da alta responsável, com organização de comunicação efetiva com a APS sobre a alta materna e neonatal, para garantir o seguimento ambulatorial.
- 7.** Entrega sumário de alta com informações completas e recomendações para o seguimento ambulatorial.

O fornecimento de informações, intervenções educacionais e aconselhamento, antes da alta hospitalar, para a mulher, pais e cuidadores são recomendados. Melhoram os resultados de saúde materna e neonatal e facilitam a

VIGILÂNCIA DO PUERPÉRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

CONSULTA PUERPERAL

A continuidade do acompanhamento da puérpera deve acontecer o mais precocemente possível na atenção primária e só se encerrar após o 42º dia, período máximo para que pelo menos a primeira consulta de puerpério tenha sido realizada. Neste sentido, é preconizado que a maternidade, no momento da alta, faça a contrarreferência para a atenção primária à qual a mulher e seu bebê estão vinculados.² Lembre-se que a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado e a ordenação das redes são diretrizes da APS pontuadas pela PNAB.¹⁴

O modelo de consulta puerperal pode ser realizado na Unidade básica de saúde ou na visita domiciliar. Os profissionais devem se atentar para:

- 1.** Avaliar o estado de saúde da mulher atentando para micção e incontinência urinária, função intestinal, cicatrização da cirurgia cesariana ou qualquer lesão perineal, dor de cabeça, fadiga, dor nas costas, dor e higiene perineal, dor mamária e sensibilidade uterina e lóquios. PA, pulso, padrão respiratório, cor das mucosas e febre presente ou referida, devem ser avaliadas.

2. Avaliar o estado de saúde do recém-nascido atentando para o peso, a postura, a atividade espontânea, o padrão respiratório, o estado de hidratação, as eliminações e o aleitamento materno, a ectoscopia, as características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), o crânio, as orelhas, os olhos, o nariz, a boca, o pescoço, o tórax, o abdômen (as condições do coto umbilical), a genitália, as extremidades e a coluna vertebral.

Orientar e apoiar a família para a amamentação;

- 3.** Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- 4.** Avaliar o bem-estar emocional e a interação da mãe com o recém-nascido e rede de apoio;
- 5.** Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las aos serviços especializados;
- 6.** Promover aconselhamento reprodutivo.

O profissional que atende a puérpera deve fazer uma análise cuidadosa de como foi a gestação e abordar a gestante acerca de como ocorrer o parto, com o preenchimento de dados importantes como: tipo de parto; se parto cesárea, qual indicação deste tipo de parto; intercorrência que ocorreram (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes,

convulsões); atentar se recebeu alta em uso de algum medicamento (antibiótico, ferro, ácido fólico, vitamina A, hipotensor).²

ROTEIRO DE PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS DURANTE O ENCONTRO COM A PUÉRPERA²

- Como você se sente hoje? Como têm sido seus dias?
- Quem está te apoiando no dia a dia?
- Como está o Aleitamento? (Direcionar a atenção para frequência das mamadas, dia e noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas)
- Você está se alimentando bem? (Direcionar para sono, atividades diárias, rede de apoio, mudanças de humor, tristeza excessiva)
- Têm alguma queixa específica? Como está o sangramento? (Atentar para dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre)
- Já pesou em algum método para prevenir outro bebê? Deseja algum método específico?
- Em que posso te ajudar?



Imprima roteiro de perguntas a serem realizadas durante o encontro com a puérpera.

Durante a avaliação clínica da puérpera não podemos esquecer:

Quadro 1 – Avaliação clínica da puérpera^{1,2,9}

Avaliação	Atenção especial
Sinais Vitais e Aspecto Geral	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência cardíaca; • Temperatura; • Pressão arterial; • Estado das mucosas (coloração, turgescência, hidratação).
Aparelho digestivo e urinário	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminação fisiológica: avaliar a eliminação de urina e fezes; • Aspecto geral da urina: cor, volume, odor; • Presença de dor durante eliminações.
Aparelho reprodutor	<ul style="list-style-type: none"> • Útero <ul style="list-style-type: none"> • Involução uterina (cicatriz umbilical); • Consistência à palpação; • Presença de dor à palpação; • Avaliar ferida operatória se parto cesariana (presença de secreção e se sim, qual aspecto).
	<ul style="list-style-type: none"> • Genitais <ul style="list-style-type: none"> ○ Higiene; ○ Cicatriz da episiorrafia e lacerações vaginais (atentar para qual o tipo de laceração ocorreu); ○ Presença de edemas e hematomas; ○ Lóquios (cor, odor, volume).
	<ul style="list-style-type: none"> • Ânus <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemorroidas (aspecto, coloração, dor, sangramento).

