

Mortalidade materna por causas obstétricas diretas: revisão rápida de guias de prática clínica¹

Simone dos Santos de Lima²
Tereza Setsuko Toma³

1 Contexto

Morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação, o aborto, o parto e no período que se estende por 42 dias após o parto, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez. A razão de mortalidade materna (RMM) é o parâmetro utilizado para monitorar a magnitude do problema (Brasil, 2009).

No Brasil, o número de óbitos maternos reduziu substancialmente de 1990 a 2019, ocorrendo de forma heterogênea entre as regiões. Durante este período, observou-se um declínio na RMM de 111,4 mortes para 62,1 mortes por 100 mil nascidos vivos (Leal et al., 2022). A pandemia de covid-19, entretanto, afetou negativamente esses índices, sendo observados aumentos nas mortes em todas as regiões do país (Xavier et al., 2023).

As mortes maternas, em sua maioria, são consideradas evitáveis, e o Brasil estabeleceu metas para reduzir a RMM para 30 por 100 mil nascidos vivos até o ano 2030 (Xavier et al., 2023).

As mortes maternas podem ser de origem obstétrica ou não. As de origem obstétrica podem ser decorrentes de causas diretas e indiretas. A morte materna por causa direta ocorre por complicações obstétricas, durante gravidez, parto ou puerpério. A morte materna por causa indireta é resultante de doenças agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (Brasil, 2009).

O uso de evidências científicas de boa qualidade é de fundamental importância na atenção à saúde. Os guias de prática clínica (GPC) são instrumentos que auxiliam no cuidado de saúde nas atividades de diagnóstico, tratamento, prognóstico ou prevenção, e desencorajam as intervenções potencialmente prejudiciais ou ineficazes.

O objetivo desta revisão rápida foi identificar recomendações para lidar com as principais causas obstétricas diretas de mortalidade materna.

¹ Este trabalho faz parte de uma dissertação de mestrado. Como citar: De Lima SS, Toma TS. Mortalidade materna por causas obstétricas diretas: revisão rápida de guias de prática clínica. Instituto de Saúde, 2024.

² Enfermeira, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (PMPSC), do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. E-mail: rueguarulhos@gmail.com

³ Médica, docente do PMPSC e orientadora desta revisão. E-mail: ttoma.ats@gmail.com

2 Métodos

Esta revisão rápida foi realizada de forma sistemática (Haby; Clark, 2017), utilizando alguns atalhos para responder em tempo oportuno às necessidades do projeto de pesquisa do mestrado profissional.

Um protocolo da revisão foi elaborado previamente à extração dos dados e registrado no Research Gate (Toma; De Lima, 2024).

2.1 Pergunta de pesquisa e critérios de inclusão e exclusão

A pergunta “Quais são as recomendações para a prevenção e controle das principais causas de mortalidade materna direta?” foi estruturada com base no acrônimo PICO_S (Quadro 1).

Os processos de busca, seleção de estudos e extração de dados foram realizados levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão (Quadro 1). Foram selecionados guias de prática clínica que utilizaram o sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) para classificar as evidências, publicados nos últimos 10 anos, em inglês, espanhol e português. Os GPC incluídos forneceram recomendações relativas às principais causas de mortalidade materna direta: aborto, gravidez ectópica, hemorragia puerperal, hipertensão arterial, infecção puerperal, tromboembolismo venoso.

Quadro 1. Acrônimo PICO_S e critérios de inclusão e exclusão.

Acrônimo		Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
P	População	Mulheres gestantes e puérperas	Mulheres fora do período gravídico-puerperal
I	Fenômeno de interesse	Recomendações de guias de prática clínica GRADE	Outros fenômenos
Co	Contexto	Causas diretas de mortalidade materna	Outros contextos
S	Desenho de estudo (<i>Study design</i>)	Estudos sobre GPC publicados nos últimos 10 anos, em português, inglês ou espanhol.	Teses, dissertações, relatórios, estudos publicados há mais de 10 anos ou em outros idiomas.

2.2 Bases de dados e estratégias de busca

As buscas foram realizadas manualmente na BIGG - Base Internacional de Guias GRADE (via Biblioteca Virtual em Saúde - BVS), em outubro de 2023. Foram utilizados os seguintes termos: *abortion, eclampsia, puerperal hemorrhage, puerperal infection, puerperal embolism, ectopic pregnancy*.

2.3 Atalhos para a revisão rápida

Nesta revisão rápida, foram adotados atalhos, de modo que a seleção dos GPC foi feita diretamente na base de dados pela orientadora do trabalho. Preferencialmente, foram selecionados GPC da OMS, que costumam ser orientados para populações de baixa e média renda. Não foi realizada a avaliação da qualidade metodológica dos GPC incluídos.

2.4 Extração e análise dos dados

Os dados não foram extraídos em duplicidade e de modo independente. As seguintes informações foram coletadas em planilha eletrônica: autoria, ano, objetivo do estudo, recomendações, conflitos de interesses e financiamento.

3. Resultados

3.1 Características dos guias de prática clínica

Os 18 GPC incluídos abordam recomendações e sugestões para diagnóstico, prevenção e tratamento das causas obstétricas diretas de mortalidade materna, e indicam as intervenções potencialmente prejudiciais ou ineficazes (Quadro 2).

Quadro 2. Algumas características dos GPC.

Autor, ano	Título	Foco
ASBOG, 2017	<i>Guía de Práctica Clínica para la Prevención de eventos tromboembólicos venosos durante la gestación, el parto o el puerperio</i>	Tromboembolismo venoso
Magee et al., 2022	<i>Guideline No. 426: Hypertensive Disorders of Pregnancy: Diagnosis, Prediction, Prevention, and Management</i>	Hipertensão arterial
Neumann et al., 2023	<i>American Society of Hematology, ABHH, ACHO, Grupo CAHT, Grupo CLAHT, SAH, SBHH, SHU, SOCHHEM, SOMETH, Sociedad Panamena de Hematología, Sociedad Peruana de Hematología, and SVH 2023 guidelines for diagnosis of venous thromboembolism and for its management in special populations in Latin America</i>	Tromboembolismo venoso
NICE, 2023	<i>Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management</i>	Gravidez ectópica
Robinson et al., 2022	<i>Guideline No. 431: Postpartum Hemorrhage and Hemorrhagic Shock</i>	Hemorragia puerperal
WHO, 2015	<i>WHO recommendations for prevention and treatment of maternal</i>	Infecção puerperal

	<i>peripartum infections</i>	
WHO, 2018a	<i>WHO recommendations: drug treatment for severe hypertension in pregnancy</i>	Hipertensão arterial
WHO, 2018b	<i>WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage</i>	Hemorragia puerperal
WHO, 2020a	<i>WHO recommendation on calcium supplementation before pregnancy for the prevention of pre-eclampsia and its complications</i>	Pré-eclâmpsia
WHO, 2020b	<i>WHO recommendation on advance misoprostol distribution to pregnant women for prevention of postpartum haemorrhage</i>	Hemorragia puerperal
WHO, 2020c	<i>WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth</i>	Hemorragia puerperal
WHO, 2021a	<i>WHO recommendations on antiplatelet agents for the prevention of pre-eclampsia</i>	Pré-eclâmpsia
WHO, 2021b	<i>WHO recommendation on uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage</i>	Hemorragia puerperal
WHO, 2021c	<i>WHO recommendation on routine antibiotic prophylaxis for women undergoing operative vaginal birth</i>	Infecção puerperal
WHO, 2021d	<i>WHO recommendations on choice of antiseptic agent and method of application for preoperative skin preparation for caesarean section</i>	Infecção puerperal
WHO, 2021e	<i>WHO recommendation on prophylactic antibiotics for women undergoing caesarean section</i>	Infecção puerperal
WHO, 2021f	<i>WHO recommendation on vaginal preparation with antiseptic agents for women undergoing caesarean section</i>	Infecção puerperal
WHO, 2022	<i>Abortion care guideline</i>	Abortamento

Fonte: Elaboração das autoras. Nota: ASBOG - *Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología*, Colômbia; NICE - *National Institute for Clinical Excellence*, Reino Unido; WHO - *World Health Organization*.

A seguir é apresentada uma síntese das recomendações para cada uma das causas de mortes maternas, ordenadas segundo ordem alfabética: abortamento, gravidez ectópica, hemorragia puerperal, hipertensão arterial, infecção puerperal e tromboembolismo venoso. As recomendações completas estão disponíveis nos Apêndices 1 a 6.

3.2 Prevenção de mortes maternas por abortamento

Mundialmente, entre 4,7% e 13,2% de todas as mortes maternas são atribuídas a abortos inseguros, representando 13.865 a 38.940 vidas perdidas anualmente. Cerca de

97% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento. Além disso, os abortos inseguros são mais frequentes em países com leis de aborto altamente restritivas em comparação àqueles com leis menos restritivas (WHO, 2022).

O GPC da OMS (WHO, 2022) fornece orientações relacionadas aos domínios necessários para proporcionar cuidados de qualidade para situações de aborto, incluindo legislação e políticas, serviços clínicos e prestação de serviços.

Os detalhes estão disponíveis no Apêndice 1.

Práticas recomendadas

- Descriminalização total do aborto;
- Fornecimento de informações e aconselhamento sobre cuidados de aborto, com a participação de todos os trabalhadores da saúde;
- Serviço de aborto disponível a pedido de qualquer mulher ou menina grávidas;
- Uso de antibióticos profiláticos apropriados no pré ou perioperatório do aborto cirúrgico;
- Oferta de tratamento apropriado para dor a todas as mulheres que desejarem;
- Preparação cervical apropriada antes do aborto cirúrgico;
- Oferta de aborto cirúrgico ou medicamentoso, quando apropriado;
- Observação e tratamento de infecções ou hemorragias pós-aborto.

Práticas não recomendadas

- Leis e outros regulamentos que restrinjam o aborto com base em motivos, como por exemplo, limite de idade gestacional;
- Administração de imunoglobulina anti-D para abortos antes de 12 semanas de idade gestacional;
- Profilaxia com antibióticos no aborto medicamentoso;
- Realização de ultrassonografia como pré-requisito para a prestação de serviços de aborto;
- Uso de cureta afiada após aspiração a vácuo.

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em WHO, 2022.

3.3 Prevenção de mortes maternas por gravidez ectópica

A ruptura do implante ectópico é a principal causa de morte materna no primeiro trimestre da gravidez, com uma taxa de mortalidade de 9–14%. O local da implantação pode ser: trompa de Falópio (~95% da incidência), porção intersticial da trompa (2–4%), cicatriz de cesariana (<1%), gravidez intrauterina e extrauterina (1–3%), colo do útero (<1%), ovário (<3%), qualquer estrutura do abdômen (0,9–1,4%) (Houser et al., 2022).

O GPC do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2023), Reino Unido, abrange o diagnóstico e o tratamento da gravidez ectópica com o objetivo de melhorar a forma como a perda precoce da gravidez é diagnosticada e o apoio prestado às mulheres.

Os detalhes estão disponíveis no Apêndice 2.

Práticas recomendadas

- Apoio e fornecimento e informações por todos os trabalhadores capacitados que prestam cuidados a mulheres;
- Serviços disponíveis para avaliação precoce da gravidez todos os dias da semana;
- Capacidade de realizar avaliação inicial por meio de sintomas e sinais;
- Disponibilidade de ultrassonografia;
- Fornecimento de informações sobre opções de tratamento da gravidez ectópica;
- Oferecimento de manejo clínico ou cirúrgico, conforme o caso;
- Oferecimento de profilaxia com imunoglobulina anti-D.

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em NICE, 2023.

3.4 Prevenção de mortes maternas por hemorragia puerperal

Segundo o GPC da OMS, hemorragia pós-parto (HPP) é comumente definida como uma perda de sangue de 500 ml ou mais nas 24 horas após o nascimento (WHO, 2018b).

Em 2015, estimou-se a morte de 303.000 mulheres e adolescentes no mundo devido a complicações relacionadas com a gravidez e o parto, das quais mais de um quarto foram atribuídas à hemorragia pós-parto (WHO, 2018b).

