EPIDEMIOLOGIA, INTERVENÇÕES, CASOS CLÍNICOS E POLÍTICAS DE SAÚDE

SAÚDE DA MULHER

Edição XXIX

Capítulo 6

COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS MAIS PREVALENTES

AMANDA TUROSSI FERRO[1]
ÁDRIA CARVALHO MONTEIRO[1]
BIANCA TESSELE[1]
CAMILI WICHINHESKI CASALI[1]
ENRICO ZANATTA[1]
GEISON ELIOMAR GONÇALVES ROCHA[1]
HENRIQUE DREHMER SALVADORI[1]
JENNIFER GABRIELLI LANZZARINI[1]
JOANA GABBI ANTONELLO[1]
JÚLIA EMILY DA SILVA[2]
LAURA TREVISAN GOPINGER[1]
LUIZA TREVISAN[1]
MARIA EDUARDA RUVIARO[1]
MARÍLIA FERNANDA VIEIRA[2]
MILENA MORAES[1]

[1]Discente - Medicina na Universidade de Passo Fundo
[2]Discente – Medicina na Atitus Educação

Palavras-Chave: *Complicações Obstétricas; Saúde da Mulher; Revisão de Bibliografia.*

DOI 10.59290/8220032970

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

As complicações obstétricas compreendem um conjunto de condições clínicas que podem surgir durante a gestação, no trabalho de parto ou no puerpério, comprometendo de maneira expressiva a saúde da mulher e do neonato. No Brasil, evidências recentes indicam que a maioria das mortes maternas ainda provém de causas obstétricas diretas, as quais poderiam ser evitadas em grande parte. As denominadas "Três Grandes" permanecem como as principais complicações obstétricas, englobando as síndromes hipertensivas, como a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, as hemorragias e as infecções ocorridas no período gestacional ou puerperal (TINTORI *et al.*, 2022). Estudos nacionais demonstram uma associação direta entre falhas na assistência primária à saúde, particularmente na qualidade e no acesso ao pré-natal, e o aumento da mortalidade perinatal, incluindo óbitos fetais e neonatais, evidenciando a relevância dessas complicações como eventos sentinela da qualidade da atenção materno-infantil (RUPPEN *et al.*, 2025).

Do ponto de vista da saúde pública, as complicações obstétricas impactam diretamente nos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que grande parte das mortes maternas resultantes de complicações diretas da gestação é passível de prevenção por meio de assistência obstétrica qualificada, aliada à adoção oportuna de medidas preventivas e terapêuticas adequadas. Evidências científicas indicam que a morbidade materna grave apresenta associação significativa com desfechos perinatais desfavoráveis, a exemplo de prematuridade, baixo peso ao nascer, elevação da mortalidade neonatal, piores escores de Apgar e maior necessidade de internação em unidades de terapia intensiva neonatal, ressaltando o impacto clínico dessas complicações em distintos contextos populacionais (MENGISTU *et al.*, 2020).

Tais achados evidenciam que os agravos maternos extrapolam o impacto individual sobre a gestante, refletindo falhas assistenciais e determinantes estruturais que afetam de forma integrada os desfechos maternos e perinatais em diferentes contextos populacionais. Nesse sentido, a ocorrência de complicações obstétricas graves configura-se como um importante marcador da qualidade da atenção pré-natal, do acesso oportuno aos serviços de saúde e da capacidade de resposta do sistema frente às situações de risco. Assim, o fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil, aliado à qualificação da assistência obstétrica em todos os níveis de atenção, mostra-se fundamental para a redução da morbimortalidade materna e perinatal e para a promoção de desfechos mais favoráveis ao binômio mãe-filho.

Além do risco de óbito, as complicações obstétricas acarretam elevada morbidade materna, com repercussões físicas e psicossociais duradouras, como anemia grave, disfunção orgânica e sofrimento emocional no puerpério. Essas condições podem comprometer a recuperação pós-parto, reduzir a qualidade de vida da mulher e impactar negativamente sua capacidade de cuidado materno e inserção social.

A etiologia das complicações obstétricas é multifatorial, envolvendo determinantes biológicos, socioeconômicos, comportamentais e assistenciais. Fatores como idade materna extrema, comorbidades pré-existentes, condições nutricionais inadequadas, desigualdades sociais e falhas na assistência pré-natal contribuem para o aumento do risco dessas intercorrências. Nesse contexto, a identificação precoce de fatores de risco e a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas adequadas são fundamentais para a redução dos desfechos adversos.

