

**Michele de Pinho Barreiros**

Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB;  
Especialista em enfermagem Obstétrica pela  
Universidade Federal do Minas Gerais – UFMG/ Universidade Federal do Pará - UFPA;  
Mestranda pelo programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia da  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMPA;  
Coordenador CO/PPP da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMPA.

**Hanna Ariane Monteiro Carrera**

Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Pará - UEPA;  
Residente em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Pará - UFPA.

**Elisângela da Silva Ferreira**

Enfermeira graduada pela Universidade do Federal do Pará - UFPA;  
Residente em Enfermagem Oncológica pela Hospital Ophyr Loyola;  
Especialista em Enfermagem Obstétrica pela  
Faculdade Metropolitana da Amazônia - FAMAZ;  
Mestre em Biologia de agentes Infeciosos e Parasitários pela  
Universidade Federal do Pará – UFPA;  
Doutora em Engenharia de Recursos Naturais da Amazônia pela  
Universidade Federal do Pará – UFPA.

**Maria Elizabete de Castro Rassy**

Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Pará - UEPA;  
Especialista em Epidemiologia pela Universidade Federal do Pará - UFPA;  
Especialista em Educação em Saúde para preceptores do SUS pelo Hospital Sírio Libanês;  
Mestre em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará - UFPA;  
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

**Patrícia Do Socorro Coelho Portal**

Enfermeira graduada para Universidade Estadual do Pará – UEPA;  
Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Estado do Pará – UEPA;  
Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Pará – UFPA;  
Especialista em Saúde Mental com Ênfase de Dependência Química pela Faculdade CGESP;  
Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pela Faculdade CGESP;  
Especialista em Gestão de Serviços de Enfermagem pela Faculdade UNIBF;  
Mestranda em Gestão e Planejamento em Saúde pela  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA.

**Rejane Brandão Pinto**

Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Pará – UEPA;  
Especialização em Administração dos Serviços de Saúde pela  
Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP;  
Especialista em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde pela  
Universidade Federal Fluminense – UFF;  
Especialista em Regulação em Saúde no SUS pelo Hospital Sírio Libanês;  
Mestre em Gestão e Saúde na Amazônia pela  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA.

**Heliana Helena de Moura Nunes**

Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Magalhães Barata – EEMB;  
Especialista em Metodologia do Ensino Superior para a Saúde pela  
Universidade do Estado do Pará – UEPA;  
Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Estado do Pará – UEPA;  
Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo descrever a experiência acerca da utilização do Escore de Alerta Obstétrico Modificação (MEOWS), na identificação de deterioração materna precoce e o acionamento do pacote de intervenções (*Bundles*) em um Hospital Materno – infantil no estado do Pará. Utilizou-se como metodologia um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, referente ao período trabalhado como enfermeira obstetra em uma maternidade no estado Pará. A partir da análise dos relatos obtidos, selecionou-se os pontos chaves da pesquisa, os quais possibilitaram a escolha da temática que seria trabalhada, e, assim, iniciar a teorização do estudo. Diante disso, buscou-se nas bases de dados artigos, livros e páginas eletrônicas acerca da temática em questão, a fim de aumentar a compreensão do assunto. Nos resultados tem-se a discussão acerca dos tópicos: o que é o MEOWS? Como funciona o fluxo de atendimento no A&CRO, com a utilização do Escore de Alerta Obstétrico e o acionamento de *bundles*? Bundle de SEPSE, Bundle de SHEM, e Bundle de SHEG. Portanto, o estudo mostrou que a utilização do MEOWS associada ao acionamento do pacote de intervenções, garantem assistência imediata a gestante/puérpera, promovendo um desfecho favorável a deterioração clínica identificada.