Com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados para as mulheres que dão à luz, no que se refere à hemorragia pós-parto e suas complicações, a OMS lançou recomendações (WHO, 2018b; WHO, 2020b; WHO, 2020c; WHO, 2021b) que fornecem uma base para a implementação sustentável.

Os detalhes estão disponíveis no Apêndice 3a.

Práticas recomendadas

- Uso de um uterotônico eficaz para a prevenção da HPP durante a terceira fase do trabalho de parto;
- Ocitocina é o agente uterotônico recomendado para a prevenção da HPP em todos os nascimentos;
- Misoprostol é recomendado para a prevenção da HPP em todos os nascimentos.

Prática não recomendada

- Prostaglandinas injetáveis não são recomendadas para a prevenção da HPP.

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em WHO, 2018b; WHO, 2020b; WHO, 2020c; WHO, 2021b.

O GPC da *Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada* (Robinson et al., 2022) tem como objetivo fornecer evidências para prevenção, reconhecimento e tratamento da hemorragia pós-parto, incluindo hemorragia grave que leva ao choque hemorrágico.

Os detalhes estão disponíveis no Apêndice 3b.

Práticas recomendadas

- Avaliação individualizada do risco de hemorragia pós-parto deve ser documentada à chegada na unidade e atualizada durante o trabalho de parto e parto;
- Anemia pré-natal e pós-natal devem ser identificadas e tratadas;
- Medição quantitativa da perda sanguínea deve substituir a perda sanguínea estimada;
- Gestão ativa da terceira fase do trabalho de parto deve ser oferecida a todas as mulheres;
- Ocitocina intramuscular profilática pode ser usada em pacientes com baixo risco de hemorragia pós-parto;
- Carbetocina pode ser considerada agente de primeira linha para profilaxia de hemorragia pós-parto no parto cesáreo;
- Misoprostol (sublingual/oral) é um complemento eficaz à ocitocina profilática ou terapêutica em pessoas de alto risco;
- Ergotamina intramuscular e carboprost intramuscular ou intramiometrial podem ser usados para tratar hemorragia pós-parto ativa;
- Ácido tranexâmico pode ser usado como adjuvante dos uterotônicos no contexto de hemorragia pós-parto ou como agente profilático em pacientes com alto risco de hemorragia pós-parto;
- Adoção de medidas para acelerar a expulsão da placenta, se isso não ocorrer espontaneamente nos 30 minutos seguintes ao parto;
- Intervenção cirúrgica imediata, se as intervenções farmacológicas não controlarem o sangramento;
- Hemorragia obstétrica grave deve ser tratada por uma equipe multidisciplinar composta por obstetrícia, anestesia, enfermagem e medicina transfusional;
- Treinamento de simulação com todos os membros da equipe multidisciplinar deve ocorrer regularmente, de preferência por um facilitador treinado.

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em Robinson et al., 2022.

3.5 Prevenção de mortes maternas por hipertensão, pré-eclâmpsia e eclâmpsia

Os distúrbios hipertensivos da gravidez são uma causa importante de morbidade grave, incapacidade a longo prazo e morte entre mulheres grávidas e seus bebês, e são responsáveis por aproximadamente 14% de todas as mortes maternas no mundo (WHO, 2018a).

Com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados para as mulheres grávidas, a OMS lançou recomendações que fornecem uma base para a implementação sustentável de tratamento medicamentoso para a hipertensão grave durante a gravidez (WHO, 2018a); prevenção da pré-eclâmpsia, eclâmpsia e complicações resultantes (WHO, 2020a); prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia (WHO, 2021a).

Os detalhes estão disponíveis no Apêndice 4a.

Práticas recomendadas

- Mulheres com hipertensão grave durante a gravidez devem receber tratamento com medicamentos anti-hipertensivos;
- Uso de ácido acetilsalicílico em baixas doses para a prevenção da pré-eclâmpsia em mulheres com risco moderado ou alto de desenvolver a doença.

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em WHO, 2018a; WHO, 2020a; WHO, 2021a.

O GPC da *Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada* (Magee et al., 2022) revisa o diagnóstico, avaliação e tratamento dos distúrbios hipertensivos da gravidez (DHG), a previsão e prevenção da pré-eclâmpsia e os cuidados pós-parto de mulheres com DHG anterior.

Os detalhes estão disponíveis no Apêndice 4b.

Práticas recomendadas

- Substituição dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina ou dos bloqueadores dos receptores da angiotensina por outros anti-hipertensivos em mulheres que planejam engravidar;
- Triagem para marcadores de risco clínico de pré-eclâmpsia no início da gravidez;
- Promoção de exercício físico para todas as mulheres para prevenir a pré-eclâmpsia;
- Terapia anti-hipertensiva para mulheres grávidas com pressão arterial sistólica

- média de 140 mm Hg ou pressão arterial diastólica de 90 mmHg;
- Sulfato de magnésio para tratamento de primeira linha da eclâmpsia e profilaxia contra a eclâmpsia em mulheres com pré-eclâmpsia e hipertensão grave;
 - Período de início do parto deve ser discutido, de modo a considerar os riscos materno e neonatal.

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em Magee et al., 2022.

3.6 Prevenção de mortes maternas por infecções puerperais

Sepse puerperal é definida como “infecção do trato genital que ocorre a qualquer momento entre o início da ruptura das membranas ou do trabalho de parto e o 42º dia pós-parto, na qual dois ou mais dos seguintes sintomas estão presentes: dor pélvica, febre, corrimento vaginal anormal, secreção com odor anormal/ odor fétido ou atraso na involução uterina”. (WHO, 2015).

Mundialmente, as infecções bacterianas durante o trabalho de parto e puerpério estão entre as principais causas de mortalidade materna, respondendo por cerca de um décimo da carga global dessas mortes. Estima-se que ocorram anualmente 75.000 mortes maternas devido a infecções, a maioria delas em países de baixa renda (WHO, 2015).

O GPC da OMS tem como objetivo consolidar orientações para intervenções eficazes que são necessárias para reduzir a carga global das infecções maternas e das suas complicações no parto (WHO, 2015). Algumas recomendações foram atualizadas (WHO, 2021c; WHO, 2021d; WHO, 2021e; WHO, 2021f).

Os detalhes estão disponíveis no Apêndice 5.

Práticas recomendadas

- Exame digital vaginal em intervalos de quatro horas para avaliação de rotina do primeiro estágio ativo do trabalho de parto em mulheres de baixo risco;
- Administração de antibióticos para mulheres com ruptura prematura das membranas antes do parto;
- Profilaxia antibiótica de rotina para mulheres submetidas à remoção manual da placenta;
- Profilaxia antibiótica de rotina para mulheres com ruptura perineal de terceiro ou quarto grau;
- Profilaxia antibiótica de rotina para mulheres submetidas a cesariana eletiva ou de emergência;
- Para cesariana, antibióticos profiláticos devem ser administrados antes da incisão

- na pele;
- Profilaxia antibiótica na cesariana, deve-se usar dose única de cefalosporina de primeira geração ou penicilina;
 - Profilaxia antibiótica de rotina para mulheres submetidas a parto vaginal operatório (uso de extrator a vácuo ou fórceps), com dose única de amoxicilina e ácido clavulânico por via intravenosa;
 - Uso de gluconato de clorexidina à base de álcool para preparo da pele antes de cesariana eletiva ou de emergência;
 - Preparação vaginal com gluconato de clorexidina ou iodopovidona imediatamente antes da cesariana.

Práticas não recomendadas

- Limpeza vaginal de rotina com clorexidina durante o trabalho de parto;
- Profilaxia antibiótica de rotina durante o segundo ou terceiro trimestre para todas as mulheres;
- Uso rotineiro de antibióticos para mulheres em trabalho de parto prematuro com membranas amnióticas intactas;
- Uso rotineiro de antibióticos para mulheres com ruptura de membranas antes do parto a termo (ou próximo);
- Profilaxia antibiótica de rotina para mulheres com episiotomia;
- Profilaxia antibiótica de rotina para mulheres com parto vaginal sem complicações.

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em WHO, 2015; WHO, 2021c; WHO, 2021d; WHO, 2021e; WHO, 2021f.

3.7 Prevenção de mortes maternas por tromboembolismo venoso

Em comparação a mulheres não grávidas, as gestantes correm um risco 3 a 4 vezes maior de tromboembolismo arterial (acidente vascular cerebral e ataques cardíacos) e 4 a 5 vezes maior de tromboembolismo venoso (TEV). Esse risco é ainda maior no período pós-parto (20 vezes). Mundialmente, a prevalência de eventos tromboembólicos durante a gravidez é de aproximadamente 2 por 1.000 partos, dos quais aproximadamente 20% são arteriais e 80% são venosos. O TEV é responsável por cerca de 10% de todas as mortes maternas (James, 2009).

O GPC da *Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología*, Colômbia tem como objetivo reduzir a variabilidade injustificada e apoiar os profissionais da saúde com a oferta de intervenções para a prevenção de eventos tromboembólicos venosos durante a gestação, o parto ou o puerpério (ASBOG, 2017).

Os detalhes estão disponíveis no Apêndice 6a.

Práticas recomendadas

- Considerar as mulheres em período de gestação, parto ou puerpério como pacientes sob risco de desenvolver TEV;
- Considerar que o risco de apresentar TEV persiste no puerpério;
- Reconhecer a hospitalização como um fator de risco para apresentar TEV;
- Oferecer intervenções direcionadas para prevenir TEV em paciente hospitalizada;
- Reavaliar, no momento da saída hospitalar, o risco de TEV;
- Reconhecer a deficiência do fator V de Leiden e da protrombina como trombofilias herdadas de muito alto risco para TEV;
- Reconhecer a deficiência de antitrombina, proteínas C e S como trombofilias herdadas de alto risco para TEV;
- Avaliar, em cada consulta, o risco para TEV;
- Uso de meias e dispositivos de compressão graduados para a prevenção de TEV durante a gestação, o parto ou o puerpério;
- Uso de heparinas de baixo peso molecular para a prevenção de TEV em mulheres durante o período de gestação, parto ou puerpério;
- Uso de heparina não fracionada como uma alternativa para prevenir TEV;
- Uso de uma escala para avaliar o risco de apresentar TEV.

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em ASBOG, 2017.

O GPC da *American Society of Hematology* e associações parceiras tem como objetivo fornecer recomendações baseadas em evidências sobre o diagnóstico de tromboembolismo venoso e seu manejo em populações especiais da América Latina (Neumann et al., 2023).

Os detalhes estão disponíveis no Apêndice 6b.

Práticas recomendadas

- Para uma paciente com baixa probabilidade pré-teste de um primeiro episódio de embolia pulmonar ($\leq 5\%$), recomenda-se o uso de dímero D para excluir embolia;
- Para uma paciente com baixa probabilidade pré-teste do primeiro episódio de trombose venosa profunda - TVP ($\leq 10\%$), recomenda-se o uso de dímero D para exclusão de TVP;
- Para gestantes com embolia pulmonar e insuficiência hemodinâmica, recomenda-se terapia trombolítica além da anticoagulação;
- Para mulheres que amamentam e que necessitam de tratamento anticoagulante, recomenda-se o uso de antagonistas da vitamina K ou heparinas de baixo peso

molecular em vez de anticoagulantes orais diretos.

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em Neumann et al., 2023.

4 Referências

ASBOG - Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología. Guía de Práctica Clínica para la Prevención de Eventos Tromboembólicos Venosos Durante la Gestación, el Parto o el Puerperio. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2017; 68(4):285-304. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n4/0034-7434-rcog-68-04-00285.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Série A. Normas e Manuais Técnicos. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília – DF 2009. [Acesso em 22 de janeiro de 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf

Galvão TF. Sistema GRADE na avaliação da qualidade da evidência e no desenvolvimento de recomendações. In *Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências*. / Organizadores Tereza Setsuko Toma [et al. ...] - São Paulo : Instituto de Saúde, 2017. 456p. [acesso em 03 abril 2024]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/tsc_22_final.pdf

Haby MM, Clark R. Respostas rápidas para Políticas de Saúde Informadas por Evidências. *BIS* [Internet] 2016; p.32-42. [acesso em 11 março 2024]. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/1024035/bis-v17n1-politicas-de-saude-32-42.pdf>

Houser M, Kandalft N, Khati NJ. Ectopic pregnancy: a resident's guide to imaging findings and diagnostic pitfalls. *Emerg Radiol* 29, 161–172 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10140-021-01974-7>.

