Ginecologia e Obstetrícia
Edição XXIV



Capítulo 4

SEPSE MATERNA: DESAFIOS NO RECONHECIMENTO PRECOCE, GRAVIDADE E IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

EDUARDA BORGES SILVA[1]
BIANCA ALVES LISBOA[2]
ANA JÚLIA MARQUES DE ABREU[1]
ANA ALICE GOULART SILVA[1]
THAIS VITÓRIA ROCHA SOUZA[1]
ANA ANGÉLICA CUNHA MELO[3]
YASMIN VIEIRA CAMPOS OLIVEIRA[1]
NICOLI FRANCINI PAIER[4]
STEPHANY OLIVEIRA BARBOSA[5]
ISADORA FERNANDES QUAIOTTI[1]
MILENE ADRIANO BORGES ELIAS[6]
CARINA FERREIRA DE BAIRROS[7]

[1]Discente – Medicina na Universidade Nove de Julho.
[2]Discente – Medicina na Universidade Santo Amaro.
[3]Discente – Medicina no Centro Universitário IMEPAC.
[4]Discente – Medicina na Universidade do Oeste de Santa Catarina.
[5]Discente – Medicina no Centro Universitário ENIAC.
[6]Discente – Medicina na Universidade de Uberaba (UNIUBE).
[7]Discente – Medicina na Universidade Atitus de Passo Fundo.

Palavras-chave: *Sepse; Gravidez; Complicações Infecciosas na Gravidez.*

EDITORA PASTEUR

http://doi.org/10.59290/3560002798

INTRODUÇÃO

A sepse materna constitui uma emergência obstétrica complexa, conceituada pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; 2025) e endossada pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (SILVA FILHO; FERNANDES; WENDER, 2025) como uma disfunção orgânica potencialmente fatal motivada por uma resposta imunofisiológica desregulada do hospedeiro frente a um processo infeccioso ocorrido na gestação, parto, puerpério ou pós-abortamento. Inserida no espectro da morbidade materna grave e dos casos de near miss, essa condição permanece como uma das principais causas diretas e evitáveis de mortalidade materna em escala global.

O nó crítico no manejo da afecção reside nos desafios impostos pelo seu reconhecimento precoce e pela precisa estratificação de gravidade. Segundo as diretrizes do Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS, 2024) e da FEBRASGO (SILVA FILHO; FERNANDES; WENDER, 2025), as adaptações fisiológicas normais do ciclo gravídico-puerperal (como vasodilatação periférica, taquicardia compensatória, hiperventilação e leucocitose), sobrepõem-se e mascaram os indicadores clínicos iniciais da deterioração sistêmica. Essa camuflagem fisiológica retarda a suspeição diagnóstica, propiciando uma evolução fulminante para a disfunção multiorgânica e o choque séptico antes que a instabilidade hemodinâmica se manifeste de forma ostensiva.

Diante dessa vulnerabilidade diagnóstica, a superação de tais entraves assistenciais fundamenta-se na implementação sistemática de protocolos institucionais estruturados e ferramentas de triagem adaptadas ao perfil obstétrico, a exemplo do *Modified Early Obstetric Warning Score*, MEOWS (ILAS, 2024; SILVA FILHO; FERNANDES; WENDER, 2025). A padronização de condutas recomendada pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025) e pela FEBRASGO (SILVA FILHO; FERNANDES; WENDER, 2025), centrada na aplicação sumária do pacote de intervenções da primeira hora (*bundle* da sepse), com imediata coleta de culturas, antibioticoterapia de amplo espectro e controle do foco infeccioso, mostra-se indispensável para otimizar a assistência, reduzir a variabilidade no atendimento e mitigar os desfechos desfavoráveis para o binômio materno-fetal.

MÉTODO

A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de uma revisão da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar as principais evidências científicas acerca da sepse materna, com ênfase nos desafios relacionados ao reconhecimento precoce, à estratificação da gravidade e à implementação de protocolos assistenciais em obstetrícia. Para a construção do referencial bibliográfico, foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed, Scopus, *Web of Science,* Elsevier, *ScienceDirect*, SciELO, *Cochrane Library,* MEDLINE, LILACS e Google Acadêmico, considerando publicações dos últimos cinco anos.