**Palavras-chave:** acolhimento; mortalidade materna; escore de alerta precoce.

## INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mortalidade materna é um grave problema de saúde pública em todo o mundo, principalmente em países em desenvolvimento. Podendo ser definida, como a morte de uma mulher em qualquer fase da gestação, ou em até 42 dias após o seu fim, podendo estar direta ou indiretamente relacionada ou agravada pela gestação. E, na qual a maioria das vezes poderiam ser ocasionadas por complicações evitáveis (BENTO, 2020).

Nos últimos anos, as altas taxas de mortalidade materna e cirurgias cesarianas, evidenciam a necessidade de colocar em discussão o modelo de atenção obstétrica no Brasil. A redução da morbimortalidade materna e neonatal, permanecem como um grande desafio, apesar dos esforços e iniciativas governamentais (BRASIL, 2017)

Diante desse cenário, foi instituída, a Rede Cegonha através da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, com a finalidade de reestruturar e reorganizar a atenção à saúde materno-infantil no País desde a atenção primária até a atenção hospitalar, para assegurar o acesso, acolhimento e resolutividade para às mulheres e crianças.

O Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico (A&CRO), apoia o profissional a partir da escuta ativa e atendimento as necessidades singulares da mulher/gestante. O acolhimento é utilizado como uma tecnologia, que viabiliza o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo hábil, favorecendo a construção de relações de confiança e compromisso entre o paciente e o serviço (BRASIL, 2018).

Ademais, o A&CRO é porta de entrada dos hospitais e maternidades, assumindo peculiaridades próprias as necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico-puerperal. Nessa perspectiva, em algumas maternidades do País, tem-se utilizado o Escore de Alerta Obstétrico Modificado (MEOWS), como uma ferramenta de apoio de identificação precoce para o risco de deterioração materna.

Pela primeira vez, em 2007, o *Modified Early Obstetric Warning System* (MEOWS), foi implementado pelo sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, com o objetivo de reduzir o tempo entre o reconhecimento, diagnóstico e tratamento de complicações obstétricas. No Pará, essa ferramenta tem sido utilizada em uma maternidade, referência ao atendimento de alto risco, com acionamento do pacote de intervenções (*BUNDLES*) para SEPSE, SHEG e SHEM (SHULER, 2019).

Mediante o exposto, o estudo busca relatar a experiência de uma enfermeira obstetra, durante o período em que esteve em sala de parto. Portanto, teve como questão norteadora: Como funciona a utilização do Escore de Alerta Obstétrico Modificação (MEOWS), na identificação de deterioração materna precoce e o acionamento do pacote de intervenções (*Budles*)?

Tem como objetivo, descrever a experiência, acerca da utilização do Escore de Alerta Obstétrico Modificação (MEOWS), na identificação de deterioração materna precoce e o acionamento do pacote de intervenções (*Budles*) em um Hospital Materno – infantil no estado do Pará.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, referente ao período trabalhado como enfermeira obstetra em um Hospital Materno – Infantil no Estado do Pará.

Durante os primeiros contatos com o serviço, foi possível realizar a observação do local, o qual proporcionou a análise acerca das necessidades presentes dentro setor de triagem obstétrica, incluindo espaço físico e o dia a dia dos colaboradores.

Foram realizadas diversas conversas informais com os profissionais de saúde que trabalhavam no setor, onde foram expostas as principais lacunas referentes a utilização do Escore de Alerta Obstétrico Modificado (MEOWS), e acionamento do pacote de intervenções.

A partir da análise dos relatos obtidos selecionou-se os pontos chaves da pesquisa, os quais possibilitaram a definição da temática a ser trabalhada, e, assim, iniciar a teorização do estudo. Diante disso, buscou-se

nas bases de dados artigos, livros e páginas eletrônicas acerca da temática em questão, a fim de aumentar a compreensão do assunto.

A busca ocorreu entre os meses de junho e julho de 2022. Utilizou-se como critérios de inclusão a disponibilidade dos resumos, publicações em português, inglês ou espanhol e os que estavam relacionados ao tema da pesquisa, ou seja, a partir dos descritores “Acolhimento”, “Mortalidade materna” e “Escore de Alerta Precoce”.