James AH. Venous thromboembolism in pregnancy. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2009 Mar;29(3):326-31. doi: 10.1161/ATVBAHA.109.184127.

Leal LF et al. Maternal Mortality in Brazil, 1990 to 2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022; 55 (Suppl I): e0279-2021. doi: 10.1590/0037-8682-0279-2021

Magee LA, Smith GN, Bloch C, Côté AM, Jain V, Nerenberg K, von Dadelszen P, Helewa M, Rey E. Guideline No. 426: Hypertensive Disorders of Pregnancy: Diagnosis, Prediction, Prevention, and Management. *J Obstet Gynaecol Can*. 2022 May;44(5):547-571.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2022.03.002.

National Institute for Clinical Excellence - NICE. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2023 Aug 23. (NICE Guideline, No. 126.). [Acesso em 22 de janeiro de 2024]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544906/>

Neumann I, Izcovich A, Aguilar R, Basantes GL, Casais P, Colorio CC, Guillermo Esposito MC, García Lázaro PP, Pereira J, Meillon García LA, Rezende SM, Serrano JC, Tejerina Valle ML, Altuna D, Zúñiga P, Vera F, Karzulovic L, Schünemann HJ. American Society of Hematology, ABHH, ACHO, Grupo CAHT, Grupo CLAHT, SAH, SBHH, SHU, SOCHIHEM, SOMETH, Sociedad Panamena de Hematología, Sociedad Peruana de Hematología, and SVH 2023. Guidelines for diagnosis of venous thromboembolism and for its management in special populations in Latin America. *Blood Adv.* 2023 Jul 11;7(13):3005-3021. doi: 10.1182/bloodadvances.2021006534.

Robinson D, Basso M, Chan C, Duckitt K, Lett R. Guideline No. 431: Postpartum Hemorrhage and Hemorrhagic Shock. *J Obstet Gynaecol Can.* 2022 Dec;44(12):1293-1310.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2022.10.002. Erratum in: *J Obstet Gynaecol Can.* 2023 Mar 11; Erratum in: *J Obstet Gynaecol Can.* 2023 Jun 26.

Toma TS; de Lima SS. PROTOCOLO DE REVISÃO RÁPIDA Mortalidade materna direta: recomendações sobre prevenção e controle das causas. Instituto de Saúde, Agosto 2024. DOI: 10.13140/RG.2.2.11102.86089

World Health Organization - WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: World Health Organization; 2015. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549363>

World Health Organization - WHO recommendations: drug treatment for severe hypertension in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2018a. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550437>

World Health Organization - WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2018b. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550420>

World Health Organization - WHO recommendation on calcium supplementation before pregnancy for the prevention of pre-eclampsia and its complications. Geneva: World Health Organization; 2020a. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003118>.

World Health Organization - WHO recommendation on advance misoprostol distribution to pregnant women for prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2020b. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240013902>.

World Health Organization - WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth. Geneva: World Health Organization; 2020c. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013926>.

World Health Organization - WHO recommendations on antiplatelet agents for the prevention of pre-eclampsia. Geneva: World Health Organization; 2021a. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037540>.

World Health Organization - WHO recommendation on uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2021b. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013841>.

World Health Organization - WHO recommendation on routine antibiotic prophylaxis for women undergoing operative vaginal birth. Geneva: World Health Organization; 2021c. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027992>

World Health Organization - WHO recommendations on choice of antiseptic agent and method of application for preoperative skin preparation for caesarean section. Geneva: World Health Organization; 2021d. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240028036>.

World Health Organization - WHO recommendation on prophylactic antibiotics for women undergoing caesarean section. Geneva: World Health Organization; 2021e. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240028012>.

World Health Organization - WHO recommendation on vaginal preparation with antiseptic agents for women undergoing caesarean section. Geneva: World Health Organization; 2021f. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240028067>.

World Health Organization - WHO. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Acesso em 22 janeiro 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.

Xavier MO, Amouzou A, Maïga A, Akseer N, Huicho L, Matijasevich A. The impact of the COVID-19 pandemic on trends in stillbirths, under-5 and maternal mortality in Brazil: Excess deaths and regional inequalities. *J Glob Health*. 2023 Sep 30;13:06040. doi: 10.7189/jogh.13.06040.

5 Apêndices

Todos os GPC apresentados utilizaram o sistema de avaliação GRADE - *Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation* (Galvão, 2017).

Nos GPC, as recomendações devem ser claras. Elas podem ser a favor ou contra uma determinada intervenção ou ação. Em geral, as recomendações são classificadas como fortes ou fracas, a depender das evidências científicas que as fundamentam (Quadro 1). Algumas vezes, as recomendações são consideradas condicionais, ou seja, dependentes de algumas condições contextuais.

Direção e força da recomendação pelo sistema GRADE.

Direção	Força	Interpretação
A favor	Forte	A maioria das pessoas pode ser beneficiada com a intervenção.
	Fraca	Um grupo específico ou poucas pessoas podem ser beneficiadas com a intervenção.
Contra	Forte	A maioria das pessoas pode ser prejudicada com a intervenção.
	Fraca	Um grupo específico ou poucas pessoas podem ser prejudicadas com a intervenção.

Fonte: Elaboração das autoras, com base em Galvão, 2017.

Apêndice 1 - Recomendações para prevenção e manejo do aborto (WHO, 2022).

Recomendação	Força da recomendação
Descriminalização e legislação	
Recomenda-se a descriminalização total do aborto.	Forte a favor
Leis e outros regulamentos que restrinjam o aborto por motivos.	Forte contra
Recomenda-se que o aborto esteja disponível a pedido da mulher, menina ou outra pessoa grávida.	Forte a favor
Leis e outros regulamentos que proíbam o aborto com base em limites de idade gestacional.	Forte contra
Fornecimento de informações sobre assistência ao aborto e aconselhamento	

Recomenda-se a prestação de informações sobre cuidados de aborto por parte de agentes comunitários de saúde, farmacêuticos, profissionais de medicina tradicional e complementar, auxiliares de enfermagem/ auxiliares de enfermagem obstétrica, enfermeiros, parteiras, médicos associados/ associados avançados, médicos generalistas e médicos especialistas.	Forte a favor
Sugere-se o fornecimento de informações sobre cuidados de aborto por parte dos trabalhadores das farmácias.	Fraca a favor
Recomenda-se a prestação de aconselhamento por agentes comunitários de saúde, profissionais de medicina tradicional e complementar, auxiliares de enfermagem/ auxiliares de enfermagem obstétrica, enfermeiros, parteiras, médicos associados/ associados avançados, médicos generalistas e médicos especialistas.	Forte a favor
Sugere-se a prestação de aconselhamento por trabalhadores de farmácia e farmacêuticos.	Fraca a favor
Limitações ao aborto	
Períodos de espera obrigatórios para o aborto.	Forte contra
Recomenda-se que o aborto seja disponibilizado a pedido da mulher, menina ou outra pessoa grávida, sem autorização de qualquer outro indivíduo, órgão ou instituição.	Forte a favor
Isoimunização Rh para aborto em idades gestacionais < 12 semanas	
Administração de imunoglobulina anti-D tanto para aborto medicamentoso como cirúrgico em < 12 semanas.	Forte contra
Profilaxia antibiótica para aborto cirúrgico e medicamentoso	
Recomenda-se antibióticos profiláticos apropriados no pré ou perioperatório para aborto cirúrgico, independentemente do risco individual de infecção inflamatória pélvica.	Forte a favor
Uso de antibióticos profiláticos para aborto medicamentoso.	Forte contra
Determinação da idade gestacional da gravidez: ultrassonografia pré-aborto	
Uso de ultrassonografia como pré-requisito para a prestação de serviços de aborto médico e cirúrgico.	Forte contra
Tratamento da dor no aborto	
Recomenda-se que a medicação para a dor seja oferecida rotineiramente (por exemplo, anti-inflamatórios não esteróides) e que seja fornecida a quem a desejar, para o tratamento da dor no aborto cirúrgico em qualquer idade gestacional.	Forte a favor

Uso rotineiro de anestesia geral.	Forte contra
Para tratamento da dor no aborto cirúrgico em < 14 semanas: Recomenda-se o uso de bloqueio paracervical.	Forte a favor
Para o tratamento da dor no aborto cirúrgico em < 14 semanas: Sugere-se que a opção de tratamento combinado da dor utilizando sedação consciente mais bloqueio paracervical deve ser oferecida, quando a sedação consciente estiver disponível.	Fraca a favor
Para tratamento da dor para preparação cervical com dilatadores osmóticos antes do aborto cirúrgico ≥ 14 semanas: Sugere-se o uso de bloqueio paracervical.	Fraca a favor
Para tratamento da dor no aborto cirúrgico ≥ 14 semanas: Recomenda-se o uso de bloqueio paracervical.	Forte a favor
Para o tratamento da dor no aborto cirúrgico com ≥ 14 semanas: Sugere-se que seja oferecida a opção de tratamento combinado da dor utilizando sedação consciente mais bloqueio paracervical, quando a sedação consciente estiver disponível.	Fraca a favor
Para o aborto medicamentoso em qualquer idade gestacional: Recomenda-se que a medicação para a dor seja oferecida rotineiramente (por exemplo, anti-inflamatórios não esteróides) e que seja fornecida ao indivíduo para uso se e quando desejado.	Forte a favor
Para o tratamento da dor no aborto medicamentoso em ≥ 12 semanas: Sugere-se a consideração de métodos adicionais para controlar a dor ou desconforto devido ao aumento da dor com o aumento da idade gestacional. Esses métodos incluem certos antieméticos e anestesia epidural, quando disponível.	Fraca a favor
Preparação cervical antes do aborto cirúrgico	
Antes do aborto cirúrgico em < 12 semanas, se for utilizado preparação cervical, sugere-se os seguintes regimes de medicação: Mifepristona 200 mg por via oral 24–48 horas antes do procedimento; Misoprostol 400 µg por via sublingual 1–2 horas antes do procedimento; Misoprostol 400 µg por via vaginal ou bucal 2–3 horas antes do procedimento.	Forte a favor
Antes do aborto cirúrgico em < 12 semanas, se for utilizado preparação cervical: Não se recomenda o uso de dilatadores osmóticos.	Fraca contra
Para aborto cirúrgico ≥ 12 semanas: sugere-se a preparação cervical antes do procedimento.	Fraca a favor
Para aborto cirúrgico entre 12 e 19 semanas: sugere-se a preparação cervical apenas com medicação (é preferível uma combinação de mifepristona mais misoprostol) ou com um dilatador osmótico mais medicação (mifepristona,	Fraca a favor

misoprostol ou uma combinação de ambos).	
Para aborto cirúrgico entre 12 e 19 semanas, ao usar um dilatador osmótico para preparação cervical: Sugere-se que o período entre a colocação do dilatador osmótico e o procedimento não deve se estender além de dois dias.	Fraca a favor
Para aborto cirúrgico \geq 19 semanas: Recomenda-se preparação cervical com dilatador osmótico mais medicação (mifepristona, misoprostol ou uma combinação de ambos).	Forte a favor
Antes do aborto cirúrgico em qualquer idade gestacional: Recomenda-se a preparação cervical com medicação por profissionais de medicina tradicional e complementar, auxiliares de enfermagem/ auxiliares de enfermagem obstétrica, enfermeiros, parteiras, médicos associados/ associados avançados, médicos generalistas e médicos especialistas.	Forte a favor
Antes do aborto cirúrgico em qualquer idade gestacional: Sugere-se preparação cervical com medicação por agentes comunitários de saúde, farmacêuticos e farmacêuticos.	Fraca a favor
Antes da dilatação e evacuação em \geq 12 semanas: Recomenda-se preparação cervical com dilatadores osmóticos por auxiliares de enfermagem/ auxiliares de enfermagem obstétrica, enfermeiros, parteiras, médicos associados/ associados avançados, médicos generalistas e médicos especialistas.	Forte a favor
Antes da dilatação e evacuação em \geq 12 semanas: Sugere-se preparação cervical com dilatadores osmóticos por profissionais de medicina tradicional e complementar.	Fraca a favor
Restrições do provedor e objeção de consciência	
Regulamentação sobre quem pode realizar e gerir o aborto que seja inconsistente com as orientações da OMS.	Forte contra
Recomenda-se que o acesso e a continuidade da atenção integral ao aborto sejam protegidos contra barreiras criadas pela objeção de consciência.	Forte a favor
Métodos de aborto cirúrgico	
Para aborto cirúrgico < 14 semanas: Recomenda-se aspiração a vácuo.	Forte a favor
Para aborto cirúrgico < 14 semanas: Prática de dilatação e curetagem afiada, incluindo verificações de cureta afiada (ou seja, para “completar” o aborto) após aspiração a vácuo.	Forte contra
Para aborto cirúrgico com menos de 14 semanas: Recomenda-se a aspiração a vácuo por profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiras, parteiras, médicos associados/associados avançados, médicos generalistas e	Forte a favor