A estratégia de busca foi elaborada a partir de descritores relacionados à temática, incluindo termos como “sepse materna”, “sepse obstétrica”, “infecção materna”, “reconhecimento precoce”, “estratificação de gravidade”, “protocolos assistenciais” e “obstetrícia”, bem como seus correspondentes em inglês. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, buscando ampliar a identificação de estudos pertinentes ao objetivo da pesquisa.

Foram considerados elegíveis artigos publicados nos últimos cinco anos, disponíveis em português, inglês ou espanhol, que abordassem aspectos relacionados ao reconhecimento, diagnóstico, avaliação da gravidade, manejo clínico ou implementação de protocolos assistenciais para sepse no contexto obstétrico. Foram excluídos estudos duplicados, trabalhos sem relação direta com a temática proposta, publicações que não apresentassem informações pertinentes aos objetivos da pesquisa e estudos que não estivessem disponíveis para análise do conteúdo.

Após a realização das buscas, os estudos identificados foram submetidos à análise dos títulos e resumos, seguida da leitura dos textos considerados pertinentes. As informações selecionadas foram organizadas conforme os principais eixos temáticos do estudo, contemplando os fatores que dificultam o reconhecimento precoce da sepse materna, os critérios utilizados para estratificação da gravidade e as estratégias relacionadas à implementação de protocolos assistenciais em obstetrícia.

Por fim, os dados obtidos foram analisados de forma descritiva e qualitativa, permitindo a integração das evidências encontradas na literatura e a discussão dos principais desafios e estratégias atualmente descritos para o reconhecimento e manejo da sepse materna**.**

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados permitiu identificar os principais aspectos relacionados à sepse materna, com destaque para os desafios envolvidos em seu reconhecimento precoce, na identificação da gravidade clínica e na definição das condutas assistenciais. De modo geral, as evidências analisadas demonstram que as particularidades fisiológicas da gestação e do puerpério podem dificultar a identificação inicial da deterioração clínica, reforçando a importância de uma avaliação sistematizada e de elevada suspeição diante de quadros infecciosos.

Os achados foram organizados em eixos temáticos, contemplando a definição e classificação da sepse materna, sua epidemiologia e impacto na morbimortalidade materna, os principais fatores de risco e achados clínicos, as estratégias para reconhecimento precoce, estratificação da gravidade e diagnóstico, além dos protocolos assistenciais e medidas de manejo baseadas em evidências. Essa organização possibilita integrar os diferentes aspectos identificados na literatura e evidenciar os principais desafios relacionados à assistência à gestante e à puérpera com suspeita ou diagnóstico de sepse.

Definição e classificação da sepse materna

A sepse materna é definida como disfunção orgânica em respostas à um foco infeccioso potencialmente fatal, a qual pode ocorrer durante a gestação, no trabalho parto ou até 42 dias pós parto ou aborto, podendo evoluir para choque séptico, falência multipla dos órgãos e, posteriormente, a óbito. Constitui-se como uma importante causa de morbimortalidade durante a gravidez e o período puerperal, sendo terceira causa de morte materna no mundo, caracterizando-se como uma emergência médica que requer reconhecimento e tratamento precoce, visto que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2020 morreram 287 mil mulheres devido a intercorrências consideradas potencialmente evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto, dentre as principais causas destaca-se a sepse materna (WHO, 2023). Os principais fatores de riscos obstétricos associados a este quadro são: trabalho de parto prolongado, parto cesariana, ruptura prolongada das membranas, corioamnionite prévia, repetidos toques vaginais, infecção do trato genital pré-parto, entre outros. Entre as condições maternas,

destacam-se a idade materna avançada, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doenças renais, anemias e circunstâncias que cursam com imunodepressão (MENDES; SOUZA, 2022; SILVA *et al*., 2021; SHIELDS, *et al*., 2023).