Membros inferiores	<ul style="list-style-type: none"> • Dor (principalmente na panturrilha e região inguinal); • Presença de calor, eritema; • Edemas e classificação; • Dificuldades de deambulação.
Mamas	<ul style="list-style-type: none"> • Consistência, temperatura; • Conformação dos mamilos; • Sinais de apojadura; • Presença de fissuras, ingurgitamento ou sinais de mastite.

Na consulta de puerpério e avaliação da mamada devemos estar atentos para²:

1. Garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola.
2. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos.
3. O ingurgitamento mamário é mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto. Oriente a mulher quanto à ordenha manual, ao armazenamento e à doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano.
4. Atentar para demais problemas com a mama como fissuras e mastite.
5. Encaminhar a puérpera aos serviços especializados para acompanhamento dos problemas referentes ao aleitamento materno.

A OMS¹ ressalta que as puérperas sem contraindicação devem:

- Realizar atividades físicas regulares durante todo o puerpério;
- Fazer pelo menos 150 minutos de atividade física durante a semana para benefícios substanciais à saúde;
- Incorporar uma variedade de atividades físicas e de fortalecimento muscular; adicionar alongamento suave também pode ser benéfico.^{1,2}
- Exemplos de atividades aeróbicas de intensidade moderada recomendadas são caminhadas, bicicleta, corrida com duração de 30 minutos por dia.¹⁵

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

O acesso ao planejamento reprodutivo é direito da puérpera, que deve ser orientada por um profissional capacitado com a oferta do método mais apropriado a cada situação avaliada.

De forma geral o Ministério da Saúde² destaca que:

- 1.** Toda puérpera deve receber orientações sobre o planejamento reprodutivo e a utilização de método contraceptivo, caso deseje.
- 2.** Informe sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto e auxilie na escolha do método.
- 3.** Disponibilize o método escolhido pela mulher com instruções para o seu uso, dizendo-lhe o que deve ser feito, se o método apresentar efeitos adversos e dando-lhe instruções para o seguimento.

São algumas opções de métodos contraceptivos a serem oferecidos à puérpera durante a consulta.

- 1.** DIU com cobre;
- 2.** DIU com levonorgestrel;
- 3.** Contraceptivos orais do tipo progestágenos;
- 4.** Contraceptivos injetáveis à base de progestágenos;
- 5.** Laqueadura tubária;

6. Métodos de barreira (camisinha masculina e feminina);
7. Implante subdérmico.

Quadro 2 – Método e indicação para início do uso^{2,16}

Método	Indicação para início de uso
DIU com cobre de seguimento	<ul style="list-style-type: none"> ● Em qualquer dia do ciclo menstrual (desde que excluída gravidez). ● Para as usuárias de DIU com cobre que desejam substituí-lo, a remoção do antigo e inserção do novo pode ser efetuada no mesmo momento e em qualquer dia do ciclo.
DIU com cobre pós-parto ou abortamento	<ul style="list-style-type: none"> ● No pós-parto imediato (até 10 minutos após dequitação). ● Pós-abortamento pode ser inserido logo após o procedimento de curetagem ou aspiração manual intrauterina, desde que não haja quadro infeccioso. ● Depois do prazo de 4 semanas do parto.
DIU com levonorgestrel (DIU-LNG) pós-parto ou abortamento	<ul style="list-style-type: none"> ● Consiste em um método de longa duração que libera de forma constante e regular o hormônio levonorgestrel no útero da mulher. ● No pós-parto imediato (até 10 minutos após dequitação), mas pode ser feito até 48 horas após o parto. ● Pós-abortamento pode ser inserido logo após o procedimento de curetagem ou aspiração manual intrauterina, desde que não haja quadro infeccioso. ● Depois do prazo de 4 semanas do parto.

A consulta de seguimento após inserção de DIU deverá ocorrer após o próximo ciclo menstrual ou de 30 a 40 dias após a inserção.