A morbidade materna grave tem sido reconhecida como um importante indicador da qualidade da assistência obstétrica e como um determinante relevante dos desfechos perinatais. Evidências provenientes de revisão sistemática e meta-análise demonstram que gestantes acometidas por condições potencialmente ameaçadoras à vida apresentam risco significativamente aumentado de parto pré-termo, baixo peso ao nascer, sofrimento neonatal e mortalidade neonatal, quando comparadas àquelas sem complicações graves (MOURA *et al*., 2018).

O estudo evidencia que distúrbios hipertensivos e hemorrágicos figuram entre os principais agravos associados a esses desfechos, reforçando a interdependência entre a saúde materna e neonatal. Esses achados ressaltam que a prevenção, identificação precoce e manejo adequado da morbidade materna grave são estratégias centrais não apenas para a redução da mortalidade materna, mas também para a melhoria dos indicadores perinatais, destacando a necessidade de fortalecimento da assistência pré-natal e da atenção obstétrica baseada em evidências (MOURA *et al*., 2018).

As complicações obstétricas, portanto, configuram-se como um problema prioritário de saúde materno-infantil, exigindo ações integradas de vigilância, prevenção e assistência qualificada. A compreensão de seus mecanismos, fatores associados e impactos na morbimortalidade materna e perinatal é essencial para o aprimoramento das políticas públicas, da prática clínica e dos resultados em saúde.

MÉTODO

O seguinte capítulo caracteriza-se como um estudo descritivo de revisão de literatura, o qual analisou acerca das complicações obstétricas mais prevalentes, buscando artigos acerca do tema por meio das bases de dados como PubMed, UpToDate e SciELO. Foram utilizados descritores relacionados a essa condição para uma pesquisa mais seletiva tais como “obstetrícia”, “saúde da mulher”, “complicações obstétricas”, “síndromes hipertensivas”, “diabetes mellitus gestacional”, “hemorragias obstétricas”, “infecções obstétricas”. Os critérios de inclusão envolveram artigos publicados de 2020 até o mês de fevereiro de 2026, artigos publicados em português, espanhol e inglês. Foram selecionados artigos que abordassem de forma clara este tema, que tivessem o texto na íntegra por acesso gratuito e que atendessem à proposta do capítulo. Ao total, foram selecionados 15 artigos principais que foram citados ao decorrer deste trabalho, conforme critérios de inclusão e exclusão abordados previamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Classificação das complicações

As complicações obstétricas representam importante causa de morbidade e mortalidade materna e perinatal, podendo ocorrer em diferentes fases da gestação, parto e puerpério, com repercussões significativas para a saúde materna e fetal (VIEIRA *et al*., 2021; QUENBY *et al*., 2021).

Nesse contexto, o primeiro trimestre da gestação configura-se como um período associado à elevada ocorrência de intercorrências obstétricas, destacando-se, sobretudo, o abortamento espontâneo, considerado uma das complicações mais frequentes da gravidez. Essa condição está relacionada a fatores genéticos, condições maternas, infecções e alterações no desenvolvimento embrionário, além de representar importante causa de morbidade materna e repercussões físicas e psicológicas para a gestante (VIEIRA *et al*., 2021; QUENBY *et al*., 2021). Ademais, nesse mesmo período, o sangramento vaginal constitui um relevante sinal de alerta, podendo estar associado à ameaça de aborta-

mento ou a outras complicações gestacionais, exigindo, portanto, avaliação clínica adequada. Paralelamente, outras condições clínicas maternas também podem comprometer o adequado desenvolvimento da gestação (VIEIRA *et al*., 2021).

Em continuidade, no segundo trimestre, destacam-se complicações relacionadas à adaptação materna e ao desenvolvimento placentário, incluindo, principalmente, as síndromes hipertensivas da gestação, as quais são consideradas importantes causas de morbimortalidade materna e perinatal, podendo comprometer a perfusão placentária e resultar em repercussões adversas para o feto (VIEIRA *et al*., 2021). Além disso, alterações metabólicas e clínicas, bem como a presença de infecções maternas, representam fatores de risco significativos, uma vez que podem interferir na evolução da gestação, comprometer o crescimento fetal e aumentar o risco de complicações posteriores, especialmente quando não identificadas e tratadas precocemente (VIEIRA *et al*., 2021; MCINTYRE *et al*., 2021).