## RESULTADOS

Após a análise dos dados, elaborou-se 5 tópicos a serem discutidos acerca da temática do estudo:

### O que é o MEOWS?

O Meows, é utilizado como uma ferramenta de identificação precoce de deterioração ou agravamento de situações clínicas em mulheres, tendo como objetivo promover um desfecho positivo. Sabe-se que na maioria dos casos, o agravamento das condições clínicas, são precedidos de alertas demonstrados nos sinais vitais (FIOCRUZ, 2021).

Em 1997, no reino unido, foi implantado o primeiro sistema de alerta precoce (Early Warning System – EWS), desenvolvido para população adulta não obstétrica com a finalidade de identificar, de forma precoce, os pacientes com riscos para complicações. Com isso, era possível identificar anormalidades em parâmetros fisiológicos em até 8 horas antes das ocorrências de eventos desfavoráveis (SHULER, 2017).

Porém, para a população obstétrica, seria necessário a criação de outro sistema. Uma vez que, as modificações fisiológicas observadas na gestação, são diferentes das encontradas na população adulta normal. Por isso, em 2007, foi validado e recomendado, no Reino Unido, a utilização de um escore de alerta precoce adaptado para a população obstétrica (*Modified Early Obstetric Warning System – MEOWS*).

O MEOWS é padronizado da seguinte forma: frequência respiratória, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica e temperatura. Dessa forma, cada parâmetro é pontuado de zero a três pontos, somado e classificado quanto a pontuação final: baixo risco (verde), de deterioração ou gravidade, pontuação de zero a quatro pontos; de médio risco (laranja), de cinco a seis pontos; de alto risco (vermelho), de sete ou mais pontos.

No hospital, o score é avaliado entre o score MEOWS, risco, frequência de reavaliação e resposta clínica. Sendo: a) total menor/igual a dois, classificada como baixo risco, reavaliar com três horas; b) total de três pontos, de baixo risco, mas é necessário reavaliar com uma hora; c) total de quatro ou mais de três (pontos) em um dos parâmetros, reavaliar a cada meia

hora; e, d) total de seis ou mais, alto risco, monitoramento contínuo dos sinais vitais.

Quando a resposta clínica, quando a paciente for classificada como baixo risco, é necessário: a) continuar a monitorização de MEOWS, enquanto paciente permanecer no hospital; b) comunicar ao enfermeiro qualquer mudança nos parâmetros; c) decidir se é necessário aumentar a frequência de monitoramento e/ou ajustar os cuidados. Porém, quando classificada como médio ou alto risco: a) o enfermeiro deverá informar de forma urgente a equipe médica obstétrica para avaliar a paciente; b) avaliar: via aérea, respiração, circulação. Realizar: decúbito lateral esquerdo da gestante, maior frequência de observação, saturação de oxigênio, análise urinária e monitoramento fetal; c) seguir o fluxo CPAV; e, d) avaliar transferência à UTI ou de hospital.

O MEOWS pode ser em papel ou usado como parte de um prontuário eletrônico e fornece uma abordagem padronizada para a avaliação do bem-estar materno. Ele foi incorporado à política de resposta rápida, que garante clareza das funções e responsabilidades do pessoal (CLARE A, 2014).

### **Como funciona o fluxo de atendimento no A&CRO, com a utilização do Escore de Alerta Obstétrico e o acionamento de bundles?**

Durante o período de assistência como enfermeira obstetra na maternidade. Foi possível observar, a aplicação do Escore de Alerta Obstétrico Modificado (MEOWS) realizada nos setores de: triagem, enfermaria patológica, centro de parto (centro obstétrico e PPP), enfermaria de perdas e alojamento conjunto.

O Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, ocorre no setor de triagem obstétrica. Sendo um hospital de urgência e emergência obstétrica, referência em gestação de alto risco no estado do Pará, é porta aberta para mulheres no período gravídico-puerperal. Com isso, ao adentrar o espaço hospitalar, a gestante/puérpera, é encaminhada para sala de A&CRO, e nesse momento a aferição dos sinais vitais, é utilizada para calcular o MEOWS.

Após o registro, se MEOWS alterado, é realizado três perguntas: “a) posso excluir infecção? b) posso excluir hemorragia? e, c) posso excluir hipertensão?”. Portanto, caso algum item tiver “não” como resposta, é necessário acionar o bundle de intervenção para a determinada complicação. Porém, caso a paciente não se encontre em nenhuma das condições citadas acima, é necessário avaliar outros critérios clínicos apresentados por ela.

O *bundle*, é conceituado como um pacote de intervenções de cuidados específicos, que ao se agruparem, oferecem melhorias para a assistência à saúde e segurança do paciente. É uma tecnologia, o qual tem sido utilizada por equipes multidisciplinares, podendo ser responsabilidade de uma pessoa ou de uma equipe.

A elaboração de um *bundle*, deve-se levar em consideração: o custo, a facilidade de implementação e a adesão das ações. Dessa forma, a

efetivação do pacote de intervenção, irá depender da realização das ações de forma conjunta, sem que haja fragmentação das etapas. Além disso, qualquer membro da equipe, ao identificar o sinal de alerta gerado pelo MEOWS, poderá acionar o bundle, seja de prevenção ou de resgate.

A configuração dessas duas ferramentas, MEOWS e *bundles*, tem sido um grande aliado na promoção do desenvolvimento de um cuidado mais seguro, com resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil, pois ao identificar a deterioração materna através do MEOWS, o pacote de intervenção é acionado, proporcionando um resgate imediato e seguro para a saúde da paciente.

## **Bundle de SEPSE**

A sepse materna, de acordo com a OMS (2017), é uma condição potencialmente fatal, ocasionada por uma disfunção orgânica resultante de uma infecção durante a gravidez, parto, pós-aborto ou pós-parto. Gera complicações no quadro clínico materno e em outros agravos de saúde que causam a morte materna, se não tratada de forma oportuna, ela poderá progredir para choque e morte.

Dentro desse contexto, a identificação precoce dos sinais de alerta de sepse pode ser detectada por meio da Pontuação de Alerta Obstétrico Modificado (MEOWS), que ao apresentar alteração, preconiza-se a utilização de pacotes de intervenções para o tratamento, onde as condutas devem ser tomadas na primeira hora de suspeita de sepse materna.

Então, se escore MEOWS alterado, seguido da pergunta “posso excluir infecção?”, com resposta “não”, é necessário acionar bundle de SEPSE. A recomendação do Projeto Parto Adequado (2020) para o bundle de sepse, deverá seguir com seis conceitos de mudanças:

1) mensurar o lactato e equipe assistencial deve buscar ativamente o resultado: a) criar prescrição padrão para medir lactato sanguíneo; b) criar em conjunto com o laboratório um processo de comunicação do resultado do lactato em até 1 hora após a coleta de sangue; c) inserir equipe do laboratório nas reuniões do projeto; e) criar em conjunto com o laboratório processo que priorize exames essenciais para o resgate (pacote de medidas de 1 hora); f) capacitar enfermagem para coletar amostras de sangue para exame laboratorial; g) no momento da coleta de lactato considere coletar também hemograma com plaquetas, lactato, creatinina, ureia, TAP, TP, bilirrubinas; h) criar estrutura de laboratório (gasometria, bioquímica) ou ter point-of-care para realização de lactato.

2) Coletar culturas pertinentes e considerar controle do foco: a) capacitar enfermagem para coletar amostras de sangue para exame laboratorial; b) incluir frascos de hemoculturas no kit sepse; c) no momento da coleta de hemoculturas considere coletar também hemograma com plaquetas, lactato, creatinina, ureia, TAP, TP, bilirrubinas.