<p>Anticoncepcional oral (ACO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● O anticoncepcional hormonal oral só de progesterona (minipílula) pode ser iniciado na puérpera que está amamentando 6 semanas após o parto. ● O anticoncepcional injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona, 150mg/ml – pode ser iniciado na puérpera que está amamentando 6 semanas após o parto. ● O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal não devem ser utilizados em lactantes até o sexto mês pós-parto, pois interferem na qualidade e na quantidade do leite materno.
<p>Laqueadura</p>	<p>Lei 14.443/2022</p> <ul style="list-style-type: none"> ● I- Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce. ● § 2º A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias. ● Dispensa o consentimento do cônjuge para autorizar a laqueadura, em mulheres, e vasectomia, em homens.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ressaltamos a alternativa da realização da laqueadura periumbilical, com especial indicação nas puérperas no pós-parto vaginal.
Métodos de barreira (camisinha masculina e feminina)	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser sempre amplamente indicado no retorno à atividade sexual não apenas para prevenção da gestação como das infecções sexualmente transmissíveis.
Implante subdérmico	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste em um pequeno bastão de plástico, com cerca de 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro, que libera o hormônio etonogestrel (uma progestina) na corrente sanguínea. • É inserido no espaço subdérmico. O local de inserção é sobre o tríceps braquial: cerca de 8 a 10 cm do epicôndilo medial do úmero e 3 a 5 cm posterior (abaixo) ao sulco entre o bíceps e o tríceps braquial. • O implante fornece contracepção eficaz por até 3 anos (embora em alguns estudos a eficácia tenha persistido por até 5 anos).

Deve-se considerar que mulheres que não amamentam podem voltar a ovular, aproximadamente, quatro semanas após o parto. Assim, devem ter uma orientação contraceptiva bem orientada, considerando seus direitos sexuais e reprodutivos.³

ASPECTOS PSICOAFETIVOS

O Manual do Ministério da Saúde² ressalta os principais transtornos psíquicos e emocionais que podem ser vivenciados pela mulher no puerpério, seus principais conceitos, incidência e características. No quadro 3 há uma exposição destes principais aspectos:

Quadro 3 – Sofrimentos mentais no puerpério^{2:267}

	Tristeza puerperal (também chamada de <i>baby blues</i> ou <i>maternity blues</i>)	Depressão puerperal (também chamada de <i>depressão pós-parto</i>)	Transtorno psicótico puerperal
Conceitos	Alteração psíquica leve e transitória.	Transtorno psíquico de moderado a severo, com início insidioso.	Distúrbio de humor psicótico, com apresentação de perturbações mentais graves.
Prevalência	50% a 80%	10% a 15%	0,1% a 0,2%
Manifestação	Inicia-se no 3º até o 4º dia do puerpério.	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério.	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto.
Sintomas	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia: sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas.
Curso e prognóstico	Remissão espontânea de uma semana a dez dias.	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar; o prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e às intervenções adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e das intervenções no quadro.

Fonte: (ZANOTTI et al., 2003; ROCHA, 1999; KAPLAN et al., 1999, adaptado).

As puerperas com transtornos psicoemocionais requerem assistência de uma equipe multiprofissional, que contemple psicólogos, enfermeiros, psiquiatras e assistentes

sociais, para o correto manejo e a tomada de condutas assertivas para o acompanhamento medicamentoso e terapêutico, tendo em vistas todos os aspectos da saúde materna, inclusive, a sua condição frente aos cuidados com o seu filho.

Pontuar desmistificações para o campo da saúde mental materna se faz relevante, principalmente, pela carga social ao qual a mulher mãe é submetida. Pressões relacionadas a um modelo inatingível de ser a melhor mãe associadas aos desejos saudosos e pertinentes de ser aquela mulher anterior à experiência gestacional, podem trazer prejuízos emocionais e psíquicos no caminhar desta mulher em seu mais novo papel. Sempre bom ressaltar que o papel de ser mãe é um, dentre tantos outros papéis que ela também exerce.¹⁷

A escuta e o olhar de profissionais sensivelmente e tecnicamente qualificados contribuem para a realização de um diagnóstico precoce de sofrimento psíquico. Inclusive, com atenção ao modo como a experiência do parto foi vivenciada – atendimento em situações de abortamento, perda perinatal, ocorrência de violência obstétrica, dentre demais acontecimentos com possibilidades de desfechos de cunho traumático para as mulheres e seus familiares.¹⁸

Outro ponto a se observar no puerpério é o embate entre o bebê real e o bebê imaginário, sendo este construído ainda no processo gestacional. Lidar com o bebê real pode ser algo frustrante para muitas das mulheres. Choros recorrentes, sono desregulado, cuidados intensivos com o bebê, desgaste com o processo da amamentação, são recortes de uma totalidade intensa e desconhecida. É uma nova realidade que se coloca e que afeta distintas áreas da vida da mulher, incluindo, por

vezes, o próprio relacionamento conjugal. Aos poucos, mãe e bebê vão se conhecendo fora da barriga e uma nova relação passa a ser construída.¹⁹