médicos especialistas.	
Para aborto cirúrgico < 14 semanas: Sugere-se aspiração a vácuo por auxiliares de enfermagem/ auxiliares de enfermagem obstétrica.	Fraca a favor
Para aborto cirúrgico ≥ 14 semanas: Recomenda-se dilatação e evacuação.	Forte a favor
Para aborto cirúrgico com ≥ 14 semanas: Recomenda-se dilatação e evacuação por médicos generalistas e médicos especialistas.	Forte a favor
Para aborto cirúrgico com ≥ 14 semanas: Sugere-se dilatação e evacuação por profissionais de medicina tradicional e complementar, parteiras e médicos associados/associados avançados.	Fraca a favor
Manejo medicamentoso do aborto induzido	
Para aborto medicamentoso em < 12 semanas: Recomenda-se o uso de 200 mg de mifepristona administrado por via oral, seguido 1–2 dias depois por 800 µg de misoprostol administrado por via vaginal, sublingual ou oral. O intervalo mínimo recomendado entre o uso do mifepristona e do misoprostol é de 24 horas.	Forte a favor
Para aborto medicamentoso em < 12 semanas: Ao usar misoprostol sozinho, recomenda-se o uso de 800 µg de misoprostol administrado por via vaginal, sublingual ou oral.	Forte a favor
Para aborto medicamentoso em < 12 semanas: Sugere-se o uso de um regime combinado de letrozol mais misoprostol (letrozol 10 mg por via oral todos os dias durante 3 dias seguido de misoprostol 800 µg por via sublingual no quarto dia) como uma opção segura e eficaz.	Fraca a favor
Para aborto medicamentoso em < 12 semanas: Recomenda-se tratamento por conta própria, agentes comunitários de saúde, trabalhadores de farmácia, farmacêuticos, profissionais de medicina tradicional e complementar, auxiliares de enfermagem/ auxiliares de enfermagem obstétrica, enfermeiros, parteiras, médicos associados/ associados avançados, médicos generalistas e médicos especialistas praticantes.	Forte a favor
Para aborto medicamentoso em ≥ 12 semanas: Sugere-se o uso de 200 mg de mifepristona administrado por via oral, seguido 1–2 dias depois por doses repetidas de 400 µg de misoprostol administrados por via vaginal, sublingual ou oral a cada 3 horas. O intervalo mínimo recomendado entre o uso do mifepristona e do misoprostol é de 24 horas.	Fraca a favor
Para aborto medicamentoso em ≥ 12 semanas: Ao usar misoprostol sozinho, sugere-se o uso de doses repetidas de 400 µg administrado por via vaginal, sublingual ou oral a cada 3 horas.	Fraca a favor

Para aborto medicamentoso com ≥ 12 semanas: Recomenda-se tratamento por médicos generalistas e médicos especialistas.	Forte a favor
Para aborto medicamentoso com ≥ 12 semanas: Sugere-se tratamento por profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/auxiliares de enfermagem obstétrica, enfermeiros, parteiras e clínicos associados/associados avançados.	Fraca a favor
Aborto retido	
Para aborto retido em < 14 semanas, para indivíduos que preferem tratamento medicamentoso: Recomenda-se o uso da combinação de mifepristona mais misoprostol em vez de misoprostol sozinho. Esquema recomendado: 200 mg de mifepristona administrado por via oral, seguido de 800 μg de misoprostol administrado por qualquer via (oral, vaginal ou sublingual). Regime alternativo: 800 μg de misoprostol administrado por qualquer via (oral, vaginal ou sublingual).	Forte a favor
Para tratamento medicamentoso em ≥ 14 a ≤ 28 semanas: Sugere-se o uso da combinação de mifepristona mais misoprostol em vez de misoprostol sozinho. Esquema sugerido: 200 mg de mifepristona administrados por via oral, seguidos 1–2 dias depois por doses repetidas de 400 μg de misoprostol administrados por via sublingual ou vaginal a cada 4–6 horas. O intervalo mínimo recomendado entre o uso do mifepristona e do misoprostol é de 24 horas. Regime alternativo: doses repetidas de 400 μg de misoprostol administradas por via sublingual ou vaginal a cada 4–6 horas.	Fraca a favor
Morte fetal intrauterina	
Para morte fetal intrauterina entre ≥ 14 e ≤ 28 semanas: Recomenda-se tratamento por médicos generalistas e médicos especialistas.	Forte a favor
Para morte fetal intrauterina em ≥ 14 a ≤ 28 semanas: Sugere-se tratamento por profissionais de medicina tradicional e complementar, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, parteiras e médicos associados/associados avançados.	Fraca a favor
Cuidados de acompanhamento ou serviços adicionais	
Após aborto cirúrgico não complicado ou aborto medicamentoso: Recomenda-se que não há necessidade médica de uma consulta de acompanhamento de rotina. Contudo, devem ser fornecidas informações sobre a disponibilidade de serviços adicionais, caso sejam necessários ou desejados.	Forte a favor
Aborto incompleto	
Para aborto incompleto com < 14 semanas: Recomenda-se aspiração a vácuo ou tratamento medicamentoso.	Forte a favor

Para o tratamento medicamentoso do aborto incompleto com tamanho uterino < 14 semanas: Sugere-se o uso de 600 µg de misoprostol administrado por via oral ou 400 µg de misoprostol administrado por via sublingual.	Fraca a favor
Para o tratamento medicamentoso do aborto incompleto com tamanho uterino ≥ 14 semanas: Sugere-se o uso de doses repetidas de 400 µg de misoprostol administrados por via sublingual, vaginal ou oral a cada 3 horas.	Fraca a favor
Para aborto incompleto não complicado com < 14 semanas: Recomenda-se tratamento com misoprostol por agentes comunitários de saúde, trabalhadores de farmácia, farmacêuticos, profissionais de medicina tradicional e complementar, auxiliares de enfermagem/ANMs, enfermeiros, parteiras, médicos associados/associados avançados, médicos generalistas e especialistas.	Forte a favor
Para aborto incompleto não complicado com menos de 14 semanas: Recomenda-se a aspiração a vácuo por profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiras, parteiras, médicos associados/associados avançados, médicos generalistas e médicos especialistas.	Forte a favor
Para aborto incompleto não complicado com < 14 semanas: Sugere-se aspiração a vácuo por auxiliares de enfermagem/ANMs.	Fraca a favor
Manejo de complicações sem risco de vida	
Para infecções pós-aborto sem risco de vida: Recomenda-se o tratamento inicial por profissionais de medicina tradicional e complementar, auxiliares de enfermagem/ auxiliares de enfermagem obstétrica, enfermeiros, parteiras, médicos associados/ associados avançados, médicos generalistas e médicos especialistas.	Forte a favor
Para hemorragia pós-aborto sem risco de vida: Recomenda-se o tratamento inicial por profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/ auxiliares de enfermagem obstétrica, enfermeiros, parteiras, médicos associados/ associados avançados, médicos generalistas e médicos especialistas.	Forte a favor

Nota: Tradução livre das autoras, com auxílio do *Google translator*.

Apêndice 2 - Recomendações para diagnóstico e manejo da gravidez ectópica (NICE, 2023).

Recomendações
Apoio e fornecimento de informações
Tratar todas as mulheres com complicações no início da gravidez com dignidade e respeito. Estar ciente de que as mulheres reagirão às complicações ou à perda de uma gravidez de maneiras diferentes.
Fornecer a todas as mulheres informação e apoio de uma forma sensível, tendo em conta as suas

circunstâncias individuais e resposta emocional.

Os profissionais de saúde que prestam cuidados a mulheres com complicações no início da gravidez, em qualquer ambiente, devem estar cientes de que essas complicações podem causar sofrimento significativo a algumas mulheres e aos seus parceiros.

Os profissionais de saúde que prestam cuidados a estas mulheres devem receber formação sobre como comunicar com sensibilidade e dar más notícias.

O pessoal não clínico, como os recepcionistas que trabalham em locais onde são prestados cuidados no início da gravidez, também deve receber formação sobre como comunicar de forma sensível com mulheres que sofrem complicações no início da gravidez.

Durante todo o cuidado, fornecer à mulher e (com o seu consentimento) ao seu parceiro informações específicas baseadas em evidências em vários formatos. Isto deve incluir (conforme apropriado): quando e como procurar ajuda se os sintomas existentes piorarem ou se desenvolverem novos sintomas, incluindo um número de telefone de contato 24 horas por dia; o que esperar durante o tempo em que aguarda pela ultrassonografia; o que esperar durante o tratamento (incluindo conduta expectante), como a possível duração e extensão da dor e/ou sangramento e possíveis efeitos colaterais - essas informações devem ser adaptadas ao cuidado que ela recebe; informações sobre cuidados pós-operatórios (para mulheres submetidas a cirurgia); o que esperar durante o período de recuperação – por exemplo, quando for possível retomar a atividade sexual e/ou tentar engravidar novamente, e o que fazer se engravidar novamente – esta informação deve ser adaptada aos cuidados que recebe; informações sobre o provável impacto do seu tratamento na fertilidade futura; onde aceder a serviços de apoio e aconselhamento, incluindo folhetos, endereços web e números de linha de apoio para organizações de apoio. Certificar-se de que há tempo suficiente disponível para discutir estas questões com as mulheres durante o tratamento e marcar uma consulta adicional se for necessário mais tempo.

Serviços de avaliação de gravidez precoce

Os serviços regionais devem ser organizados de modo a que esteja disponível um serviço de avaliação, 7 dias por semana, para mulheres com complicações na gravidez precoce, onde possam ser realizados exames e tomadas as decisões sobre o tratamento.

Um serviço de avaliação precoce da gravidez deve ser prestado por profissionais de saúde competentes para diagnosticar e cuidar de mulheres com dor e/ou sangramento no início da gravidez; e oferecer ultrassonografia e avaliação dos níveis séricos de gonadotrofina coriônica humana (HCG); e ser composto por profissionais de saúde com formação em comunicação sensível e comunicação de más notícias.

Os serviços de avaliação precoce da gravidez devem aceitar a procura espontânea de mulheres que tiveram gravidez ectópica ou molar anterior. Todas as outras mulheres com dor e/ou sangramento devem ser avaliadas por um profissional de saúde (como um clínico geral, médico de emergência, parteira ou enfermeira) antes de serem encaminhadas para um serviço de avaliação de gravidez precoce.

Garantir a existência de um sistema que permita às mulheres encaminhadas para o serviço local de avaliação da gravidez precoce comparecer no prazo de 24 horas, se a situação clínica o justificar.

Se o serviço não estiver disponível e os sintomas clínicos justificarem uma avaliação mais aprofundada, encaminhar as mulheres para o serviço acessível mais próximo que ofereça avaliação clínica especializada e ultrassonografia (como uma enfermaria de ginecologia ou serviço de emergência com acesso a apoio ginecológico especializado).

Sintomas e sinais de gravidez ectópica e avaliação inicial

Encaminhar as mulheres hemodinamicamente instáveis, ou nas quais haja preocupação significativa sobre o grau de dor ou sangramento, diretamente para o serviço de emergência.

Estar ciente de que a apresentação atípica da gravidez ectópica é comum.