De forma semelhante, no terceiro trimestre, observa-se maior incidência de complicações obstétricas associadas à progressão da gestação, incluindo pré-eclâmpsia, diabetes mellitus gestacional, distúrbios metabólicos, alterações placentárias e parto prematuro. Tais condições podem resultar em complicações neonatais e no aumento da morbidade e mortalidade perinatal, além de repercussões durante o trabalho de parto e no período neonatal (VIEIRA *et al*., 2021; MCINTYRE *et al*., 2021). Nesse sentido, essas intercorrências reforçam a importância do acompanhamento pré-natal adequado, com o objetivo de reduzir os riscos maternos e fetais.

Além disso, durante o período intraparto, complicações obstétricas podem ocorrer em decorrência de condições clínicas maternas prévias ou de complicações desenvolvidas ao longo da gestação, podendo comprometer a evolução do trabalho de parto e os desfechos neonatais. Dessa forma, torna-se fundamental a oferta de assistência obstétrica qualificada, com monitoramento contínuo e intervenção adequada sempre que necessário (VIEIRA *et al*., 2021; MCINTYRE *et al*., 2021). Posteriormente, no puerpério, também se observa elevada vulnerabilidade materna, destacando-se complicações como hemorragias, especialmente a hemorragia pós-parto, considerada uma das principais causas de mortalidade materna no mundo. Além disso, infecções e outras condições associadas à recuperação pós-parto também podem ocorrer, reforçando, portanto, a necessidade de acompanhamento adequado nesse período (VIEIRA *et al*., 2021; OPAS, 2020).

Dessa maneira, evidencia-se que as complicações obstétricas podem ocorrer em diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal, sendo fundamental o reconhecimento precoce e o manejo adequado dessas condições, a fim de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal (VIEIRA *et al*., 2021).

Síndromes hipertensivas

As síndromes hipertensivas gestacionais representam as complicações mais frequentes do período gravídico-puerperal e constituem uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (GUIDA *et al*., 2022). Nesse sentido, o entendimento da pré-eclâmpsia e sua evolução para quadros graves, como a eclâmpsia e a Síndrome HELLP, é de extrema relevância, visto que essas complicações compartilham uma mesma desordem multissistêmica e desfechos clínicos graves.

A pré-eclâmpsia é definida pelo desenvolvimento de hipertensão arterial na gestação, com medidas de pressão arterial ≥140x90 mmHg após a 20ª semana, em mulheres previamente normotensas. Seu diagnóstico associa-se fre-

quentemente à presença de proteinúria (≥300 mg em urina de 24 horas ou 1+ na fita reagente). Entretanto, na ausência de proteinúria, o diagnóstico pode ser estabelecido pela associação da hipertensão com disfunções orgânicas maternas — como trombocitopenia, sintomas visuais ou neurológicos, insuficiência renal e comprometimento hepático — e/ou disfunções placentárias.

A fisiopatologia da pré-eclâmpsia é compreendida como um processo dinâmico de duas etapas, conforme descrito por August & Sibai (2024). A primeira etapa é marcada por falha na invasão trofoblástica das artérias espirais uterinas, que normalmente sofrem remodelamento para se tornarem vasos de grande calibre e baixa resistência. Na pré-eclâmpsia, essa conversão ocorre de forma incompleta, resultando em hipóxia e isquemia placentária crônica. Como consequência, na segunda fase, a placenta isquêmica, sob intenso estresse oxidativo, libera na circulação materna fatores antiangiogênicos, como o sFlt-1 e a endoglina solúvel, que sequestram fatores de crescimento vascular essenciais para a integridade endotelial. Esse desequilíbrio angiogênico culmina em disfunção endotelial sistêmica e estado inflamatório exacerbado, explicando o vasoespasmo generalizado e as lesões em órgãos-alvo características da síndrome (AUGUST *et al*., 2024).

Define-se eclâmpsia pela ocorrência de crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas em gestante com pré-eclâmpsia, sendo uma das complicações mais graves das síndromes hipertensivas gestacionais. Na maioria das vezes, o quadro é precedido por manifestações clínicas como cefaleia, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, hiperreflexia e distúrbios visuais. Quando esses sinais não são reconhecidos precocemente, podem surgir complicações severas, tanto maternas — como acidente vascular encefálico hemorrágico, descolamento prematuro de placenta e edema agudo de pulmão — quanto fetais, incluindo restrição de crescimento e morte fetal. Ressalta-se que a eclâmpsia pode ocorrer durante a gestação, no parto ou nas primeiras 48 horas do puerpério (SIBAI, 2024).