O acionamento da rede de apoio da puérpera é fundamental para a compreensão da sua situação psicoafetiva e para a movimentação do suporte necessário para o enfrentamento desta condição do ponto de vista familiar e social. Um suporte social adequado às reais necessidades e desejos da mulher é fator de proteção à saúde mental materna em contexto puerperal. Neste âmbito, em casos de depressão pós-parto, o suporte social e emocional, especialmente do (a) companheiro (a) é um importante aliado às estratégias de cuidado desta mulher. Demais sistemas de suporte, como a participação em grupo de mães, também se mostram relevantes para a vivência deste período, na medida em que há um acolhimento na experiência compartilhada com a outra em situação similar a sua.¹⁸

Neste âmbito, em casos de depressão pós-parto, o suporte social e emocional, especialmente do (a) companheiro (a) é um importante aliado às estratégias de cuidado desta mulher. Demais sistemas de suporte, como a participação em grupo de mães, também se mostram relevantes para a vivência deste período, na medida em que há um acolhimento na experiência compartilhada com a outra em situação similar a sua.¹⁸

Trazemos aqui pontuações quanto a categoria raça/cor, gestação e adolescência. Além das mulheres negras apresentarem uma alta taxa de mortalidade materna, há também uma significativa prevalência da gestação na adolescência e interações por

aborto. Alia-se a esse ponto a baixa escolaridade, ausência de trabalho devidamente remunerado e solidão conjugal, especialmente, para as mulheres pretas.²⁰

Articular estratégias efetivas de acolhimento às mães negras é um modo de promover um puerpério mais respeitoso e menos danoso para a saúde mental dessas mulheres. Para qualificar essa discussão, ressaltamos a publicação da Lei nº 14.721/2023, que garante assistência psicológica à gestante e à mãe no período da gravidez, do parto e do puerpério.²¹

A puérpera não pode ser negligenciada no acompanhamento de sua condição psíquica, emocional e afetiva, sendo uma condição determinante para vivência de um puerpério saudável e de forma positiva.

SINAIS DE ALERTA NO PUERPÉRIO^{2,3,9,10}

- Dores muito fortes ou contínuas, que não melhoram com a medicação analgésica em uso;
- Febre acima de 38°C;
- Taquicardia e hipotensão persistente;
- Prostração permanente;
- Sangramento genital excessivo, com coágulos ou de cor vermelho vivo;
- Secreção vaginal purulenta ou que tenha cheiro desagradável;
- Queixas para urinar ou para evacuar;
- Dificuldade para amamentar;
- Instabilidade emocional e dificuldade em realização do autocuidado e do cuidado ao bebê.

VIGILÂNCIA AO PUERPÉRIO PATOLÓGICO

A vigilância e controle de patologias identificadas na gestação devem ser permanentes também no puerpério, seja no ambiente hospitalar, seja na atenção primária, com acompanhamento da remissão dos sinais e sintomas, avaliação laboratorial e controle medicamentoso, caso haja necessidade.

Selecionamos algumas patologias que necessitam de acompanhamento de maior complexidade e as principais condutas clínicas no puerpério, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde para o alto risco obstétrico.

CUIDADOS DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NO PUERPÉRIO^{3,9,22}

- 1.** Manter monitorização rigorosa dos sinais vitais e realizar o correto manejo das crises hipertensivas.
- 2.** Atentar para o risco de evolução para eclâmpsia e síndrome HELLP no puerpério.
- 3.** Atentar para sinais precoces de edema agudo de pulmão, insuficiência cardíaca, disfunção renal, além de crises hipertensivas.
- 4.** Mensurar a diurese, que deve ser controlada e mantida acima de 25 mL/h.
- 5.** Atentar para sinais de iminência de eclâmpsia (nucalgia, escotomas visuais e epigastralgia).

- 6.** Prescrição de sulfato de magnésio deve ser mantido por 24 horas após o parto.
- 7.** Atentar para sinais de impregnação por sulfato de magnésio. (abolição do reflexo patelar, sonolência excessiva, depressão respiratória).
- 8.** Atentar para a necessidade de revisão laboratorial antes da alta (geralmente necessário (plaquetas, LDH, TGO, creatinina, bilirrubinas dentre outros exames conforme as necessidades de cada quadro).
- 9.** Nos casos de síndrome Hellp, recomenda-se internação em Unidade de Tratamento Intensivo.
- 10.** Atentar para sinais de hemorragias que podem ser agravadas nos quadros hipertensivos. Não utilizar agentes ergotamínicos no controle hemorrágico.
- 11.** Atentar para a possibilidade de piora dos níveis pressóricos do terceiro ao sexto dia após o parto.
- 12.** Evitar o uso de anti-inflamatórios não esteroides no controle da dor.
- 13.** Se necessário, os hipotensores utilizados no anteparto devem ser mantidos, com possíveis ajustes. São opções seguras de hipotensores no pós-parto a nifedipina, amlodipina, captopril, propranolol, entre outros.
- 14.** Atenção para sinais de falência renal como a presença de oligúria.
- 15.** Alta hospitalar responsável com relatório minucioso e orientações sobre sinais e sintomas de alarme que devem suscitar uma consulta imediata.
- 16.** Orientar a mulher a monitoração da PA pelo menos 1 vez ao dia entre o terceiro e quinto dia e a cada 2 dias por 14 dias após o parto. Orientar o reconhecimento dos sinais de alarme (nucalgia, escotomas visuais e epigastralgia).