A *Society for Maternal-Fetal Medicine* em uma publicação de 2025 recomenda que a possibilidade de sepse materna seja considerada diante de uma infecção suspeita ou confirmada associada a sinais de comprometimento sistêmico e disfunção orgânica. Nesse contexto, mesmo na ausência de febre a avaliação clínica deve permanecer aumentada diante de gestantes ou puérperas que apresentem deterioração do quadro clínico na presença de um processo infeccioso, ademais, ressalta-se que nenhum instrumento isolado de rastreamento deve ser utilizado como único método para excluir ou estabelecer diagnóstico (SHIELDS *et al*., 2023)

A definição e classificação clínica da sepse do ciclo gravídico-puerperal sofreu alterações significativas nas últimas décadas, especialmente após a publicação do Terceiro Consenso Internacional de Definição de Sepse e Choque Séptico (Sepsis-3), anteriormente empregava-se o conceito de sepse, sepse grave e choque séptico, contudo, a classificação intermediária foi abandonada, visto que, a presença de disfunção orgânica passou integrar a própria definição de sepse. Dessa forma, a terminologia antiga não deve ser utilizada como categoria diagnóstica ou classificatória (EVANS, *et al*., 2026; Bauer, *et al*., 2023). Atualmente, o quadro compreende um espectro de gravidade que se inicia na infecção, evolui para sepse na presença de lesão em órgãos relacionados a primoinfecção e, posteriormente, progride para choque séptico, quando há alterações circulatórias correlacionadas (LISSAUER *et al*., 2025). A Diretriz do *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* recomenda que a sepse seja considerada em qualquer paciente durante a gestação ou puerpério com suspeita de infecção cursando com piora clínica, destacando a necessidade de alerta precoce adaptados à obstetrícia e de avaliação multidisciplinar.

Epidemiologia e impacto na morbimortalidade materna

A sepse materna é uma das principais causas de mortalidade materna, sendo responsável por aproximadamente 11% das mortes maternas globais (CHEN *et al*., 2025), e representa a segunda principal causa de mortalidade materna evitável (YAHYA *et al*., 2025). A sepse é uma complicação que ocorre em aproximadamente 1 a cada 1.000 gestações e responde por 24,4% das mortes maternas intra-hospitalares durante o parto e 38,4% das mortes durante a readmissão pós-parto (BAUER; PACHECO, 2025).

Em termos globais, a incidência de sepse materna durante a gravidez é de 13,16 por 10.000 gestantes, variando significativamente entre regiões em função de disparidades no acesso à saúde, nas medidas de controle de infecção e no status socioeconômico (CHEN *et al*., 2025). Entre as seis regiões definidas pela OMS, a Região das Américas apresentou a menor incidência cumulativa (6,31 por 10.000), seguida pelo Sudeste Asiático (10,93 por 10.000) e pela Europa (11,24 por 10.000); em contraste, o Pacífico Ocidental (21,35 por 10.000) e a região africana (129,17 por 10.000) apresentaram as maiores incidências, refletindo o padrão em que regiões com melhores condições estruturais de saúde exibem menores incidência de sepse materna

Dentro da Região das Américas, a incidência variou entre 5,14 e 35,69 por 10.000 gestantes em países como Estados Unidos, Canadá, Argentina e Brasil. Notavelmente, apesar de a região apresentar a menor incidência agrupada entre as seis regiões da OMS, o Brasil relatou incidência significativamente mais alta, sendo

cerca de 35,69 por 10.000 gestantes, aproximando-se do valor mais elevado observado dentro do próprio continente (CHEN *et al*., 2025).