3) Fornecer antibiótico endovenoso de acordo com protocolo local: a) Garantir que os médicos saibam que antibiótico utilizar; b) criar protocolo local

de antibiótico para cada foco infeccioso e criar prescrição padrão; c) utilizar no protocolo preferencialmente antibióticos que possam ser usados em “bolus”; d) ter política institucional de uso racional de antibioticoterapia validado pela SCIH ou profissional com experiência em manejo de antibióticos; e) garantir estoque de antibióticos; f) ao recomendar antibioticoterapia considerar também o controle do foco infeccioso (abordagem invasiva).

4) Forneça pelo menos 500 ml de fluidos IV na primeira hora: a) administrar os 500 ml em até 20 minutos. Lembrar que não será contabilizado nos 500 ml as diluições de medicamentos (p.ex. antibiótico); b) se o paciente apresentar Pressão Arterial Média (PAM) < 65 mmHg ou lactado  $\geq 4$  considere até 30 ml/ kg de ressuscitação volêmica; c) escolha veia e cateteres adequados para que a infusão ocorra conforme preconizado (padronize calibre de cateteres).

5) Utilizar o vasopressor durante ou após a ressuscitação com fluidos para manter Pressão Arterial Média (PAM)  $\geq$  a 65 mmHg: a) ee o paciente hipotenso, usar monitorização contínua não-invasiva da PAM; b) criar processo para inserção de CVC no local do atendimento para infundir líquidos e vasopressor; c) o vasopressor de escolha é a noradrenalina na maioria das situações; d) permitir vasopressor, quando indicado, em veia periférica até que o CVC possa ser inserido em condições seguras.

6) Reavaliar todas as gestantes e puérperas de acordo com as recomendações dos bundles e usando MEOWS: a) garantir que todo paciente com suspeita de sepse seja reavaliado com MEOWS na 1ª e 3ª h; b) garantir que lactato seja repetido se lactato inicial  $\geq 4$  mmol/L.

No hospital, o bundle segue com a estrutura conforme o **Quadro 1**.

## Quadro 1. Detalhamento do Bundle de SEPSE.

<b>Bundle de SEPSE</b>	
<b>Mensurar o lactato</b>	- Coleta e resultado devem ser dentro da primeira hora
<b>Coletar hemoculturas</b>	- Coleta de duas hemoculturas de sítios distintos em até uma hora e culturas de outros sítios pertinentes antes da administração do antimicrobiano.
<b>Fornecer antibiótico endovenoso de acordo com protocolo local</b>	- Prescrição e administração de antimicrobianos permitidos para gestantes de acordo com a situação clínica, por via endovenosa, visando o foco suspeito.
<b>Hidratação</b>	- Administrar 500 ml de cristalóide em até 20 minutos; - Considere até 30 ml/kg de ressuscitação volêmica se: lactato alterado ou pressão arterial média (PAM) < 65 mmHg.
<b>Fornecer vasopressor SN</b>	- Uso de vasopressores para gestantes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial); - A noradrenalina é a droga de primeira escolha.

(Fonte: Adaptado pelo autor, 2022)

## **Bundle de SHEM**

A hemorragia pós-parto é a segunda causa de mortalidade materna no Brasil. E, é definida como a perda sanguínea acima de 500 ml após o parto vaginal ou acima de 1000 ml após o parto cesariana nas primeiras vinte e quatro horas ou qualquer perda de sangue pelo trato genital, capaz de causar instabilidade hemodinâmica.

O *bundle* de Síndrome hemorrágica (SHEM), tem como objetivo garantir a prevenção e o resgate, por equipes competentes e treinadas, em tempo oportuno de todas as gestantes e puérperas com deterioração clínica.