Quadro 4 - Principais anti-hipertensivos para uso no puerpério²²

Classe	Agente	Posologia
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	Enalapril (10 - 20 mg)	20 - 40 mg/dia 1 a 2x/dia
	Captopril (25 - 50 mg)	75 - 150 mg/dia 3x/dia
Simpatolíticos de ação central α_2	Metildopa (250 - 500 mg)	750 - 2.000 mg/dia 2 a 4x/dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino retard (10- 20 mg)	20 - 120 mg/dia 1 a 3x/dia
	Nifedipino de liberação rápida (10 - 20 mg)	20 - 60 mg/dia 2 a 3x/dia
	Anlodipino (2,5 - 5 - 10 mg)	5 - 20 mg/dia 1 a 2x/dia
Vasodilatador Periférico	Hidralazina (25 - 50 mg)	50 - 150 mg/dia
β -bloqueadores	Metoprolol (25 - 50 - 100 mg)	100 - 200 mg/dia 1 a 2 x/dia
	Atenolol (25 - 50 - 100 mg)	50 - 150 mg/dia 1 a 3x/dia
	Carvedilol (6,25 - 12,5 mg)	12,5 - 50 mg/dia 1 a 2 x/dia Recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por dois dias e a partir de então aumentar a dose



Imprima os principais anti-hipertensivos para uso no puerpério.

Observação

Diante da possibilidade de se utilizar outros anti-hipertensivos, recomenda-se evitar o uso de bloqueadores de receptores de angiotensina (BRA) e de clonidina devido à incerteza quanto à segurança dessas medicações durante a amamentação, especialmente diante da prematuridade.²²

Nos casos de pacientes com hipertensão prévia, que faziam uso de medicação anti-hipertensiva e apresentavam bom controle da pressão arterial, pode-se reiniciá-la no pós-parto imediato, se não houver contraindicação quanto à amamentação. Se a paciente apresentava mau controle da pressão arterial com a medicação prévia, optar por substituí-la.²²

CUIDADOS DAS INFECÇÕES E SEPSE NO PUERPÉRIO^{2,3}

- 1.** Atentar para os sinais de alerta: febre, calafrios, diarreia e vômitos (sinais precoces de choque tóxico), exantema, tosse produtiva.
- 2.** Avaliar o estado geral da puérpera com atenção para letargia, sonolência e inapetência.
- 3.** Avaliar dados vitais com mais atenção para febre termometrada acima de 38 graus.
- 4.** Atentar para lóquios que apresentam alteração de odor fétido.
- 5.** Atentar para avaliação do abdome a presença de dor a palpação, demora na involução uterina e dor a mobilização do colo uterino como sinais de endometrite puerperal.
- 6.** Atentar para sintomas urinários (disúria, urina concentrada, dor pélvica).
- 7.** Avaliar mamas e atentar para sinais de mastite (vermelhidão e calor local, dor a palpação).
- 8.** Avaliar ferida operatória atentando para a presença de dor, presença de vermelhidão local e secreção purulenta.
- 9.** Avaliar rigorosamente a evolução da puérpera na suspeita de infecções atentando para os sinais precoces de sepse. Aplicar o SOFA em todas as puérperas com suspeita de sepse.

- 10.** Realizar os exames laboratoriais na suspeita de sepse: gasometria arterial com lactato, função renal, hemograma e bilirrubina.
- 11.** Monitorar nos casos de sepse os parâmetros clínicos, como pressão arterial, débito urinário e necessidade de droga vasoativa para manutenção do débito cardíaco e perfusão tecidual.
- 12.** Considerar o acompanhamento e o tratamento em unidade de terapia intensiva com suporte de alta complexidade.
- 13.** Iniciar antibioticoterapia na primeira hora após o reconhecimento da sepse. Cada hora de atraso aumenta a mortalidade.
- 14.** Iniciar a administração de oxigênio na primeira hora após o diagnóstico de sepse.
- 15.** Iniciar a hidratação com cristalóides 20ml/kg manter PAM acima de 65 mmhg.
- 16.** Avaliar a necessidade de abordagem cirúrgica ou outras intervenções adicionais (drenagem cirúrgica, curetagem etc.).
- 17.** Alta hospitalar responsável com relatório minucioso e orientações sobre sinais e sintomas de alarme.