A Síndrome HELLP configura outra complicação grave oriunda da pré-eclâmpsia, caracterizada pela tríade de hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia. Essa condição resulta de dano endotelial microvascular agudo que acomete principalmente os sistemas hematológico e hepático. Exige diagnóstico imediato, pois seus sintomas — como dor epigástrica, náuseas e mal-estar — podem ser confundidos com patologias gastrointestinais, mascarando a gravidade do quadro (SIBAI, 2024). O diagnóstico é confirmado por achados laboratoriais específicos, independentemente da gravidade da hipertensão. Sem manejo oportuno, pode evoluir para complicações catastróficas, como hematoma subcapsular hepático, rotura hepática, insuficiência renal aguda e coagulação intravascular disseminada.

Diabetes Mellitus gestacional

A Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma alteração do metabolismo da glicose identificada pela primeira vez durante a gestação, ocorrendo quando a resistência à insulina própria da gravidez não é compensada adequadamente pelas células β pancreáticas, resultando em hiperglicemia. Nesse viés, trata-se de uma condição relativamente frequente, afetando cerca de 9–25% das gestações mundiais, e transitória, porém com impacto significativo na saúde materna e fetal que podem acarretar em consequências futuras (ALEJANDRO *et al*., 2020).

Dentro desse contexto, os fatores de risco para o desenvolvimento da DMG podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Sob esse prisma, entre os mutáveis destacam-se o sobrepeso e a obesidade pré-gestacio-

nais, a síndrome metabólica, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, síndrome dos ovários policísticos, pré-eclâmpsia prévia, tabagismo, privação de sono, estresse psicológico crônico e o uso de antidepressivos ou medicamentos psicotrópicos. Não obstante, os não modificáveis incluem idade materna maior que 25–30 anos, multiparidade, predisposição genética, histórico familiar de diabetes, etnia, sendo as mulheres de ascendência asiática com maior chance de desenvolver o quadro, assim como condições socioeconômicas (ALEJANDRO *et al*., 2020).

O diagnóstico para DMG pode pode ser feito em uma única etapa com apenas um Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) de 75 g de glicose ou em duas etapas, iniciando com um teste de sobrecarga oral com 50 g de glicose, se a glicemia for ≥130–140 mg/dL, realiza-se um TOTG confirmatório com 100 g. De acordo com os critérios da International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG), o diagnóstico é estabelecido quando qualquer um dos seguintes valores no TOTG de 75 g estiver alterado: glicemia de jejum ≥92 mg/dL, glicemia após 1 hora ≥180 mg/dL ou glicemia após 2 horas ≥153 mg/dL (ALEJANDRO *et al*., 2020).

As repercussões maternas de mulheres com DMG incluem maior risco de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. Além disso, mulheres com histórico da condição apresentam maior probabilidade de desenvolver diabetes tipo 2 no futuro e podem apresentar recorrência da DMG em gestações posteriores. Para o feto, a hiperglicemia materna favorece hiperinsulinemia e crescimento neonatal excessivo, resultando em macrossomia, aumentando as chances de trauma no parto, bem como irá predispor o indivíduo a uma elevada tendência de obesidade e alterações metabólicas ao longo da vida (ALEJANDRO *et al*., 2020).

Após o parto, a glicemia materna costuma normalizar-se rapidamente, mas é essencial reavaliar a tolerância à glicose entre 4 e 12 semanas e repetir o acompanhamento periodicamente, devido ao risco elevado de diabetes tipo 2 (DURNWALD, 2026). Nesse sentido, a mudança no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis são fundamentais para reduzir complicações futuras. Desse modo, embora transitório, o DMG representa um importante marcador de risco metabólico, exigindo diagnóstico precoce, acompanhamento adequado e estratégias preventivas contínuas.

Hemorragias obstétricas

As hemorragias obstétricas constituem uma das principais causas de morbimortalidade materna no mundo, representando um importante desafio para a saúde materno-infantil. Evidências globais indicam que a hemorragia materna permanece entre os principais determinantes de mortalidade materna, sobretudo em regiões com menor desenvolvimento socioeconômico. Essas intercorrências podem ocorrer em diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal, desde a primeira metade da gestação até o período pós-parto, estando associadas a elevada morbidade materna, necessidade de transfusão sanguínea, admissões em unidades de terapia intensiva e desfechos perinatais adversos, especialmente quando o reconhecimento e a intervenção não são realizados de forma oportuna (VOGEL *et al*., 2023; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023).