Dados norte-americanos ilustram a tendência de aumento da sepse materna: estimativas recentes indicam incidência de 1:855 durante o anteparto, entre 1:478 e 1:2.500 durante a hospitalização do parto, e entre 1:769 e 1:840 no período pós-parto, com tendência temporal de crescimento restrita à hospitalização do parto. Um estudo com base no banco nacional de readmissões dos EUA encontrou 1,1 caso de sepse por 1.000 partos durante a internação para o parto, contra 1,3 caso por 1.000 partos na readmissão pós-parto (BAUER & PACHECO, 2025). A rapidez do tratamento tem impacto direto sobre a sobrevida. Um estudo caso-controle multicêntrico mostrou que gestantes com sepse que receberam antibioticoterapia dentro da primeira hora apresentaram mortalidade de 8%, contra 20% entre as que a receberam após esse intervalo, sendo um resultado consistente com a população adulta não gestante, na qual cada hora de atraso eleva a mortalidade em 7,6% (BAUER; PACHECO, 2025). O impacto da sepse materna também se estende ao período pós-alta, pois gestantes com diagnóstico de sepse durante a internação para o parto apresentaram 4,5 vezes mais chance de readmissão hospitalar, quase o dobro de chance de procura por pronto-socorro e 2,3 vezes mais chance de consultas pós-parto adicionais, em comparação com puérperas sem o diagnóstico (BAUER; PACHECO, 2025).

FISIOPATOLOGIA, FATORES DE RISCO E ACHADOS CLÍNICOS

Durante a gestação, há uma redução da resposta imune mediada por linfócitos T com predomínio da resposta humoral, bem como uma oscilação das citocinas pró e anti-inflamatórias, o que permite a permanência do feto durante a gravidez. Entretanto, essas adaptações imunológicas podem tornar a gestante mais suscetível a infecções.

Na presença de um foco infeccioso, manifesta-se uma resposta inflamatória desregulada do organismo com liberação de mediadores inflamatórios, promovendo uma lesão endotelial seguida de vasodilatação, aumento da permeabilidade vascular e hipoperfusão, que leva a uma disfunção de múltiplos órgãos.

Os fatores de risco podem ser classificados em obstétricos e não obstétricos. Entre os fatores obstétricos destacam-se a cirurgia cesariana, trabalho de parto prolongado, ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO), episiotomia, trauma vaginal, infecção puerperal, corioamnionite e múltiplos exames vaginais.

Já as causas não obstétricas são geralmente associadas às comorbidades maternas, como diabetes mellitus, imunossupressão, infecções cervicovaginais, cronicopatias, incluindo doenças renais, hepáticas ou cardiovasculares, comtrole pré-natal inadequado, baixo nível socioeconômico.

Os principais achados clínicos são variação na temperatura corporal (>38ºC <36ºC), frequência cardíaca superior a 90 bpm, frequência respiratória >20 incursões respiratórias/minuto ou $PaCO_2$ <32 mmHg, hipotensão arterial (PAS <90 mmHg ou PAM <70 mmHg), alteração do estado mental, oliguria caracterizada por débito urinário <0,5 ml/kg/h durante pelo menos 2 horas.

Os principais achados laboratoriais incluem leucocitose (>12.000 células/mm^3) ou leucopenia (<4.000 células/mm^3), desvio à esquerda (>10% de bastonetes), trombocitopenia, aumento da proteína C reativa, creatinina, procalcitonina e aumento do lactato em casos de disfunção orgânica.

Reconhecimento precoce, estratificação de gravidade e diagnóstico

A utilização do escore quick SOFA (qSOFA; *quick Sequential Organ Failure Assessment*) é bastante útil no reconhecimento precoce da sepse, pois permite o rastreamento rápido das pacientes sem a dependência de resultados laboratoriais. Os parâmetros avaliados são: Escala de coma de Glasgow <15, Taquipneia ≥22 e PAS ≤100. A identificação de ≥2 parâmetros alterados classifica a paciente em alto risco para disfunção orgânica. Diante desse cenário, torna-se indispensável ampliar a investigação para confirmar o diagnóstico.

Essa ampliação propedêutica envolve a solicitação de exames laboratoriais como gasometria arterial com lactato, função renal, hemograma e bilirrubinas, e a monitorização rigorosa de parâmetros clínicos, como pressão arterial, débito urinário e a eventual necessidade de suporte vasoativo para garantir o débito cardíaco e a perfusão tecidual. A partir da integração desses dados, aplica-se o escore SOFA *(Sequential Organ Failure Assessment*) para quantificar a disfunção de órgãos, con-forme detalhado na **Tabela 4.1**. Um escore SOFA ≥2 pontos confirma a presença de disfunção orgânica, quando associado a uma infecção suspeita ou confirmada, estabelece o diagnóstico de sepse.