Ver **Passo 7 - Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros infecciosos na gestação.**

CUIDADOS COM DIABETES NO PUERPÉRIO³

- Manter o controle de glicemia capilar a cada 2 a 4 horas e uso de insulina de ação rápida, se necessário no puerpério imediato.
- Ajustar o uso de insulina se for o caso para a alta hospitalar. A dose de insulina deve ser diminuída para metade a um terço da dose administrada ao final da gestação ou, opcionalmente, para a dose utilizada antes da gravidez.
- Puérperas com uso de hipoglicemiantes orais podem fazer uso de metformina ou glibenclamida durante a amamentação.
- Atentar para sinais de hipoglicemia materna.
- Realizar a contrarreferência da puérpera para a atenção primária para o acompanhamento nutricional e dietético.
- Alta hospitalar responsável com relatório minucioso e orientações sobre sinais e sintomas de alarme.

PUÉRPERAS COM TROMBOFILIA e TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)³

- Reiniciar o uso de heparina e AAS no puerpério entre 8 a 12 horas após o parto, independentemente da via parto, devendo ser mantida, na mesma dose, por até seis semanas após o parto.
- Atentar para sinais de efeitos colaterais ao uso de heparina: reação cutânea, plaquetopenia, redução do cálcio ósseo com risco de osteoporose; devendo ser feito aporte nutricional com cálcio 1,5 g ao dia e suplementação de cálcio com 500 mg de carbonato ou citrato de cálcio ao dia, associada à vitamina D.
- Manter anticoagulante nas puérperas com episódios de tromboembolismos que ocorreram na gestação por até seis meses.
- Estimular a deambulação precoce e a continuidade do uso de meias elásticas compressivas.
- Atentar aos sinais de TVP (dor em MMII, edemas, calor local).
- Atentar para a necessidade de realização de duplex scan em puérperas com quadros de TVP.
- Orientar planejamento reprodutivo com preferências ao método de barreira. A contracepção hormonal somente com progestágenos ou DIU com levonorgestrel.
- Encaminhar paciente para equipe especializada e acompanhamento no puerpério.
- Alta hospitalar responsável com relatório minucioso e orientações sobre sinais e sintomas de alarme.

Quadro 5 - Síntese dos cuidados no puerpério a serem realizados na Atenção Primária e na Unidade de Saúde em que o parto ocorreu

	Puerpério Fisiológico	Puerpério Patológico
Maternidade/ Centros de Parto Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para os sinais precoces de hemorragias. • Manter vigilância aos dados vitais atentando para a FC e PA. • Manter vigilância aos sinais precoces de infecção atentando para temperatura. • Abordar os aspectos psicoafetivos no puerpério. • Abordar os cuidados relacionados à promoção do aleitamento materno com orientações sobre cuidados a serem realizados. • Orientar sobre os cuidados com a puérpera e recém-nascido. • Realizar o aconselhamento reprodutivo e ofertar de métodos contraceptivos. • Realizar a alta responsável com a contrarreferência à APS. 	<p>Realizar os cuidados direcionados ao puerpério fisiológico e acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter a vigilância rigorosa aos sinais vitais durante a internação identificando sinais de alerta. • Atentar para os cuidados às puérperas com distúrbios hipertensivos. • Atentar para os cuidados às puérperas com distúrbios hemorrágicos. • Realizar revisão laboratorial quando se fizer necessário. • Orientar a puérpera quanto aos sinais de alarme diante de cada patologia apresentada. • Ajustar medicamentos a serem utilizados no domicílio após a alta. • Realizar o aconselhamento reprodutivo e ofertar de métodos contraceptivos.

	Puerpério Fisiológico	Puerpério Fisiológico
Atenção Primária em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Promover as ações da Primeira Semana de Saúde Integral. • Garantir a consulta puerperal em até 42 dias. • Organizar a visita domiciliar no acompanhamento puerperal. • Realizar exame físico atentando para os sinais de involução das modificações gestacionais. • Promover práticas de apoio ao Aleitamento Materno. • Realizar o aconselhamento reprodutivo e ofertar de métodos contraceptivos. • Abordar os aspectos psicoafetivos no puerpério. • Abordar a rede de apoio da puérpera para os cuidados necessários. 	<p>Realizar os cuidados direcionados ao puerpério fisiológico e acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a patologia desenvolvida na gestação e realizar os encaminhamentos necessários para a continuidade do acompanhamento. • Atentar para sinais que possam indicar agravamento dos quadros desenvolvidos, a exemplo as alterações de níveis pressóricos. • Realizar o ajuste das medicações em uso no puerpério. • Realizar o aconselhamento reprodutivo e ofertar de métodos contraceptivos.