As hemorragias da primeira metade da gestação, geralmente definidas como aquelas que ocorrem até 20-22 semanas, representam causa frequente de atendimento em serviços de urgência obstétrica, podendo resultar em significativa morbidade materna quando associadas a instabilidade hemodinâmica ou diagnóstico tardio. As principais etiologias incluem abortamento es-

pontâneo, gestação ectópica e doença trofoblástica gestacional, condições que apresentam manifestações clínicas distintas, mas compartilham o sintoma comum de sangramento vaginal no início da gravidez (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2020; BARNHART, 2021).

O abortamento espontâneo é definido como a perda gestacional antes de 20-22 semanas, sendo a complicação mais frequente da primeira metade da gestação e ocorrendo em aproximadamente 10-20% das gestações clinicamente reconhecidas. A apresentação clínica varia conforme a classificação em ameaça, abortamento inevitável, incompleto, completo ou retido, sendo o sangramento vaginal, associado ou não à dor abdominal, o sintoma predominante (ACOG, 2020; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2023). A conduta depende da estabilidade hemodinâmica e das preferências da paciente, podendo ser ex-pectante, medicamentosa ou cirúrgica, todas consideradas seguras quando adequadamente indicadas. Complicações como hemorragia importante ou infecção são incomuns, porém requerem intervenção imediata quando presentes.

A gestação ectópica corresponde à implantação do embrião fora da cavidade uterina, sendo causa relevante de emergência hemorrágica no primeiro trimestre e de mortalidade materna precoce. A maioria dos casos ocorre na tuba uterina, e a apresentação clínica clássica inclui dor abdominal, atraso menstrual e sangramento vaginal irregular. O diagnóstico baseia-se na associação entre dosagem seriada de beta-hCG e ultrassonografia transvaginal, sendo fundamental para evitar ruptura tubária e choque hemorrágico. O tratamento pode ser medicamentoso com metotrexato, nos casos estáveis e com critérios específicos, ou cirúrgico nos quadros de instabilidade hemodinâmica ou falha terapêutica (ACOG, 2020).

A doença trofoblástica gestacional compreende um espectro de alterações proliferativas do trofoblasto, incluindo mola hidatiforme completa e parcial, podendo manifestar-se com sangramento vaginal no primeiro trimestre associado a níveis elevados de beta-hCG. O diagnóstico é realizado por ultrassonografia e confirmação histopatológica após evacuação uterina, sendo o tratamento inicial baseado na aspiração uterina por vácuo, seguida de monitorização seriada do beta-hCG para detecção precoce de neoplasia trofoblástica gestacional (INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS, 2021; NGAN *et al*., 2021).

As hemorragias do segundo trimestre, geralmente compreendidas entre 13 e 27 semanas de gestação, são menos frequentes que aquelas do primeiro trimestre, porém apresentam maior potencial de gravidade materna e repercussões fetais, especialmente quando associadas a alterações placentárias. Entre as principais etiologias destacam-se o abortamento tardio, a incompetência istmocervical, o descolamento prematuro de placenta e os casos precoces de placenta prévia, condições que podem evoluir com perda sanguínea significativa e risco de instabilidade hemodinâmica (ACOG, 2020; JAUNIAUX *et al*., 2022).

O abortamento tardio pode cursar com sangramento vaginal associado a dor abdominal e dilatação cervical, sendo frequentemente relacionado a infecções, anomalias fetais ou insuficiência cervical. A incompetência istmocervical caracteriza-se por dilatação indolor do colo uterino no segundo trimestre, podendo manifestar-se com sangramento discreto ou perda de líquido amniótico, e associa-se a maior risco de perda gestacional e parto prematuro (ACOG, 2021).

O descolamento prematuro de placenta apresenta-se tipicamente com dor abdominal súbita, hipertonia uterina e sangramento vaginal,

podendo evoluir para coagulopatia e sofrimento fetal. Já a placenta prévia manifesta-se por sangramento vaginal indolor, sendo o diagnóstico realizado por ultrassonografia, devendo-se evitar toque vaginal até exclusão diagnóstica por imagem (ACOG, 2020; JAUNIAUX *et al*., 2022). A abordagem requer avaliação imediata da estabilidade materna, monitorização fetal quando viável e investigação etiológica por imagem.

As hemorragias do terceiro trimestre, definidas como sangramento genital após 28 semanas, constituem importante causa de morbimortalidade materna e perinatal, com incidência estimada entre 2% e 5% das gestações (ACOG, 2020; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2021). As principais etiologias incluem descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, vasa prévia e rotura uterina, sendo fundamental a diferenciação clínica precoce.