Estar ciente de que a gravidez ectópica pode apresentar uma variedade de sintomas. Mesmo que um sintoma seja menos comum, ainda pode ser significativo.

Os sintomas comuns incluem: dor abdominal ou pélvica; amenorreia ou falta de menstruação; sangramento vaginal com ou sem coágulos.

Outros sintomas relatados incluem: sensibilidade mamária; sintomas gastrointestinais; tontura, desmaio ou síncope; dor na ponta do ombro; sintomas urinários; passagem de tecido; pressão retal ou dor ao evacuar.

Estar ciente de que a gravidez ectópica pode apresentar uma variedade de sinais ao exame por um profissional de saúde.

Sinais mais comuns incluem: sensibilidade pélvica; sensibilidade anexial; sensibilidade abdominal.

Outros sinais relatados incluem: sensibilidade ao movimento cervical; sensibilidade rebote ou sinais peritoneais; palidez; distensão abdominal; útero aumentado; taquicardia (mais de 100 batimentos por minuto) ou hipotensão (menos de 100/60 mmHg); choque ou colapso; hipotensão ortostática.

Durante a avaliação clínica de mulheres em idade reprodutiva, estar ciente de que os sintomas e sinais de gravidez ectópica podem assemelhar-se aos sintomas e sinais comuns de outras condições – por exemplo, condições gastrointestinais ou infecção do trato urinário.

Todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de mulheres em idade reprodutiva devem ter acesso a testes de gravidez.

Encaminhar imediatamente para um serviço de avaliação de gravidez precoce (ou serviço de ginecologia fora do horário comercial, se o serviço de avaliação de gravidez precoce não estiver disponível) para avaliação adicional de mulheres com teste de gravidez positivo e os seguintes sintomas no exame: dor e sensibilidade abdominal; ou sensibilidade pélvica; ou sensibilidade ao movimento do colo do útero.

Excluir a possibilidade de gravidez ectópica, mesmo na ausência de fatores de risco (como gravidez ectópica anterior), porque cerca de um terço das mulheres com gravidez ectópica não terá fatores de

risco conhecidos.

Encaminhar para um serviço de avaliação de gravidez precoce (ou serviço de ginecologia fora do horário comercial, se o serviço de avaliação de gravidez precoce não estiver disponível) mulheres com sangramento ou outros sintomas e sinais de complicações no início da gravidez que apresentam: dor; ou uma gravidez de 6 semanas ou mais; ou uma gravidez de gestação incerta. A urgência deste encaminhamento depende da situação clínica.

Utilizar manejo expectante para mulheres com gestação inferior a 6 semanas, que apresentam sangramento, mas não sentem dor, e que não apresentam fatores de risco, como gravidez ectópica anterior.

Aconselhar estas mulheres: a retornarem se o sangramento continuar ou se houver dor; repetir o teste de gravidez de urina após 7 a 10 dias e retornar se for positivo; um teste de gravidez negativo significa que a gravidez abortou.

Encaminhar as mulheres que retornam com piora dos sintomas e sinais que possam sugerir uma gravidez ectópica para um serviço de avaliação de gravidez precoce (ou serviço de ginecologia fora do horário comercial, se o serviço de avaliação de gravidez precoce não estiver disponível) para avaliação adicional. A decisão sobre se ela deve ser atendida imediatamente ou em até 24 horas dependerá da situação clínica.

Se uma mulher for encaminhada para um serviço de avaliação de gravidez precoce (ou serviço de ginecologia fora do horário comercial, se o serviço de avaliação de gravidez precoce não estiver disponível), explicar os motivos do encaminhamento e o que ela pode esperar quando chegar lá.

Diagnóstico de gravidez intrauterina viável e de gravidez ectópica tubária

Oferecer às mulheres que frequentam um serviço de avaliação de gravidez precoce (ou serviço de ginecologia fora do horário comercial, se o serviço de avaliação de gravidez precoce não estiver disponível) uma ultrassonografia transvaginal para identificar a localização da gravidez e se há pólo fetal e batimentos cardíacos.

Considerar uma ultrassonografia transabdominal para mulheres com útero dilatado ou outra patologia pélvica, como miomas ou cisto ovariano.

Se uma ultrassonografia transvaginal for inaceitável para a mulher, oferecer uma ultrassonografia transabdominal e explique as limitações desse método de varredura.

Usando exames de ultrassom para diagnóstico de gravidez intrauterina viável

Ao realizar uma ultrassonografia transvaginal no início da gravidez, procurar sinais que indicam que há uma gravidez ectópica tubária: uma massa anexial, movendo-se separada do ovário (às vezes chamada de 'sinal de deslizamento'), compreendendo um saco gestacional contendo um saco vitelino; ou uma massa anexial, movendo-se separadamente do ovário, compreendendo saco gestacional e pólo fetal (com ou sem batimentos cardíacos fetais).

Ao realizar uma ultrassonografia transvaginal no início da gravidez, procurar sinais que indicam uma alta probabilidade de gravidez ectópica tubária: uma massa anexial, movendo-se separadamente do ovário (às vezes chamada de 'sinal de deslizamento'), com um saco gestacional vazio (às vezes descrito como 'anel tubário' ou 'sinal de bagel'); ou uma massa anexial complexa e não homogênea, movendo-se separada do ovário. Se essas características estiverem presentes, leve em consideração outras características intrauterinas e anexiais no exame, o quadro clínico da mulher e os níveis séricos de HCG antes de fazer um diagnóstico.

Ao realizar uma ultrassonografia transvaginal no início da gravidez, procurar sinais que indicam uma possível gravidez ectópica: útero vazio; ou uma coleção de líquido dentro da cavidade uterina (às vezes descrita como um pseudo-saco; essa coleção de líquido deve ser diferenciada de um saco intrauterino precoce, que é identificado pela presença de uma estrutura hipocóica localizada excentricamente com um duplo sinal decidual [saco gestacional rodeado por 2 anéis ecogênicos concêntricos] no endométrio). Se essas características estiverem presentes, leve em consideração outras características intrauterinas e anexiais no exame, o quadro clínico da mulher e os níveis séricos de HCG antes de fazer um diagnóstico.

Ao realizar uma ultrassonografia transabdominal ou transvaginal no início da gravidez, procurar uma quantidade moderada a grande de líquido livre na cavidade peritoneal ou bolsa de Douglas, o que pode representar hemoperitônio. Se estiver presente, leve em consideração outras características intrauterinas e anexiais no exame, o quadro clínico da mulher e os níveis de HCG antes de fazer um diagnóstico.

Ao realizar uma ultrassonografia transabdominal ou transvaginal durante o início da gravidez, examinar o útero e os anexos para ver se há uma gravidez heterotópica.

Todos os exames ultrassonográficos devem ser realizados ou supervisionados diretamente e revisados por profissionais de saúde devidamente qualificados, com treinamento e experiência no diagnóstico de gravidez ectópica.

Medições de gonadotrofina coriônica humana em mulheres com gravidez de localização desconhecida

Estar ciente de que mulheres com gravidez de localização desconhecida podem ter uma gravidez ectópica até que a localização seja determinada.

Não usar medições séricas de HCG para determinar a localização da gravidez.

Em uma mulher com gravidez de localização desconhecida, dar mais importância aos sintomas clínicos do que aos resultados séricos de HCG e rever a condição da mulher se algum dos seus sintomas mudar, independentemente dos resultados e avaliações anteriores.

Usar medições séricas de HCG apenas para avaliar a proliferação trofoblástica para ajudar a determinar o manejo subsequente.

Fazer 2 medições séricas de HCG com intervalo de 48 horas o mais próximo possível (mas não antes) para determinar o manejo subsequente de uma gravidez de localização desconhecida. Fazer

medições adicionais somente após revisão por um profissional de saúde sênior.

Independentemente dos níveis séricos de HCG, fornecer às mulheres com gravidez de localização desconhecida informações escritas sobre o que fazer se apresentarem quaisquer sintomas novos ou agravamento, incluindo detalhes sobre como ter acesso aos cuidados de emergência 24 horas por dia. Aconselhar as mulheres a retornarem se houver novos sintomas ou se os sintomas existentes piorarem.

Para mulheres com gravidez de localização desconhecida, ao usar medições seriadas de HCG sérico, não use medições séricas de progesterona como complemento para diagnosticar gravidez intrauterina viável ou gravidez ectópica.

Tratamento da gravidez ectópica tubária

Fornecer a todas as mulheres com gravidez ectópica informações orais e escritas sobre: as opções de tratamento e o que esperar durante e após o tratamento; como podem contatar um profissional de saúde para aconselhamento após o tratamento, se necessário, e quem será esse profissional; onde e quando obter ajuda em caso de emergência.

Informar as mulheres que tiveram uma gravidez ectópica que elas podem encaminhar-se para um serviço de avaliação de gravidez precoce em futuras gestações se tiverem alguma preocupação precoce.

Gestão expectante

Oferecer manejo expectante como uma opção para mulheres que: estão clinicamente estáveis e sem dor, e têm uma gravidez ectópica tubária medindo menos de 35 mm, sem batimento cardíaco visível na ultrassonografia transvaginal, e têm níveis séricos de HCG de 1.000 UI/L ou menos, e podem retornar para acompanhamento.

Considerar o manejo expectante como uma opção para mulheres que: estão clinicamente estáveis e sem dor, e têm uma gravidez ectópica tubária medindo menos de 35 mm, sem batimento cardíaco visível na ultrassonografia transvaginal, e têm níveis séricos de hCG acima de 1.000 UI/L e abaixo de 1.500 UI/L, e podem retornar para acompanhamento.

Para mulheres com gravidez ectópica tubária em tratamento expectante, repetir os níveis de HCG nos dias 2, 4 e 7 após o teste original e: se os níveis de HCG caírem 15% ou mais do valor anterior nos dias 2, 4 e 7, então repetir semanalmente até obter resultado negativo (menos de 20 UI/L); ou se os níveis de HCG não caírem 15%, permanecerem iguais ou aumentarem em relação ao valor anterior, rever a condição clínica da mulher e procurar aconselhamento superior para ajudar a decidir o tratamento futuro.

Avisar as mulheres que, com base em evidências limitadas, parece não haver diferença após o tratamento expectante ou médico em: taxa de gravidezes ectópicas que terminam naturalmente; o risco de ruptura tubária; a necessidade de tratamento adicional, mas que pode ser necessária internação com urgência se a sua condição se deteriorar; estado de saúde, depressão ou pontuações de ansiedade.

Aconselhar as mulheres que o tempo necessário para a resolução da gravidez ectópica e os resultados futuros da fertilidade provavelmente serão os mesmos com o tratamento expectante ou médico.

Manejo médico e cirúrgico

Oferecer metotrexato sistêmico para mulheres que: não apresentam dor significativa; e têm gravidez ectópica tubária não rota com massa anexial menor que 35 mm sem batimento cardíaco visível; e têm nível sérico de HCG inferior a 1.500 UI/litro; e não têm gravidez intrauterina (confirmada na ultrassonografia); e podem retornar para acompanhamento.

O metotrexato só deve ser oferecido na primeira consulta quando houver diagnóstico definitivo de gravidez ectópica e tiver sido excluída uma gravidez intrauterina viável.

Oferecer cirurgia onde o tratamento com metotrexato não for aceitável para a mulher.

Oferecer cirurgia como tratamento de primeira linha para mulheres que não conseguem retornar para acompanhamento após tratamento com metotrexato ou que apresentam algum dos seguintes: gravidez ectópica e dor significativa; gravidez ectópica com massa anexial de 35 mm ou maior; uma gravidez ectópica com batimento cardíaco fetal visível na ultrassonografia; uma gravidez ectópica e um nível sérico de HCG de 5.000 UI/litro ou mais.

Oferecer a escolha de metotrexato ou tratamento cirúrgico para mulheres com gravidez ectópica que tenham um nível sérico de HCG de pelo menos 1.500 UI/litro e inferior a 5.000 UI/litro, que possam retornar para acompanhamento e que atendam a todos os seguintes critérios: sem dor significativa; gravidez ectópica não rota com massa anexial menor que 35 mm sem batimento cardíaco visível; sem gravidez intrauterina (conforme confirmado em uma ultrassonografia). Aconselhar as mulheres que escolhem o metotrexato que a sua probabilidade de necessitar de intervenção adicional aumenta e que podem necessitar de ser internadas com urgência se a sua condição se deteriorar.