De acordo com o Projeto Parto Adequado (2020), o bundle de prevenção de SHEM, deve seguir quatro conceitos de mudança:

1) Avaliação do risco de sangramento: a) criar ou adotar um formulário para levantar os fatores de risco que permitem estratificar o risco e use a tabela OPAS para estratificar risco; b) criar PP para utilizar o formulário de fatores de risco e estratificação do risco; c) definir processo padrão para lidar com alto risco: coletar Hb/Ht, fibrinogênio e tipagem

sanguínea, solicitação imediata de hemoderivados (ex: reserva de 1 unidade de concentrado de hemácias); d) criar um PP para alertar a todos que gestante é de alto risco; e, e) criar um roteiro de orientação do acompanhante sobre sangramento.

2) Quantificação a perda sanguínea: a) designar pessoa responsável para quantificar sangramento durante o parto e após o parto; b) criar um processo padrão para medir de forma objetiva perda sanguínea durante parto vaginal e cesariana (pesagem de todas as compressas cirúrgicas, identificação visual de perda, dispositivos coletores com parâmetros de medidas); c) criar um processo padrão para aplicar o bundle de resgate (1<sup>a.</sup>, 2<sup>a.</sup> 3<sup>a.</sup> linha) se sangramento  $\geq 500$  PV/1000 cesariana; e, d) criar um processo padrão para avaliar sangramento  $\leq 500$  PV/1000 Cesariana da 1<sup>a.</sup>, 2<sup>a.</sup>, 3<sup>a.</sup> e 4<sup>a.</sup> hora do parto (puerpério imediato).

3) Administração de uterotônicos: a) criar um processo padrão de administração de ocitocina logo após o nascimento; b) criar PP para garantir armazenamento de Ocitocina, Metergin e Misoprostol; e, c) criar PP para garantir estoque acessível dos Uterotônicos.

4) Reavaliação da paciente no puerpério: a) medir sangramento – criar um PP para medição objetiva nesta fase; b) avaliar sinais vitais a cada hora; c) criar um PP avaliar tônus uterino a cada hora; d) aplicar MEOWS na transferência para outra unidade; e) estimular acompanhante informar equipe sobre sangramento ou alterações que preocupem a família.

Na maternidade, o bundle de resgate, segue pode seguir por três linhas: Bundle de primeira linha, tem o diagnóstico no intraparto e/ou até quatro horas após o parto. O seu manejo inicial é pedir ajuda da equipe (anestesistas, banco de sangue etc.), monitorar sinais vitais, obter dois acessos calibrosos (nº 16 ou menor), sinalizar paciente como alto risco, coleta de exames (Hb/Ht/plaquetas, coagulograma mais fibrinogênio, tipagem sanguínea, tubo seco – prova de coagulação). Sendo importante nesse momento a identificação da causa do sangramento pelos “4Ts” – Tônus, Tecido, Trauma, Trombina. O tratamento inicial, segue pela sigla TROM, o qual faz referência: (T) transamin, (R) reposição volêmica, (O) ocitocina, e (M) massagem uterina. Detalhado no **Quadro 2**.