A placenta prévia decorre da implantação placentária no segmento inferior do útero, podendo recobrir parcial ou totalmente o orifício interno do colo, enquanto a vasa prévia, embora rara, associa-se a elevada mortalidade fetal quando não diagnosticada previamente. A rotura uterina ocorre predominantemente em gestantes com cicatriz uterina prévia, exigindo identificação e intervenção cirúrgica imediata para redução da morbimortalidade materna e neonatal (ACOG, 2020; RCOG, 2021).

As hemorragias puerperais, especialmente a hemorragia pós-parto, permanecem como uma das principais causas de mortalidade materna evitável. Define-se hemorragia pós-parto como perda sanguínea ≥500 mL após parto vaginal ou ≥1000 mL após cesariana, ou qualquer perda associada a instabilidade hemodinâmica nas primeiras 24 horas (ACOG, 2020; FIGO, 2022). Pode ser classificada em primária ou secundária, sendo a forma primária a mais frequente.

A principal etiologia é a atonia uterina, responsável por cerca de 70-80% dos casos, seguida por trauma do canal de parto, retenção placentária e distúrbios de coagulação, tradicionalmente organizados pelo mnemônico “4 Ts”. O reconhecimento precoce e a intervenção imediata são determinantes para redução da mortalidade. A abordagem terapêutica baseia-se em protocolo escalonado com massagem uterina, administração de uterotônicos, reposição volêmica e, quando necessário, medidas cirúrgicas, incluindo tamponamento intrauterino, suturas hemostáticas ou histerectomia (FIGO, 2022; WHO, 2023). Evidências reforçam ainda o uso precoce do ácido tranexâmico, associado à redução da mortalidade por hemorragia.

A prevenção fundamenta-se no manejo ativo do terceiro período do parto, com administração profilática de ocitocina e vigilância rigorosa no pós-parto imediato. Nesse contexto, as hemorragias obstétricas configuram emergências clínicas que demandam diagnóstico rápido, diferenciação etiológica precisa e intervenção imediata. A adoção de protocolos institucionais baseados em evidências, capacitação contínua das equipes e identificação precoce de fatores de risco são estratégias essenciais para redução da morbimortalidade materna (ACOG, 2020; FIGO, 2022; WHO, 2023).

Infecções

As infecções representam importantes causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, sendo consideradas complicações obstétricas relevantes durante a gestação, o trabalho de parto e o puerpério. Alterações fisiológicas próprias da gravidez, como mudanças hormonais, imunológicas e anatômicas, favorecem a susceptibilidade da gestante a processos infecciosos. Entre as infecções mais frequentes associadas à gestação destacam-se a infecção do trato urinário, a corioamnionite e a sepse obstétri-

ca, condições que podem comprometer significativamente a saúde materna e fetal quando não diagnosticadas e tratadas precocemente.

A infecção do trato urinário (ITU) é considerada a infecção bacteriana mais comum durante a gravidez. As alterações fisiológicas da gestação, como dilatação do trato urinário, redução do peristaltismo ureteral e compressão do útero sobre a bexiga e ureteres, favorecem a estase urinária e a colonização bacteriana. Estima-se que as ITUs acometem entre 2% e 15% das gestantes, incluindo bacteriúria assintomática, cistite e pielonefrite aguda (ANSALDI & WEBER, 2023). A bacteriúria assintomática ocorre em cerca de 2% a 7% das gestantes e, quando não tratada, pode evoluir para infecções mais graves, especialmente pielonefrite, condi-ção associada a complicações maternas e fetais.

As manifestações clínicas variam conforme a forma da infecção. A cistite caracteriza-se por disúria, polaciúria e urgência urinária, enquanto a pielonefrite pode apresentar febre, dor lombar, náuseas e sinais sistêmicos de infecção. Além das repercussões maternas, as ITUs também podem impactar o desfecho gestacional. Estudos indicam associação entre infecção urinária durante a gestação e maior risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer, reforçando a importância do rastreamento e tratamento adequado durante o pré-natal (ANSALDI & WEBER, 2023). Por esse motivo, recomenda-se a realização de urocultura no início da gestação para identificação e tratamento precoce da bacteriúria assintomática.

Outra infecção obstétrica relevante é a corioamnionite, definida como inflamação das membranas fetais (cório e âmnio), geralmente decorrente de infecção intra-amniótica. Essa condição é frequentemente associada à ascensão de microrganismos da flora vaginal para a cavidade amniótica, especialmente em situações como ruptura prolongada de membranas ou trabalho de parto prolongado. A corioamnionite é considerada uma das infecções mais comuns relacionadas ao trabalho de parto e está associada a importantes complicações maternas e neonatais.