Protocolos assistenciais e manejo baseado em evidências na obstetrícia

Os protocolos voltados à sepse materna buscam organizar a assistência e reduzir o intervalo entre a identificação da deterioração clínica e o início do tratamento. Embora apresentem algumas diferenças, os documentos analisados convergem quanto à necessidade de investigação rápida, antibioticoterapia precoce, estabilização hemodinâmica e controle do foco infeccioso (BRASIL, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; SHIELDS *et al*., 2023). Nesse sentido, o bundle FAST-M foi desenvolvido como uma estratégia para facilitar o manejo inicial, reunindo cinco componentes: fluidos, antibióticos, identificação e controle do foco, avaliação da necessidade de transporte ou transferência e monitorização da mulher e do feto ou recém-nascido (LISSAUER *et al*., 2020).

Tabela 4.1 Escore da SOFA

Escore de SOFA	0	1	2	3	4
Respiração PaO_2/FiO_2 (mmHg) SaO_2/FiO_2	>400	<400 221 – 301	<300 142 – 220	<200 67 – 141	<100 <67
Coagulação Plaquetas $10^3/mm^3$	>150	<150	<100	<50	<20
Fígado Bilirrubina (mg/dL)	<1,2	1,2 – 1,9	2,0 – 5,9	6,0 – 11,9	>12,0
Cardiovascular Hipotensão	Sem hipo-tensão	PAM <70	Dopami-na ≤5 ou dobutamina (qualquer)	Dopamina >5 ou norepine-frina ≤0,1	Dopamina>15 ou norepine-frina >0,1
Sistema Ner-voso Glasgow	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	<6
Renal Creatinina (mg/dL) ou débito urinário (mL/dia)	<1.2	1,2 – 1,9	2,0 – 3,4	3,5 – 4,9 ou <500 mL	>5,0 ou <200 mL

Fonte: adaptado de SINGET *et al*.,2016

O diagnóstico de sepse é pautado no reconhecimento precoce de disfunção orgânica em paciente que possua um quadro infeccioso subjacente. A **Tabela 4.2** mostra alguns dos sinais de alertas mais comuns que devem ser observados para a suspeição de infecção na gestação e no puerpério.

Tabela 4.2 Sinais de Alerta Gestação vs Puerpério

Sinais de alerta na gestação	Sinais de alerta no puerpério
Febre ou calafrios	Febre ou calafrios
Diarreia ou vômitos (podem ser sinais precoces de choque tóxico)	Diarreia ou vômitos (podem ser sinais precoces de choque tóxico)
Exantema	Exantema
Dor abdominal ou pélvica	Dor abdominal ou pélvica
Leucorreia	Alteração da loquiação
Tosse produtiva	Tosse produtiva
Sintomas urinários	Sintomas urinários
	Aumento do volume mamário ou vermelhidão nas mamas
	Edema e/ou rubor de ferida operatória
	Demora na involução uterina
	Letargia, inapatência

Fonte: Febrasgo

Após a identificação do quadro, a investigação deve ser conduzida de forma rápida e

abrangente, considerando tanto as possíveis causas infecciosas quanto outras condições que possam estar associadas à disfunção orgânica. Nesse contexto, recomenda-se solicitar hemograma, avaliação das funções renal e hepática, coagulograma, gasometria e dosagem de lactato, além da coleta de culturas de sangue, urina ou outros materiais, de acordo com o foco infeccioso suspeito. Sempre que possível, as culturas devem ser obtidas antes do início da antibioticoterapia; entretanto, essa coleta não deve retardar a administração dos antimicrobianos (BRASIL, 2022; SHIELDS *et al*., 2023).