Para mulheres com gravidez ectópica que receberam metotrexato, fazer 2 medições séricas de HCG na primeira semana (dias 4 e 7) após o tratamento e, em seguida, 1 medição sérica de HCG por semana até obter um resultado negativo.

Se os níveis de HCG estagnarem ou aumentarem, reavaliar a condição da mulher para tratamento adicional.

Laparoscopia

Quando o tratamento cirúrgico é indicado para mulheres com gravidez ectópica, deve ser realizado por via laparoscópica sempre que possível, levando em consideração o estado da mulher e a complexidade do procedimento cirúrgico.

Os cirurgiões que prestam cuidados a mulheres com gravidez ectópica devem ser competentes para realizar cirurgia laparoscópica.

Os gestores devem assegurar a disponibilidade de equipamento para cirurgia laparoscópica.

Salpingectomia e salpingotomia

Oferecer salpingectomia para mulheres submetidas a cirurgia para gravidez ectópica, a menos que tenham outros fatores de risco para infertilidade.
Considerar a salpingotomia como uma alternativa à salpingectomia para mulheres com fatores de risco para infertilidade, como danos na trompa contralateral.
Informar as mulheres submetidas a salpingotomia que até 1 em cada 5 mulheres pode necessitar de tratamento adicional. Este tratamento pode incluir metotrexato e/ou salpingectomia.
Para mulheres que fizeram salpingotomia, fazer 1 medição sérica de HCG 7 dias após a cirurgia e, em seguida, 1 medição sérica de HCG por semana até obter um resultado negativo.
Aconselhar as mulheres que fizeram salpingectomia que devem fazer um teste de urina para gravidez após 3 semanas.
Aconselhar as mulheres a retornarem para avaliação adicional se o teste for positivo.
Profilaxia com imunoglobulina anti-D
Oferecer profilaxia com imunoglobulina anti-D na dose de 250 UI (50 microgramas) a todas as mulheres rhesus-negativas que tenham sido submetidas a um procedimento cirúrgico para tratar uma gravidez ectópica.
Não oferecer profilaxia com imunoglobulina anti-D a mulheres que: recebam apenas tratamento médico para gravidez ectópica; ou têm uma gravidez de localização desconhecida.

Nota: Tradução livre das autoras, com auxílio do *Google translator*. Foram extraídas apenas as recomendações relativas à gravidez ectópica. Por se tratar de uma atualização de GPC, o documento não trouxe informações quanto à força de recomendação.

Apêndice 3a. Recomendações para prevenção e tratamento da hemorragia puerperal (WHO, 2018b; WHO 2020b; WHO 2020c; WHO 2021b).

Recomendação	Força da recomendação
Uterotônicos	
O uso de um uterotônico eficaz para a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP) durante a terceira fase do trabalho de parto é recomendado para todos os partos. Para prevenir eficazmente a HPP, apenas um dos seguintes uterotônicos deve ser usado: oxitocina, carbetocina, misoprostol, ergometrina/metilergometrina, combinação de dose fixa de oxitocina e ergometrina.	Forte a favor
Ocitocina	
Em locais onde estão disponíveis múltiplas opções uterotônicas, a oxitocina (10 UI, IM/IV) é o agente uterotônico recomendado para a prevenção da HPP em todos os nascimentos.	Forte a favor

Em locais onde a ocitocina não está disponível (ou sua qualidade não pode ser garantida), o uso de outros uterotônicos injetáveis (carbetocina ou, se apropriado, ergometrina/metilergometrina, ou combinação de dose fixa de ocitocina e ergometrina) ou misoprostol oral é recomendado para a prevenção da HPP. .	Forte a favor
Nas situações em que as mulheres que dão à luz por via vaginal já têm acesso intravenoso, recomenda-se a administração intravenosa lenta de 10 UI de ocitocina em preferência à administração intramuscular.	Recomendação específica do contexto
Carbetocina	
O uso de carbetocina (100 µg, IM/IV) é recomendado para a prevenção da HPP em todos os nascimentos em contextos onde seu custo é comparável a outros uterotônicos eficazes.	Recomendação específica do contexto
Misoprostol	
O uso de misoprostol (400 µg ou 600 µg, por via oral) é recomendado para a prevenção da HPP em todos os nascimentos.	Forte a favor
Em locais onde não há pessoal de saúde qualificado para administrar uterotônicos injetáveis, a administração de misoprostol (400 µg ou 600 µg, por via oral) por profissionais de saúde comunitários e profissionais de saúde leigos é recomendada para a prevenção da HPP.	Forte a favor
Em locais onde as mulheres dão à luz fora de uma unidade de saúde e na ausência de pessoal de saúde qualificado, recomenda-se uma estratégia de distribuição pré-natal de misoprostol a mulheres grávidas para autoadministração, para prevenção da hemorragia pós-parto, apenas com monitorização e avaliação específicas.	Recomendação específica do contexto
Ergometrina	
O uso de ergometrina/metilergometrina (200 µg, IM/IV) é recomendado para a prevenção da HPP em contextos onde os distúrbios hipertensivos podem ser excluídos com segurança antes do seu uso.	Recomendação específica do contexto
Combinação de ocitocina e ergometrina	
O uso de uma combinação de dose fixa de ocitocina e ergometrina (5 UI/500 µg, IM) é recomendado para a prevenção da HPP em contextos onde os distúrbios hipertensivos podem ser excluídos com segurança antes do seu uso.	Recomendação específica do contexto
Prostaglandinas	
Uso de prostaglandinas injetáveis (carboprost ou sulprostona) para a prevenção da HPP.	Forte contra

Tamponamento uterino	
O tamponamento uterino com balão é recomendado para o tratamento de hemorragia pós-parto devido à atonia uterina após parto vaginal em mulheres que não respondem ao tratamento padrão de primeira linha, desde que as seguintes condições sejam atendidas: É possível o recurso imediato à intervenção cirúrgica e o acesso a hemoderivados se necessário; Um protocolo de tratamento de primeira linha para hemorragia pós-parto primária (incluindo o uso de uterotônicos, ácido tranexâmico, fluidos intravenosos) está disponível e é implementado rotineiramente; Outras causas de hemorragia pós-parto (tecido placentário retido, trauma) podem ser razoavelmente excluídas; O procedimento é realizado por pessoal de saúde treinado e qualificado no tratamento da hemorragia pós-parto, incluindo o uso de tamponamento com balão uterino; A condição materna pode ser monitorada regular e adequadamente para identificação imediata de quaisquer sinais de deterioração.	Recomendação específica do contexto

Nota: Tradução livre das autoras, com auxílio do *Google translator*.

Apêndice 3b. Recomendações para diagnóstico, prevenção e tratamento da hemorragia puerperal (Robinson et al., 2022).

Recomendação	Força da recomendação
Avaliação de risco	
Uma avaliação individualizada do risco de hemorragia pós-parto deve ser documentada numa lista de verificação à chegada à unidade de parto e atualizada durante o trabalho de parto e parto.	Forte
A avaliação de risco deve incluir um cálculo da perda sanguínea máxima permitida.	Ponto de boa prática
Anemia	
Tanto a anemia pré-natal como a pós-natal devem ser identificadas e tratadas agressivamente.	Forte
Perda sanguínea	
A medição quantitativa da perda sanguínea deve substituir a perda sanguínea estimada em todos os pacientes sempre que possível.	Forte
O estadiamento e o manejo da hemorragia pós-parto devem basear-se na perda sanguínea quantitativa.	Forte
Gestão ativa	
A gestão ativa da terceira fase do trabalho de parto deve ser oferecida a todas as	Forte

mulheres	
Ocitocina	
A ocitocina intramuscular profilática pode ser usada em pacientes com baixo risco de hemorragia pós-parto.	Forte
Para pacientes com alto risco de hemorragia pós-parto, deve-se usar ocitocina intravenosa profilática.	Condicional
Se houver resposta inadequada à ocitocina em 4 minutos, deve ser administrado um uterotônico de segunda linha.	Forte
Carbetocina	
A carbetocina pode ser considerada agente de primeira linha para profilaxia de hemorragia pós-parto no parto cesáreo	Forte
Compressão uterina	
A compressão uterina bimanual e o esvaziamento da bexiga devem ser realizados como medidas de primeira linha enquanto se espera que os agentes farmacológicos façam efeito.	Ponto de boa prática
Misoprostol	
O misoprostol (sublingual/oral) é um complemento eficaz à ocitocina profilática ou terapêutica em indivíduos de alto risco	Forte
O misoprostol retal é inferior a outras vias (tanto no início como na biodisponibilidade) e não deve ser utilizado.	Forte
Ergotamina e carboprost	
Ergotamina intramuscular e carboprost intramuscular ou intramiometrial podem ser usados para tratar hemorragia pós-parto ativa.	Forte
Ácido tranexâmico	
O ácido tranexâmico pode ser usado em todas as pacientes como adjuvante dos uterotônicos no contexto de hemorragia pós-parto e pode ser usado como agente profilático em pacientes com alto risco de hemorragia pós-parto.	Forte
Tamponamento uterino	
O tamponamento uterino é uma ferramenta eficaz e deve ser considerado para sangramento contínuo leve a moderado.	Condicional
Placenta, coágulos, lacerações	

Se a placenta não tiver sido expelida espontaneamente nos 30 minutos seguintes ao parto, devem ser tomadas medidas para acelerar a expulsão da placenta.	Forte
Quando houver sangramento contínuo, examine o paciente quanto à presença de coágulos, tecido placentário retido ou lacerações do trato genital.	Ponto de boa prática
Inversão uterina	
No caso de inversão uterina, se a reversão imediata não for possível, transferir a paciente para uma sala cirúrgica para relaxamento uterino e estabilização da paciente, conforme necessário	Ponto de boa prática
Intervenção cirúrgica	
Se as intervenções farmacológicas não controlarem o sangramento, a intervenção cirúrgica deverá ser realizada imediatamente	Forte
Suturas de compressão, ligadura das artérias uterinas ou ilíacas internas e embolização das artérias uterinas são intervenções eficazes que podem ser consideradas; entretanto, a histerectomia não deve ser adiada em uma paciente instável.	Forte
Hemorragia obstétrica grave	
A hemorragia obstétrica grave deve ser tratada por uma equipe multidisciplinar composta por obstetrícia, anestesia, enfermagem e medicina transfusional.	Forte
Deve ser utilizado um protocolo obstétrico de hemorragia maciça, incluindo funções e responsabilidades definidas de cada membro da equipe.	Forte
As medidas iniciais de ressuscitação e monitoramento devem incluir acesso intravenoso, eletrocardiografia, saturação de oxigênio, pressão arterial, colocação de cateter uretral permanente, eutermia e reposição volêmica com cristalóide balanceado.	Ponto de boa prática
Quatro unidades de glóbulos vermelhos devem ser administradas antes de outros produtos sanguíneos em um paciente com sangramento ativo que esteja se aproximando da perda sanguínea máxima permitida, a menos que o paciente tenha um defeito de coagulação.	Forte
Os níveis de fibrinogênio devem ser medidos em todos os casos moderados a graves de hemorragia pós-parto e, se <2 g/L, devem ser repostos adequadamente.	Forte
Um protocolo de hemorragia maciça com proporções de glóbulos vermelhos, plasma fresco congelado e plaquetas de 1:1:1 ou 2:1:1 pode ser usado na ausência de resultados laboratoriais oportunos.	Forte

O treinamento de simulação com todos os membros da equipe multidisciplinar deve ocorrer regularmente, de preferência por um facilitador treinado.	Forte
---	-------

Nota: Tradução livre das autoras, com auxílio do *Google translator*.

Apêndice 4a - Recomendações para tratamento da hipertensão arterial (WHO, 2018a) e prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia (WHO, 2020a; WHO, 2021a).