Ademais, o diagnóstico clínico da corioamnionite é geralmente suspeitado na presença de febre intraparto associada a outros sinais inflamatórios maternos ou fetais, como taquicardia materna, taquicardia fetal, leucocitose, sensibilidade uterina ou secreção vaginal com odor fétido. Em alguns casos, o diagnóstico definitivo pode ser confirmado por meio da análise do líquido amniótico, utilizando métodos microbiológicos ou marcadores inflamatórios (JUNG *et al.*, 2024). Essa condição pode levar a complicações como sepse neonatal, parto prematuro e infecções puerperais, evidenciando a necessidade de diagnóstico rápido e antibioticoterapia adequada.

Entre as complicações infecciosas mais graves relacionadas à gestação encontra-se a sepse obstétrica. A sepse é definida como disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta desregulada do organismo à infecção. No contexto obstétrico, pode ocorrer durante a gravidez, no trabalho de parto, após aborto ou no período pós-parto. Essa condição representa uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, destacando a importância da identificação precoce e manejo adequado.

A sepse obstétrica geralmente se origina a partir de infecções do trato genital, urinário ou de feridas cirúrgicas, podendo evoluir rapidamente para choque séptico e falência de múltiplos órgãos. Estudos indicam que as infecções obstétricas correspondem a uma parcela significativa das complicações maternas, com incidência de sepse estimada em aproximadamente 0,3% das gestantes hospitalizadas, sendo mais frequente no período pós-parto (KVALVIK *et al.*, 2024). Os sinais clínicos podem incluir fe-

bre, taquicardia, hipotensão, taquipneia e alterações laboratoriais indicativas de disfunção orgânica.

Dessa forma, o manejo da sepse obstétrica exige abordagem rápida e multidisciplinar, incluindo reconhecimento precoce dos sinais de alerta, coleta de culturas, início imediato de antibioticoterapia de amplo espectro e suporte hemodinâmico quando necessário. A implementação de protocolos clínicos e a vigilância adequada durante o pré-natal, parto e puerpério são estratégias essenciais para reduzir a morbimortalidade associada a essa condição. Portanto, as infecções obstétricas, especialmente a infecção urinária, a corioamnionite e a sepse obstétrica, representam desafios importantes para a assistência materno-fetal. O reconhecimento precoce, o rastreamento durante o pré-natal e o tratamento oportuno são fundamentais para prevenir complicações graves e melhorar os desfechos maternos e neonatais.

CONCLUSÃO

As complicações obstétricas abordadas neste capítulo evidenciam que, embora multifatoriais e potencialmente graves, grande parte de seus desfechos adversos pode ser evitada por meio de uma assistência organizada, contínua e baseada em evidências. Síndromes hipertensivas, diabetes mellitus gestacional, hemorragias e infecções não devem ser compreendidas apenas como eventos isolados, mas como condições cuja evolução está diretamente relacionada à qualidade do acompanhamento oferecido ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Nesse contexto, o pré-natal assume papel central não apenas como etapa assistencial, mas como estratégia efetiva de prevenção. A realização sistemática dos exames preconizados - como a urocultura no início da gestação para rastreamento de bacteriúria assintomática – permite identificar condições silenciosas que, se negligenciadas, podem evoluir para quadros infecciosos graves e parto prematuro. Da mesma forma, o seguimento do protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde quanto ao número de consultas, exames laboratoriais e ultrassonografias possibilita o monitoramento do crescimento fetal, da implantação placentária e de fatores de risco associados a sangramentos e outras intercorrências.

Além disso, a padronização das condutas frente às emergências obstétricas, especialmente nas diferentes formas de hemorragia, é determinante para a segurança materna. A existência de protocolos institucionais claros, aliados à capacitação contínua das equipes e à atuação integrada entre os níveis de atenção, favorece intervenções rápidas e eficazes, reduzindo complicações evitáveis.