## Quadro 2. Detalhamento do Bundle de Síndrome Hemorrágica.

<b>Bundle de SHEM</b>	
<b>Quantificar sangramento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantificação visual (quarto período ou enfermaria);</li> <li>- Calcular Índice de choque: FC/PAS;</li> <li>- Onde se pesa compressa interpretar 1g como 1 ml.</li> </ul>
<b>Administrar uterotônicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1º passo: aumentar ocitocina IV:</b></li> <li>* 500 ml/hora 10-40 unidades em solução de 500 ml.</li> <li>- <b>2º passo: administrar methergin</b></li> <li>* 0,2 mg IM (se não houver hipertensão)</li> <li>- <b>3º passo: Misoprostol</b></li> <li>* 800 mg retal (1 tempo de latência – 20 minutos – decidir rápido)</li> <li>- <b>Simultaneamente: Transamin 1g/EV</b> (nas primeiras 3 horas)</li> <li>* Repetir se persistência do sangramento em 30 minutos após a primeira dose (ou reinício do sangramento em até 24 horas da 1ª dose)</li> <li>- <b>Massagem uterina vigorosa</b> com toque para esvaziamento de coágulos e manobra de Hamilton se houver atonia.</li> </ul>
<b>Reposição volêmica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>2 acessos venosos periférico:</b></li> <li>*Um dos acessos para ringer lactato;</li> <li>*E outro acesso para Hemotransfusão.</li> <li>- <b>Reposição volêmica:</b></li> <li>*Ringer lactato – até 1.500ml na 1ª. Hora;</li> <li>*Meta PA sistólica &gt; 90 mmHg.</li> <li>- <b>Coletar Hb/ Ht, fibrinogênio e tipagem sanguínea</b> com reserva de 2 unidades de concentrado de hemácias</li> <li>- <b>Se IC &gt; que 1,3 = Hemotransfusão</b> (considerar 2 unidades de concentrado de hemácias a partir de IC &gt; 1)</li> </ul>

(Fonte: Adaptado pelo autor, 2022)

Se não resolvido, com trinta minutos, é aberto o Bundle de segunda linha. Seguido do cálculo do índice de choque, continuidade da medição do sangramento, controle dos sinais vitais, e encaminhamento para a sala cirúrgica. Caso, sangramento persistente, sem melhora com bundle de primeira e segunda linha, é necessário seguir para o de terceira linha, com a reposição dos fatores de coagulação, procedimentos (embolização, balão uterino), cirurgias (suturas compressivas, ligaduras vasculares, histerectomia).

### **Bundle de SHEG**

A hipertensão na gravidez está em primeiro lugar, no ranking de mortalidade materna no Brasil. O atraso na tomada de decisão, em pacientes com doença hipertensiva na gravidez favorece a evolução para formas mais graves da doença como pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP.

O sulfato de magnésio é a principal medicação para prevenção e/ou tratamento da eclâmpsia. Quando internadas, as pacientes, devem recebê-lo de forma imediata. Pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e

puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes.

Portanto, durante os atendimentos na maternidade, ao evidenciar alteração do MEOWS, na triagem. Com a pergunta “posso excluir hipertensão?”, e resposta “não”. Era realizado a abertura do bundle de SHEG. O pacote de intervenção de primeira hora, segue quadro abaixo:

### Quadro 3. Detalhamento do Bundle de Síndrome Hipertensiva na Gravidez.

Bundle de SHEG	
<b>Reduzir Pressão Arterial Diastólica (PAD)</b>	- <b>Administrar Hidralazina:</b> Diluir 1 ampola de hidralazina em 19 ml de água destilada (AD); Aspirar primeiramente a AD; Infundir 5 ml IV Aferir pressão arterial a cada 20 minutos e repetir a dose se PAD > 110 mmhg; Até 3 doses endovenosas, se crise hipertensiva persistir, iniciar nitroprussiato.
<b>Iniciar proteção cerebral e vascular</b>	- <b>Administrar MgSO<sub>4</sub>:</b> 4 g IV em 20 minutos; Esquema Zuspan ou Pritchard;
<b>Identificar disfunção orgânica</b>	- <b>Coletar rotina de SHEG:</b> Acesso venoso com Jelco 18; Coletar: hemograma, coagulograma, urina tipo I (EAS), proteinúria de 24h, desidrogenase lática, ácido úrico, transaminases, creatinina, uréia; Manter acesso com ringer lactato.
<b>Parto após estabilização</b>	- <b>Resolução do parto após no mínimo 4 horas de estabilização materna</b> 4 horas de administração de MgSO <sub>4</sub> e estabilização da pressão arterial.
<b>Manter MgSO<sub>4</sub></b>	- Manter MgSO <sub>4</sub> por 24 horas após parto Esquema de Zuspan ou Pritchard
<b>Realizar controles</b>	- <b>Suspender MgSO<sub>4</sub> se:</b> Arreflexia patelar; Frequência respiratória < 14 irpm; Diurese < 30 ml/hora. - <b>Administrar Gluconato de cálcio 10% 10 ml EV se FR &lt; 14 irpm.</b>