Recomendação	Força da recomendação
Tratamento medicamentoso para hipertensão grave	
Mulheres com hipertensão grave durante a gravidez devem receber tratamento com medicamentos anti-hipertensivos	Forte
A escolha e a via de administração de um medicamento anti-hipertensivo para hipertensão grave durante a gravidez, em preferência a outros, devem basear-se principalmente na experiência do médico prescritor com esse medicamento específico, no seu custo e na disponibilidade local.	Condicional
Suplementação de cálcio	
A suplementação de cálcio pré-gravidez para a prevenção da pré-eclâmpsia e das suas complicações é recomendada apenas no contexto de pesquisa rigorosa.	Recomendação em contexto de pesquisa
Agentes antiplaquetários	
Recomenda-se ácido acetilsalicílico em baixas doses (aspirina, 75 mg por dia) para a prevenção da pré-eclâmpsia em mulheres com risco moderado ou alto de desenvolver a doença.	Recomendado
Recomenda-se ácido acetilsalicílico em baixas doses (aspirina, 75 mg por dia) para a prevenção da pré-eclâmpsia em mulheres com risco moderado ou alto de desenvolver a doença.	Recomendado
Baixas doses de ácido acetilsalicílico (aspirina, 75 mg por dia) para a prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações relacionadas devem ser iniciadas até a 20ª semana de gestação ou assim que os cuidados pré-natais forem iniciados.	Recomendação específica do contexto

Nota: Tradução livre das autoras, com auxílio do *Google translator*.

Apêndice 4b - Recomendações para diagnóstico, avaliação e tratamento dos distúrbios hipertensivos da gravidez e prevenção da pré-eclâmpsia (Magee et al., 2022).

Recomendação	Força da recomendação
Pré-concepção	

Sugere-se aconselhamento pré-concepção para mulheres com hipertensão pré-gravidez para aconselhar sobre o manejo individualizado durante a gravidez.	Condicional
Recomenda-se a substituição dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA) ou dos bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) por outros anti-hipertensivos em mulheres que planejam engravidar, a menos que haja uma indicação clínica convincente de não fazê-lo.	Forte a favor
Triagem	
No início da gravidez, as mulheres devem ser rastreadas, no mínimo, para marcadores de risco clínico de pré-eclâmpsia.	Forte a favor
Se houver testes disponíveis, as mulheres devem ser examinadas entre 11 e 14 semanas de gestação usando uma combinação de marcadores de risco clínico, índice de pulsatilidade da artéria uterina e fator de crescimento placentário (PIGF) para individualizar o risco de desenvolver pré-eclâmpsia.	Forte a favor
Ácido acetilsalicílico	
Para mulheres com risco aumentado de pré-eclâmpsia, recomenda-se ácido acetilsalicílico em dose baixa (81 ou 162 mg/d) (forte, alto), para ser tomado ao deitar (forte, moderado), de preferência antes das 16 semanas de gestação (condicional, moderado) e descontinuado às 36 semanas de gestação.	Condicional
Para todas as outras mulheres, não é recomendado ácido acetilsalicílico em baixas doses.	Forte a favor
Suplementação de cálcio	
Para todas as mulheres com baixa ingestão de cálcio (<900 mg/d), sugere-se a suplementação oral de cálcio de pelo menos 500 mg/d para prevenir a pré-eclâmpsia.	Condicional
Suplementação de vitamina D	
Para todas as mulheres, a suplementação de vitamina D além da recomendação da <i>Health Canada</i> para adultos não é sugerida para prevenir a pré-eclâmpsia.	Condicional
Exercício físico	
Para todas as mulheres, recomenda-se exercício físico para prevenir a pré-eclâmpsia.	Forte a favor
Dieta	
Para mulheres com risco aumentado de pré-eclâmpsia, com sobrepeso ou obesidade, são recomendados conselhos dietéticos (reduzir calorias e escolher alimentos com baixo índice glicêmico) e exercícios.	Condicional
Cuidados hospitalares	

Devem ser prestados cuidados hospitalares a mulheres com hipertensão grave ou pré-eclâmpsia com uma ou mais condições maternas adversas.	Ponto de boas práticas
O repouso na cama não é recomendado para mulheres com pré-eclâmpsia.	Condicional
Terapia anti-hipertensiva	
A terapia anti-hipertensiva é recomendada para mulheres grávidas com pressão arterial sistólica média de 140 mm Hg ou pressão arterial diastólica de 90 mm Hg, independentemente do distúrbio hipertensivo da gravidez.	Forte a favor
Uma pressão arterial diastólica de 85 mm Hg deve ser considerada para mulheres grávidas em terapia anti-hipertensiva com hipertensão crônica ou gestacional (forte, moderada), e uma meta semelhante, considerada para mulheres com pré-eclâmpsia.	Condicional
A terapia anti-hipertensiva (oral ou parenteral) é urgentemente recomendada para mulheres com hipertensão grave (isto é, pressão arterial sistólica 160 mm Hg ou pressão arterial diastólica 110 mm Hg) durante a gravidez ou pós-parto.	Forte a favor
Sulfato de magnésio	
O sulfato de magnésio é recomendado para tratamento de primeira linha da eclâmpsia e profilaxia contra a eclâmpsia em mulheres com pré-eclâmpsia e hipertensão grave ou condições maternas adversas.	Forte a favor
Transfusão de plaquetas	
A transfusão de plaquetas deve ser considerada se a contagem de plaquetas de uma mulher for $<20 \times 10^9/L$ antes do parto vaginal ou $<50 \times 10^9/L$ antes do parto cesáreo ou a qualquer momento se houver sangramento ativo excessivo, disfunção plaquetária conhecida, queda rápida na contagem de plaquetas ou coagulopatia.	Forte a favor
Cuidados expectantes	
Para mulheres com hipertensão crônica, os cuidados expectantes devem ser realizados desde a viabilidade fetal até <37 semanas de gestação, a menos que haja indicação para o parto (forte, muito baixa). O início do parto pode ser oferecido entre 38 e 39 semanas de gestação, e deve ser aconselhado com 40 semanas de gestação.	Condicional
Para mulheres com hipertensão gestacional, os cuidados expectantes devem ser realizados desde a viabilidade fetal até <37 semanas, a menos que haja indicação para o parto (forte, baixa). Quando a hipertensão gestacional surge antes das 37 semanas, o início do parto pode ser oferecido entre 38 e 39 semanas de gestação, e deve ser aconselhado com 40 semanas de gestação (condicional, baixo). Para mulheres que já estão com 37 semanas de gestação ou mais e apresentam hipertensão gestacional, o início do parto deve ser discutido.	Forte a favor

Para mulheres com pré-eclâmpsia, o manejo expectante pode ser considerado desde a viabilidade fetal até <34 semanas de gestação, mas apenas em centros perinatais capazes de cuidar de bebês muito prematuros.	Condicional
Início do parto	
Às 34 e 35 semanas de gestação, o início do parto deve ser discutido, pois diminui o risco materno, mas aumenta o risco neonatal, particularmente se não forem prescritos corticosteróides pré-natais.	Forte a favor
Às 36 e 36 semanas de gestação deve ser considerado o início do parto.	Forte a favor
Com 37 semanas de gestação ou mais tarde, recomenda-se o início do parto.	Forte a favor
Cuidados após o parto	
A pressão arterial deve ser medida regularmente (pelo menos duas vezes) nas primeiras 2 semanas após o parto em mulheres com hipertensão.	Ponto de boas práticas
Como as mulheres podem desenvolver pré-eclâmpsia pela primeira vez após o parto, aquelas com hipertensão nova ou agravamento e/ou sintomas de pré-eclâmpsia devem ser avaliadas em conformidade.	Ponto de boas práticas
Para lactantes, são sugeridos os seguintes anti-hipertensivos: labetalol, metildopa, nifedipina, enalapril e captopril.	Condicional
Deve ser fornecido acompanhamento clínico às mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia para garantir a normalização da hipertensão, das características clínicas e dos resultados dos exames laboratoriais.	Ponto de boas práticas
As mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia podem beneficiar de intervenções para reduzir o risco de doença hipertensiva durante a gravidez numa gravidez futura e do rastreio de factores de risco cardiovascular.	Condicional

Nota: Tradução livre das autoras, com auxílio do *Google translator*.

Apêndice 5 - Recomendações para prevenção e tratamento da infecção puerperal (WHO, 2015; WHO, 2021c; WHO, 2021d; WHO, 2021e; WHO, 2021f).

Recomendação	Força da recomendação
Depilação	
A depilação perineal/púbica de rotina antes do parto vaginal não é recomendada.	Condicional
Exame digital	

O exame digital vaginal em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação de rotina do primeiro estágio ativo do trabalho de parto em mulheres de baixo risco.	Forte a favor
Limpeza vaginal	
Limpeza vaginal de rotina com clorexidina durante o trabalho de parto com a finalidade de prevenir morbidades infecciosas.	Forte contra
A limpeza vaginal de rotina com clorexidina durante o trabalho de parto em mulheres com colonização por Streptococcus do grupo B (GBS) não é recomendada para prevenção de infecção neonatal precoce por GBS.	Condicional
Profilaxia antibiótica	
A administração intraparto de antibióticos a mulheres com colonização por Streptococcus do grupo B (GBS) é recomendada para prevenção da infecção neonatal precoce por GBS.	Condicional
Profilaxia antibiótica de rotina durante o segundo ou terceiro trimestre para todas as mulheres, com o objetivo de reduzir a morbidade infecciosa.	Forte contra
Administração rotineira de antibióticos para mulheres em trabalho de parto prematuro com membranas amnióticas intactas.	Forte contra
A administração de antibióticos é recomendada para mulheres com ruptura prematura das membranas antes do parto.	Forte a favor
Administração rotineira de antibióticos para mulheres com ruptura de membranas antes do parto a termo (ou próximo).	Forte contra
A administração rotineira de antibióticos não é recomendada para mulheres com líquido amniótico manchado de mecônio.	Condicional
A profilaxia antibiótica de rotina é recomendada para mulheres submetidas à remoção manual da placenta.	Forte a favor
A profilaxia antibiótica de rotina é recomendada para mulheres com ruptura perineal de terceiro ou quarto grau.	Forte a favor
Profilaxia antibiótica de rotina para mulheres com episiotomia.	Forte contra
Profilaxia antibiótica de rotina para mulheres com parto vaginal sem complicações.	Forte contra
A profilaxia antibiótica de rotina é recomendada para mulheres submetidas a cesariana eletiva ou de emergência.	Forte a favor
Para cesariana, antibióticos profiláticos devem ser administrados antes da incisão na pele, e não no intraoperatório, após o pinçamento do cordão umbilical.	Forte a favor

A profilaxia antibiótica de rotina é recomendada para mulheres submetidas a parto vaginal operatório (termo usado para descrever a saída da cabeça fetal assistida por extrator a vácuo ou fórceps). Evidências apoiam o uso de dose única de amoxicilina (1 g) e ácido clavulânico (200 mg) por via intravenosa, administrada o mais breve possível após o nascimento e não mais que 6 horas após o nascimento.	Forte a favor
Para profilaxia antibiótica para cesariana, deve-se usar dose única de cefalosporina de primeira geração ou penicilina, preferencialmente a outras classes de antibióticos. Isso deve ser administrado 30 a 60 minutos antes da incisão na pele, em vez de no intraoperatório, após pinçamento do cordão umbilical.	Forte a favor
Gluconato de clorexidina	
Recomenda-se o uso de gluconato de clorexidina à base de álcool para preparo da pele antes de cesariana eletiva ou de emergência.	Forte a favor
O método de aplicação do gluconato de clorexidina à base de álcool antes da cesariana deve basear-se principalmente nas instruções de utilização, na experiência e nas preferências do médico.	Forte a favor
Recomenda-se a preparação vaginal com gluconato de clorexidina ou iodopovidona imediatamente antes da cesariana.	Forte a favor
Tratamento para corioamnionite	
Um regime simples como ampicilina e gentamicina uma vez ao dia é recomendado como antibióticos de primeira linha para o tratamento da corioamnionite.	Condicional
Tratamento para endometrite	
Uma combinação de clindamicina e gentamicina é recomendada como antibióticos de primeira linha para o tratamento da endometrite pós-parto.	Condicional

Nota: Tradução livre das autoras, com auxílio do *Google translator*.