Dessa forma, a melhoria dos desfechos materno-infantis não depende apenas do manejo adequado das intercorrências já instaladas, mas principalmente da vigilância ativa, da identificação precoce de fatores predisponentes e da organização da assistência. Um pré-natal conduzido com regularidade, critérios técnicos e acompanhamento individualizado permanece como a medida mais consistente para prevenir complicações obstétricas e fortalecer a qualidade da atenção à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEJANDRO, E. U. *et al*. Gestational diabetes mellitus: a harbinger of the vicious cycle of diabetes. International Journal of Molecular Sciences, v. 21, n. 14, p. 5003, 2020. DOI: 10.3390/ijms21145003.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Early pregnancy loss. Obstetrics & Gynecology, v. 135, n. 5, p. e197–e207, 2020. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003837.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Placenta previa and placenta accreta spectrum. Obstetrics & Gynecology, v. 135, n. 5, p. e111–e134, 2020. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003812.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Cervical insufficiency. Obstetrics & Gynecology, v. 137, n. 3, p. e94–e104, 2021. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004275.

ANSALDI, Y.; MARTINEZ DE TEJADA WEBER, B. Urinary tract infections in pregnancy. Clinical Microbiology and Infection, v. 29, n. 10, p. 1249-1253, 2023. Disponível em: PubMed. Acesso em: 12 mar. 2026.

AUGUST, P. & SIBAI, B. M. Preeclampsia: Pathogenesis. In: UpToDate. Waltham, MA, 2024.

BARNHART, K. T. Clinical practice. Ectopic pregnancy. New England Journal of Medicine, v. 384, n. 13, p. 1248–1256, 2021. DOI: 10.1056/NEJMcp2009985.

DURNWALD, C. Gestational diabetes mellitus: glucose management, maternal prognosis, and follow-up. In: UpToDate. Waltham, MA, 2026.

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO good practice recommendations for the management of postpartum hemorrhage. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 157, n. 1, p. 3–50, 2022. DOI: 10.1002/ijgo.14127.

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2021 update. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 155, n. 1, p. 86–93, 2021. DOI: 10.1002/ijgo.13877.

GUIDA, J. P. S. *et al*. Prevalence of preeclampsia in Brazil: an integrative review. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 44, n. 7, p. 686-692, 2022. DOI: 10.1055/s-0042-1742680.

JAUNIAUX, E. *et al*. Placental abruption and placenta previa: diagnosis and management. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 158, n. 1, p. 12–20, 2022. DOI: 10.1002/ijgo.14134.

JAUNIAUX, E. *et al*. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders and vasa previa. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 162, n. 1, p. 1–15, 2023. DOI: 10.1002/ijgo.14806.

JUNG, E. *et al*. Clinical chorioamnionitis at term. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2024. Disponível em: PubMed. Acesso em: 12 mar. 2026.

KVALVIK, S. A. *et al*. Obstetric infections and maternal sepsis. Scientific Reports, v. 14, 2024. Disponível em: PubMed. Acesso em: 12 mar. 2026.

MENGISTU, T. S. *et al*. Severe maternal morbidity and perinatal outcomes. Journal of Clinical Medicine, v. 9, n. 7, p. 2035, 2020. DOI: 10.3390/jcm9072035.

MOURA, B. L. A. *et al*. Hospitalizações por complicações de gestação no SUS. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 1, e00188016, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00188016.

NGAN, H. Y. S. *et al*. Gestational trophoblastic disease update. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 155, n. 1, p. 86–93, 2021. DOI: 10.1002/ijgo.13875.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Hemorragia pós-parto: prevenção e manejo. Washington, DC, 2020.
QUENBY, S. *et al*. Miscarriage matters. The Lancet, v. 397, n. 10285, p. 1658-1667, 2021.

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antepartum haemorrhage. Green-top Guideline n. 63. London, 2021.

RUPPEN, I. C. *et al*. Management of obstetric complications in high-risk deliveries. American Journal of Medical and Clinical Research & Reviews, v. 4, n. 6, p. 1–4, 2025. DOI: 10.58372/2835-6276.1304.

SIBAI, B. M. Eclampsia. In: UpToDate. Waltham, MA, 2026.

SIBAI, B. M. HELLP syndrome. In: UpToDate. Waltham, MA, 2026.

TINTORI, J. A. *et al*. Epidemiologia da morte materna. Acta Paulista de Enfermagem, v. 35, eAPE00251, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO00251.

VIEIRA, S. N. *et al*. Complicações clínicas na gravidez. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, supl. 3, p. 5329-5350, 2021. Disponível em: SciELO. Acesso em: 12 mar. 2026.

VOGEL, J. P. *et al*. Global causes of maternal death. The Lancet Global Health, v. 11, n. 3, p. e386–e395, 2023. DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00012-0.

WHO – World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage: update 2023. Geneva, 2023.