(Fonte: Adaptado pelo autor, 2022)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante disso, conclui-se que a utilização do MEOWS e o acionamento do pacote de intervenções (bundles), no A&CRO, é uma forma de proporcionar um desfecho positivo diante a deterioração clínica apresentada pela paciente. Acolhendo a gestante/puérpera de forma integral, fazendo com que elas se sintam mais tranquilas diante do processo o qual estão inseridas, pois a prioriza as necessidades de cada paciente.

Além disso, o estudo mostra que uma intervenção em tempo hábil garante a mulher um atendimento seguro e imediato diante do risco evidenciado, contribuindo na melhora da qualidade da assistência de multiprofissional nas unidades materno-infantil. A implementação do MEOWS pode oferecer uma rica oportunidade para os enfermeiros desenvolverem

programas de pesquisa, padronizarem os cuidados e coordenarem as respostas às condições de deterioração.

## REFERÊNCIAS

BENTO, Silvana Ferreira. Percepção dos profissionais de saúde sobre a implementação de um sistema de alerta precoce em obstetrícia. Unicamp. **XXVIII Congresso Virtual de Iniciação Científica**. Julho, 2020. Disponível em: <<https://www.prp.unicamp.br/inscricaocongresso/resumos/2020P17426A35220O5254.pdf>>. Acesso em 28 de jul. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Rede Cegonha. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/ptbr/acessoainformacao/acoeseprogramas/rede-cegonha>>. Acesso em 28 de jul. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CLARE A. cook BSc, RN, RM. Implementação do escore de alerta obstétrico precoce modificado (MEOWS) para detectar sinais precoces de deterioração clínica e diminuir a mortalidade materna. **Rev Enf Obst Gin Neo**, v. 43. junho de 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0884217515316476>>. Acesso em 28 de jul. 2022.

FIOCRUZ. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Prevenção da eclampsia: o uso do sulfato de magnésio. 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencaoMulher/prevencao-da-eclampsia-o-uso-do-sulfato-de-magnesio/>>. Acesso em 28 de jul. 2022.

FIOCRUZ. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Principais questões sobre Sepsis em pacientes obstétricas. 2019. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencaoMulher/principais-questoes-sobre-sepsis-em-pacientes-obstetricas>>. Acesso em 28 de jul. 2022.

FIOCRUZ. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Sepsis Materna: sinais precoces de infecção. 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencaoMulher/principais-questoes-sobre-sepsis-em-pacientes-obstetricas>>. Acesso em 28 de jul. 2022.

FIOCRUZ. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Escala de MEOWS: por que e como implantar. 2021. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/escala-de-meows-por-que-e-como-implantar/>>. Acesso em 28 de jul. 2022

MARAN, E. et al. Efeitos da utilização do bundle na prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica: revisão integrativa. **Rev Cuid**. 12 (1). 2021. Disponível em:<<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1110/2096>>. Acesso em 28 jul. 2022.

SILVA, M. et al. Bundle para atendimento de recém-nascidos filhos de mães com suspeita ou diagnóstico confirmado de Covid-19. **Rev Gaucha Enferm**, 2021. Disponível em:<<https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/110891>>. Acesso em 28 de jul. 2022.

SHULER, L. et al. Aplicação do modified Early Obstetric Warning System (MEOWS) em mulheres após gestações: um estudo descritivo. **Rev Bras Saude Mater. Infant**. 19 (3). Julho, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/7XHkfg76thGqhKG6LKwdHTz/?lang=pt>>. Acesso em 28 jul. 2022.