Nos casos de choque séptico ou alta probabilidade de sepse, recomenda-se iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro preferencialmente na primeira hora. A escolha do esquema deve considerar o provável sítio da infecção, os microrganismos mais frequentes e o perfil de resistência da instituição. Na suspeita de corioamnionite, por exemplo, pode-se utilizar ampicilina associada à gentamicina, acrescentando clindamicina ou metronidazol quando houver necessidade de cesariana. Posteriormente, o tratamento deve ser ajustado de acordo com os resultados das culturas e a evolução clínica da paciente (BRASIL, 2022; SHIELDS *et al*., 2023).

Em situações de hipotensão ou sinais de hipoperfusão, recomenda-se iniciar a reposição volêmica com 1 a 2 litros de cristaloide balanceado nas primeiras três horas, ajustando o volume conforme a resposta clínica. Essa individualização é especialmente importante durante a gestação, uma vez que as alterações fisiológicas desse período aumentam o risco de sobrecarga volêmica e edema pulmonar. Por esse motivo, a administração de fluidos deve ser acompanhada por reavaliações contínuas da pressão arterial, do estado mental, do débito urinário, do tempo de enchimento capilar, da perfusão periférica e dos níveis de lactato. Esses parâmetros permitem verificar a melhora da perfusão e orientam a decisão de prosseguir ou não com a reposição (SHIELDS *et al*., 2023).

Quando a hipotensão persistir apesar da expansão volêmica adequada, recomenda-se iniciar a noradrenalina como vasopressor de primeira escolha. Nesse caso, uma pressão arterial média próxima de 65 mmHg pode ser adotada como referência inicial, embora a meta deva ser ajustada de acordo com a perfusão materna e a condição fetal (SHIELDS *et al*., 2023).

Se a necessidade de vasopressores persistir apesar das medidas iniciais de suporte, pode-se considerar a administração intravenosa de hidrocortisona. Ao longo do tratamento, também devem ser avaliadas a glicemia e a necessidade de profilaxia farmacológica para tromboembolismo venoso, desde que não existam contraindicações (SHIELDS *et al*., 2023).

Simultaneamente à estabilização clínica, é necessário localizar e controlar a origem da infecção, uma vez que, a depender do foco identificado, podem ser indicadas drenagem de abscessos, retirada de dispositivos infectados, curetagem, esvaziamento uterino ou abordagem cirúrgica. Ademais, é importante salientar que a presença de sepse, isoladamente, não determina a interrupção imediata da gestação, e o parto deve seguir as indicações obstétricas habituais. Todavia, quando há suspeita ou confirmação de que o útero seja o foco da infecção, recomenda-se o parto ou o esvaziamento uterino, independentemente da idade gestacional, como medida de controle do foco infeccioso.

Após a estabilização materna, deve-se manter a monitorização fetal quando houver viabilidade e avaliar a necessidade de cuidados inten-

sivos e acompanhamento multiprofissional (BRASIL, 2022; SHIELDS *et al*., 2023).

CONCLUSÃO

A sepse materna permanece como uma das complicações mais severas que acontecem em meio a gravidez e ao puerpério, mesmo podendo ser evitada com soluções básicas. Essa síndrome representa um enorme desafio para a saúde pública e um grande marcador de morbimortalidade materna. A complexidade diagnóstica, que reside em meio as decorrentes adaptações fisiológicas da gestação e do pós-gestação, é um dos principais entraves encontrados no que tange a melhoria dos desfechos assistenciais a paciente, ao feto ou recém-nascido, pois acaba por retardar o diagnóstico.

Para que esse cenário seja superado, há a necessidade de abandonar a assistência tradicional, embasada no atendimento reativo e genérico, e acabar por incorporar critérios diagnósticos atualizados e adotar sistemas de alerta precoce que sejam válidos e adaptados à população obstétrica. A utilização de ferramentas, como o escore quick SOFA e o Bundle FAST-M, torna a triagem mais assertiva, permitindo que se identifique o problema antes mesmo dele se agravar.