FICA A DICA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Todas as puérperas necessitam de acompanhamento frente às suas necessidades de saúde durante o período de pós-parto na atenção primária.
- A atenção primária tem papel fundamental na busca ativa das puérperas, agendamento da consulta em até 42 dias após o parto sendo preferencialmente a primeira consulta realizada até 15 dias após o nascimento.
- A consulta puerperal na Atenção Primária deve ser centrada na mulher tendo por objetivo a sua avaliação clínica, avaliação do aleitamento materno, avaliação psicoafetiva e oferta de planejamento reprodutivo.
- A disponibilização de métodos contraceptivos é uma estratégia a ser garantida a todas as puérperas com atenção especial ao aconselhamento para as escolhas oportunas.
- Todas as puérperas necessitam de avaliação do estabelecimento do aleitamento materno por um profissional capacitado, identificando sinais precoces de complicações que podem levar ao desmame indesejado.
- Os transtornos psicoemocionais no puerpério merecem especial atenção e acompanhamento para que integralidade do cuidado a mulher seja estabelecida. Todo sofrimento psíquico deve ser diagnosticado e acompanhado pela equipe multiprofissional.
- As gestantes que foram diagnosticadas com alterações na gestação necessitam de atenção especial no puerpério com vista ao acompanhamento da evolução de seus quadros, ajustes medicamentosos e cuidados terapêuticos.

- Nenhuma mulher deve ser negligenciada no puerpério; seu direito a saúde permanece e a evitabilidade das complicações é papel de todos os profissionais de saúde

FICA A DICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

- Todas as puérperas necessitam de acompanhamento frente às suas necessidades de saúde durante o período de pós-parto.
- As unidades de saúde de ocorrência do parto precisam implementar ações de avaliação da puérpera nas primeiras 24 horas atentando para os sinais clínicos de possíveis complicações.
- A disponibilização de métodos contraceptivos é uma estratégia a ser garantida a todas as puérperas com atenção especial ao aconselhamento para as escolhas oportunas. A oferta do DIU com cobre pós-parto é uma opção recomendável no parto normal, na cesariana e no abortamento.
- Todas as puérperas necessitam de avaliação do estabelecimento do aleitamento materno por um profissional capacitado, identificando sinais precoces de complicações que podem levar ao desmame indesejado.
- Os transtornos psicoemocionais no puerpério merecem especial atenção e acompanhamento para que integralidade do cuidado a mulher seja estabelecida. Todo sofrimento psíquico deve ser precocemente diagnosticado e acompanhado pela equipe multiprofissional no ambiente hospitalar.
- A realização da alta responsável para todas as puérperas e principalmente aos casos que evoluíram com complicações gestacionais e no puerpério é fundamental.

- As gestantes que foram diagnosticadas com alterações na gestação necessitam de atenção especial no puerpério com vista ao acompanhamento da evolução de seus quadros, ajustes medicamentosos e cuidados terapêuticos.
- Nenhuma mulher deve ser negligenciada no puerpério, seu direito a saúde permanece e a evitabilidade das complicações é papel de todos os profissionais de saúde.

PARA CUMPRIMENTO DO PASSO 10

Cabe aos gestores – Atenção Especializada

- Prover treinamentos periódicos das equipes para a vigilância e cuidados às mulheres no puerpério.
- Criar Estratégias Antirracistas devem ser adotadas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Manter equipe de enfermagem em número suficiente para os cuidados no puerpério.
- Manter equipe multiprofissional com carga horária suficiente para as avaliações no puerpério (psicóloga, nutricionista e assistente social).
- Criar estratégias para que os profissionais se atentem aos determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor e suas interfaces na assistência as mulheres.
- Construir rede para acesso à consulta com psiquiatra e psicologia, quando necessário.
- Instituir ficha padrão de avaliação da puérpera a ser seguida por médico e equipe de enfermagem.
- Instituir ficha de alta responsável com todos os dados necessários para seguimento da puérpera.

- Manter estoques de medicamentos necessários para a atenção às puérperas.
- Implantar o serviço de planejamento reprodutivo imediato pós-parto e pós-aborto, com inserção do DIU com Cobre.