Apêndice 6a - Recomendações sobre prevenção, diagnóstico e tratamento do tromboembolismo venoso em gestantes e puérperas (ASBOG, 2017).

Foco	Recomendação	Força da recomendação
Fatores de risco		
Durante a gestação	Fatores preexistentes: Idade materna acima de 35 anos; Varizes em membros inferiores; Diabetes pré-existente; Enfermidade inflamatória intestinal; Evento tromboembólico anterior.	-

	Fatores de risco decorrentes das características ou complicações na gravidez atual: Técnicas de reprodução assistida; Hiperemese gravídica; Hemorragia durante a gestação; Gestação múltipla; Hospitalização; Infecção durante a gestação.	-
No pós-parto	Fatores de risco pré-existentes: Idade materna 35-44 anos; Sobrepeso ou obesidade; Varizes em membros inferiores; Enfermidade inflamatória intestinal; Evento tromboembólico anterior; 3 ou mais nascidos vivos.	-
	Fatores de risco decorrentes das características ou complicações durante a gravidez atual: Técnicas de reprodução assistida; Hemorragia durante a gestação; Pré-eclâmpsia/eclâmpsia; Hospitalização.	-
	Fatores de risco decorrentes das características ou complicações do parto: Parto prematuro; Cesárea; Óbito; Hemorragia pós-parto; Infecção sistêmica no puerpério.	-
Prevenção		
Gravidez e puerpério	Recomenda-se que o clínico considere mulheres em período de gestação, parto ou puerpério como pacientes sob risco de desenvolver um evento tromboembólico venoso.	Forte a favor
	É recomendado que o clínico considere que o risco de apresentar um evento tromboembólico venoso persiste no puerpério, sendo até maior do que na gravidez.	Forte a favor
Hospitalização	É recomendado que o clínico reconheça a hospitalização como um fator de risco para apresentar um evento tromboembólico venoso durante a gestação ou o puerpério.	Forte a favor
	É recomendado que toda paciente hospitalizada durante os períodos de gestação, parto ou puerpério receba intervenções direcionadas para prevenir eventos tromboembólicos venosos.	Forte a favor
	Recomenda-se reavaliar, no momento da saída hospitalar, o risco de doença tromboembólica venosa.	Forte a favor
Trombofilias	É recomendado que o clínico reconheça a deficiência do Fator V de Leiden e da Protrombina como trombofilias herdadas de muito alto risco para apresentar um evento tromboembólico venoso durante a gestação, parto ou	Forte a favor

	puerpério.	
	É recomendado que o clínico reconheça a deficiência de antitrombina, proteínas C e S como trombofilias herdadas de alto risco para apresentar um evento tromboembólico venoso durante a gestação, parto ou puerpério.	Forte a favor
Outros fatores de risco	É recomendado que o médico avalie, em cada consulta, o risco de apresentar um evento tromboembólico venoso.	Forte a favor
Hidratação	Sugere-se evitar a desidratação como uma estratégia para a prevenção de eventos tromboembólicos venosos durante a gestação, parto ou puerpério.	Fraca a favor
Deambulação	Não havendo contra-indicação, deve-se permitir a deambulação de toda paciente no período de gestação, parto ou puerpério, para diminuir o risco de apresentar um evento tromboembólico venoso.	Ponto de boa prática clínica
Meias de compressão	É recomendado o uso de meias e dispositivos de compressão graduados para a prevenção de eventos tromboembólicos venosos durante a gestação, parto ou puerpério.	Forte a favor
Heparinas de baixo peso molecular	É recomendado o uso de heparinas de baixo peso molecular (HBPM) para a prevenção de eventos tromboembólicos venosos em mulheres durante o período de gestação, parto ou puerpério.	Forte a favor
	O painel de especialistas considera que não existe evidência suficiente para apoiar o uso preferencial de um tipo específico de heparina de baixo peso molecular.	Ponto de boa prática clínica
Heparina não fracionada	É recomendado o uso de heparina não fracionada como uma alternativa para prevenir eventos tromboembólicos venosos quando a administração de heparinas de baixo peso molecular não é factível.	Forte a favor
Fondaparinux	Deve-se considerar o uso de fondaparinux quando houver contra-indicação para o uso de heparinas.	Ponto de boa prática clínica
Contra-indicações para uso das heparinas	Transtorno conhecido que ocasione sangramento (hemofilia, doença de von Willebrand, coagulopatias adquiridas, outras); Hemorragia pré-natal ou pós-parto ativa; Mulheres que têm fatores de risco para hemorragia obstétrica maior (como placenta prévia); Trombocitopenia; Evento cerebrovascular isquêmico ou hemorrágico recente (últimas	Ponto de boa prática clínica

	quatro semanas); Enfermidade renal grave.	
Antiagregantes plaquetários	Uso de antiagregantes plaquetários para prevenção de eventos tromboembólicos venosos durante a gestação, parto ou puerpério.	Fraca contra
	Em pacientes com indicação de antiagregantes plaquetários, seu uso deve continuar.	Ponto de boa prática clínica
Combinação de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas	Uso de dispositivos de compressão mecânica intermitentes associados a medidas farmacológicas para a prevenção de eventos tromboembólicos venosos durante a gestação, o parto ou o puerpério.	Fraca contra
Escala para avaliação de risco	É recomendado o uso de uma escala para avaliar o risco de apresentar um evento tromboembólico venoso durante os períodos de gestação, parto ou puerpério.	Forte a favor
Escala para avaliação de risco	O GPC apresenta um instrumento sobre os critérios que o clínico deve aplicar e ponderar o peso relativo de cada um dos fatores para a tomada de decisão.	Ponto de boa prática clínica
Cuidados durante a tromboprolifaxia	Sugere-se o uso de anestesia regional em vez da anestesia geral em mulheres no período de gestação, parto ou puerpério, dada sua menor associação com eventos tromboembólicos venosos.	Fraca a favor
	Na presença de qualquer sangramento genital ou início do trabalho de parto, deve-se recomendar às gestantes que estão recebendo intervenções farmacológicas, a suspensão delas e consultar um médico em caso de urgência.	Ponto de boa prática clínica
	Nas gestantes que recebem tromboprolifaxia farmacológica, a última dose deve ser administrada 12 horas antes da indução do trabalho de parto ou da cesárea.	Ponto de boa prática clínica
	Em gestantes de muito alto risco para eventos tromboembólicos venosos, que recebem intervenções farmacológicas como dose de anticoagulação, a última dose deve ser administrada 24 horas antes da indução do trabalho de parto ou da cesárea.	Ponto de boa prática clínica
	Durante o puerpério, e quando for indicado, as intervenções farmacológicas devem ser iniciadas 12 horas após o parto ou cesárea. Antes deste período de tempo devem ser utilizadas medidas não farmacológicas.	Ponto de boa prática clínica

	Mulheres no puerpério com alto risco de hemorragia devem usar intervenções não farmacológicas e apenas devem iniciar intervenções farmacológicas quando estas forem indicadas e quando o risco de sangramento for mínimo.	Ponto de boa prática clínica
--	---	------------------------------

Nota: Tradução livre das autoras, com auxílio do *Google translator*.

Apêndice 6b - Recomendações sobre diagnóstico e tratamento do tromboembolismo venoso em gestantes e puérperas (Neumann et al., 2023).

Recomendação	Força da recomendação
Diagnóstico	
Para uma paciente com baixa probabilidade pré-teste de um primeiro episódio de embolia pulmonar ($\leq 5\%$), recomenda-se o uso de dímero D para excluir embolia.	Forte a favor
Para uma paciente com baixa probabilidade pré-teste de um primeiro episódio de embolia pulmonar, com resultado positivo de dímero D, sugere-se angiografia pulmonar por tomografia computadorizada.	Condicional
Para uma paciente com baixa probabilidade pré-teste de embolia pulmonar recorrente ($\leq 5\%$), sugere-se o uso de dímero D para excluir embolia.	Condicional
Para uma paciente com baixa probabilidade pré-teste de embolia pulmonar recorrente, com resultado positivo de dímero D, sugere-se angiografia pulmonar por tomografia computadorizada.	Condicional
Para uma paciente com probabilidade pré-teste intermediária de um primeiro episódio de embolia pulmonar ($\sim 20\%$), sugere-se o uso de dímero D para excluir embolia.	Condicional
Para uma paciente com probabilidade pré-teste intermediária de um primeiro episódio de embolia pulmonar, com resultado positivo de dímero D, sugere-se angiografia pulmonar por tomografia computadorizada.	Condicional
Para uma paciente com alta probabilidade pré-teste de primeiro episódio ou embolia pulmonar recorrente ($\geq 50\%$), sugere-se o uso de uma estratégia começando com angiografia pulmonar por tomografia computadorizada.	Condicional
Para uma paciente com baixa probabilidade pré-teste de primeiro episódio de trombose venosa profunda - TVP ($\leq 10\%$), recomenda-se o uso de dímero D para exclusão de TVP.	Forte a favor
Para uma paciente com baixa probabilidade pré-teste de primeiro episódio de TVP ($\leq 10\%$), com resultado positivo no teste do dímero D, sugere-se o uso de ultrassonografia de compressão proximal.	Condicional

Para uma paciente com baixa probabilidade pré-teste de TVP recorrente ($\leq 10\%$), sugere-se o uso de dímero D para excluir TVP.	Condicional
Para uma paciente com baixa probabilidade pré-teste de TVP recorrente ($\leq 10\%$), com resultado positivo no teste do dímero D, sugere-se o uso de ultrassonografia de compressão proximal.	Condicional
Para uma paciente com probabilidade pré-teste intermediária de um primeiro episódio de TVP ($\sim 25\%$), sugere-se o uso de ultrassonografia de compressão proximal como estratégia diagnóstica preferencial.	Condicional
Para uma paciente com alta probabilidade pré-teste de primeiro episódio ou TVP recorrente ($\geq 50\%$), sugere-se o uso de ultrassonografia de compressão proximal como estratégia diagnóstica preferencial.	Condicional
Tratamento	
Para mulheres grávidas com trombose venosa superficial aguda comprovada dos membros inferiores, sugere-se anticoagulação com heparina de baixo peso molecular (HBPM) em vez de nenhuma anticoagulação.	Condicional
Para gestantes com tromboembolismo venoso (TEV) agudo, sugere-se HBPM uma ou duas vezes ao dia, de acordo com as circunstâncias clínicas e os valores e preferências das pacientes.	Condicional
Para gestantes com embolia pulmonar e insuficiência hemodinâmica, recomenda-se terapia trombolítica além da anticoagulação.	Forte a favor
Para gestantes com embolia pulmonar e disfunção ventricular direita (detectada por ultrassonografia ou por biomarcadores), sugere-se contra terapia trombolítica além de anticoagulação.	Condicional
Para gestantes com TVP ou embolia pulmonar e baixo risco de complicações (maternas e fetais), sugere-se o tratamento domiciliar em vez do hospitalar.	Condicional
Para mulheres grávidas que recebem HBPM em dose terapêutica, sugere-se o parto programado com descontinuação prévia da HBPM em vez da cessação da HBPM com início espontâneo do trabalho de parto.	Condicional
Para mulheres grávidas que recebem dose profilática de HBPM, sugere-se o parto programado com interrupção prévia da HBPM em vez da interrupção da HBPM com início espontâneo do trabalho de parto.	Condicional
Para mulheres que amamentam e que necessitam de tratamento anticoagulante, recomenda-se o uso de antagonistas da vitamina K (AVK) ou HBPM em vez de anticoagulantes orais diretos (DOAC).	Forte a favor
Para gestantes com TEV prévio, sugere-se profilaxia anticoagulante pré-parto em vez de nenhuma profilaxia.	Condicional

Para mulheres grávidas com TEV prévio, sugere-se profilaxia anticoagulante pós-parto em vez de nenhuma profilaxia.	Condicional
Para gestantes com trombofilia hereditária e sem história pessoal de TEV, sugere-se contra o uso de profilaxia anticoagulante pré-parto.	Condicional
Para gestantes com trombofilia hereditária e sem história pessoal de TEV, sugere-se profilaxia anticoagulante pós-parto em vez de nenhuma.	Condicional

Nota: Tradução livre das autoras, com auxílio do *Google translator*.