Além disso, a eficiência no manejo clínico da gestante ou puérpera com sepse é um dos principais componentes da atenção a esta paciente, pois isso reduz as chances de morbimortalidade. Com esse intuito, acabou sendo desenvolvido ferramentas que são utilizadas para o rastreamento ágil e precoce da sepse em desenvolvimento nessas pacientes, que além de considerar as etiologias infecciosas, observa as variáveis clínicas que levam a falência orgânica. A coleção de ações que cada protocolo assistencial traz, contribui para o manejo adequado da cascata inflamatória observada na síndrome e na redução drástica da letalidade observada nas pacientes gestantes que evoluem para um quadro séptico.

Portanto, como a sepse materna é algo muito grave, é primordial que medidas efetivas para o controle dessa sejam admitidas na conduta clínica ao avaliar a gestante ou puérpera, sendo o uso de ferramentas adequadas para o manejo da paciente uma das melhores escolhas a serem feitas. É a partir da junção entre o reconhecimento precoce e uma resposta terapêutica padronizada, que será possível reduzir as taxas de near-miss e mortalidade materna nos centros obstétricos, assegurando a proteção integral, tanto da mãe, quanto do feto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVAREZ-GORIS, M. D. P. *et al*. Reconociendo la sepsis como causa directa de muerte materna en la Terapia Intensiva Obstétrica. Medicina Crítica, Ciudad de México, v. 30, n. 3, p. 178–182, jul./set. 2016.

BAUER, M. E.; PACHECO, L. D. Sepsis and septic shock during pregnancy and postpartum. Obstetrics & Gynecology, v. 146, n. 2, p. 207–222, 2025.

BAUER, M. E. *et al*. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series: maternal sepsis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 229, n. 4, p. B2–B13, 2023. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.05.027.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 692 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 2 set. 2026.

CHEN, Y. *et al*. Global incidence of maternal sepsis: a systematic review and meta-analysis. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, v. 54, n. 5, p. 102940, 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Protocolo de sepse em pacientes obstétricas: PRT.DMED.013. Versão 2. Brasília: EBSERH, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huab-ufrn/documentos-institucionais/arquivos-documentos-institucionais-geral/prt-dmed-013-protocolo-de-sepse-em-pacientes-obstetricas.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2026.

EVANS, L. *et al*. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2026. Intensive Care Medicine, 2026. DOI: 10.1007/s00134-026-08361-1.

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE (ILAS). Implementação de protocolo gerenciado de sepse: protocolo clínico: atendimento ao paciente adulto com sepse / choque séptico. São Paulo: ILAS, 2024.

LISSAUER, D. *et al.* Identification and management of maternal sepsis during and following pregnancy: green-top guideline no. 64. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, v. 132, p. e61–e85, 2025. DOI: 10.1111/1471-0528.18009.

LISSAUER, D. *et al*. Development of the FAST-M maternal sepsis bundle for use in low-resource settings: a modified Delphi process. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, v. 127, n. 3, p. 416–423, 2020. DOI: 10.1111/1471-0528.16005.

SHIELDS, A. D. *et al*. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series: maternal sepsis. American Journal of Obstetrics & Gynecology, v. 229, n. 3, p. B2–B19, 2023. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.05.019. Reafirmado em 2025.

SILVA, A. P. N. *et al*. Sepse puerperal: uma revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 10, n. 8, e31710817374, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17374.

SILVA FILHO, A. L.; FERNANDES, C. E.; WENDER, M. C. O. (Org.). Tratado de obstetrícia FEBRASGO. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2025.

SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE. Society for Maternal-Fetal Medicine Special Statement: tools for patient safety and quality case review and response: obstetric sepsis. Pregnancy, 2025. DOI: 10.1002/pmf2.70013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Statement on maternal sepsis: definitions and identification. Geneva: World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Maternal infections in health facilities. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-maternal-infections-in-health-facilities>. Acesso em: [data de acesso].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549363>. Acesso em: 2 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: World Health Organization, 2025.

YAHYA, F. B. *et al.* Maternal sepsis review and update. Mayo Clinic Proceedings, v. 100, n. 7, p. 1212–1230, 2025. DOI: 10.1016/j.mayocp.2025.03.024.

ZUGAIB, M. Zugaib obstetrícia. 5. ed. Barueri: Manole, 2023.