Cabe aos gestores – Atenção primária e Atenção especializada ambulatorial

- Prover capacitação sobre cuidados no puerpério para as equipes da atenção primária.
- Criar Estratégias Antirracistas devem ser adotadas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Criar estratégias para que os profissionais se atentem aos determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor e suas interfaces na assistência as mulheres.
- Monitorar indicadores de processo e de resultado relativos aos cuidados no puerpério.
- Manter estoque de medicamentos, especialmente antibióticos e anti-hipertensivo, e métodos contraceptivos, incluindo o DIU com cobre.
- Realizar capacitações com as equipes para inserção do DIU de pós parto, pós abortamento e de seguimento.
- Garantir o acesso das puérperas a consultas com psicólogos e psiquiatras, quando necessário.

Cabe aos profissionais de saúde - Atenção Especializada

- Adotar Estratégias Antirracistas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Garantir a hora de ouro a todas as puérperas e recém-nascidos em boas condições.
- Aplicar os protocolos de cuidados baseados em evidências científicas no puerpério da instituição.
- Realizar visitas/avaliações multiprofissionais em um mesmo momento durante o cuidado com a mulher.
- Apoiar as puérperas nas práticas relativas ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.
- Atentar para os sinais de alerta apresentados pelas puérperas estabelecendo cuidados em tempo oportuno.
- Comunicar às instâncias superiores dificuldades encontradas na execução das ações de cuidado no puerpério.

Cabe aos profissionais de saúde - Atenção primária e Atenção especializada ambulatorial

- Adotar Estratégias Antirracistas em todos os atendimentos promovidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023).
- Atentar durante todos os atendimentos realizados para os diferentes determinantes sociais em saúde envolvendo raça e cor.
- Organizar a agenda de modo a garantir acesso a consultas para as puérperas (agendadas e de demanda espontânea).
- Realizar as ações preconizadas para a primeira semana de cuidado integral.
- Realizar visitas domiciliares para o acompanhamento dos cuidados maternos e com o recém-nascido.
- Ofertar informações e disponibilização de métodos contraceptivos a todas as puérperas, incluindo o DIU com cobre.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience[Internet]. Geneva: WHO; 2022[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União[Internet]. 27 jun 2011[acesso em 30 dez 2023];121(seção 1):109. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_praticas_integradas_atencao.pdf.
- 6 Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica [Internet]. Brasília: OPAS; 2018[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 7 Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. J Midwifery Womens Health. 2007;52(2):116-25. doi: [10.1016/j.jmwh.2006.12.002](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.12.002).

- 8 Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11(11):CD003519. doi: [10.1002/14651858.CD003519.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4).
- 9 World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience[Internet]. Geneva: WHO; 2018[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 18/Inamps, de 5 de setembro de 1983. Estabelece normas e torna obrigatória a permanência do bebê ao lado da mãe, 24h por dia, através do Sistema de Alojamento Conjunto nos hospitais públicos e conveniados.
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Diário Oficial da União[Internet]. 1 set 1993[acesso em 30 dez 2023];167. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html.
- 13 Gutman, L. A maternidade e o encontro com a própria sombra. 15.ed. Rio de Janeiro: BestSeller; 2019.
- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 22 set 2017[acesso em 8 fev 2024]; 183(seção 1):68. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.
- 15 Mielke GI, Tomicki C, Botton CE, Cavalcante FVSA, Borges GF, Galliano LM, et al. Atividade física para gestantes e mulheres no pós-parto: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*[Internet]. 2021[acesso em 30 dez 2023]; 26:1-10. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14561>.
- 16 Brasil. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Diário Oficial da União[Internet]. 5 set 2022[acesso em 30 dez 2023];169(seção 1):5. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14443-2-setembro-2022-793189-publicacaooriginal-166038-pl.html>.

- 17 Gatto GMS, Reis VT, Santos TL. organizadores. Olhares sobre o puerpério. Aracaju, SE: Edise; 2021.
- 18 Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. Saude soc. 2014;23(1):251-64. doi: [10.1590/S0104-12902014000100020](https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020).
- 19 Lebovici S. O bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
- 20 Leal MC, Esteves APP, Gama SGN, Bittencourt SA. Características sociodemográficas e obstétricas da população negra usuária do SUS no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório da Oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023[acesso em 8 fev 2024]. p.24-8. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio_oficina_morte_materna-1.pdf.
- 21 Brasil. Lei nº 14.721, de 08 de novembro de 2023. Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Diário Oficial da União[Internet]. 9 nov 2023 [acesso em 8 fev 2024];213:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm.
- 22 Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez. Pré-Eclampsia: Protocolo 03-2023[Internet]. Botucatu: RBEHG; 2023[acesso em 30 dez 2023]. Disponível em: <https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2023/04/PROTOCOLO-2023.pdf>.