Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

OPEN ACCESS

doi.org/10.51891/rease.v12i11.31643

# ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA EQUIPE RESIDENTE NA TOMADA DE DECISÃO PROFILÁTICA

## RISK STRATIFICATION FOR VENOUS THROMBOEMBOLISM (VTE) IN THE PREGNANCY-PUERPERAL CYCLE: EXPERIENCE REPORT OF THE RESIDENT TEAM IN PROPHYLACTIC DECISION-MAKING

## ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EN EL CICLO EMBARAZO-PUERPERIO: REPORTE DE EXPERIENCIA DEL EQUIPO DE RESIDENTES EN LA TOMA DE DECISIÓN PROFILÁCTICA

**Lyna Mariana Alves da Costa**[1]
**Danielle Brandão Nascimento**[2]

RESUMO: Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV) permanece como uma das principais causas de morbimortalidade materna. A hesitação na indicação da tromboprofilaxia no puerpério decorre frequentemente da inércia médica e do receio de complicações hemorrágicas pós-parto. Objetivo: Analisar criticamente a experiência da equipe de residentes na aplicação de escores de risco de TEV no ciclo gravídico-puerperal e sintetizar as evidências científicas sobre sua eficácia e segurança hemostática. Metodologia: Estudo de abordagem híbrida, unindo relato de experiência qualitativo em uma maternidade em Goiás a uma revisão sistemática da literatura (diretrizes PRISMA, GRADE e escala NOS) que incluiu 8 estudos primários (N = 17.580). Resultados: O relato de experiência evidenciou a transição de condutas empíricas e heterogêneas para a tomada de decisão protocolada à beira do leito. A revisão sistemática chancelou essa prática ao demonstrar que a implementação de escores reduz significativamente os eventos de TEV (de 0,33% para 0,10%; p = 0,041), reduz o subtratamento puerperal (de 45,5% para 8,7%; p = 0,001) e mantém excelente perfil de segurança, sem aumento estatístico nas taxas de sangramento agudo pós-operatório (0,74% vs. 0,39%; p = NS). Os estudos observacionais apresentaram alta qualidade metodológica (NOS 8–9/9), enquanto a certeza do GRADE para estudos intervencionais foi graduada como muito baixa devido à imprecisão estatística pela raridade dos eventos absolutos. Conclusão: A estratificação de risco por escores estruturados elimina a inércia médica, racionaliza a indicação de anticoagulantes e previne complicações vasculares sem elevar o risco hemorrágico, promovendo uma assistência obstétrica segura e fundamentada.

**Palavras-chave:** Tromboembolia Venosa. Período Pós-Parto. Medição de Risco.

ABSTRACT: Background: Venous thromboembolism (VTE) remains a leading cause of maternal morbidity and mortality. Hesitation in prescribing postpartum thromboprophylaxis often stems from medical inertia and fear of postpartum hemorrhage. Objective: To critically analyze the clinical experience of resident physicians implementing VTE risk stratification scores during the pregnancy-puerperal cycle and synthesize scientific evidence on their efficacy and hemostatic safety. Methods: A hybrid study combining a qualitative experience report from an obstetric maternity hospital in Goiás, Brazil, with a systematic literature review (following PRISMA, GRADE, and NOS guidelines) that included 8 primary studies (N = 17,580). Results: The experience report demonstrated a transition from



[1] Médica pela Universidade de Rio Verde (UniRV), Campus Aparecida de Goiânia. Residência em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Evangélica de Anápolis (UniEVANGÉLICA).
[2] Orientadora. Médica pela Universidade Federal do Acre. Ginecologista e obstetra pela Fundação Hospital Estadual do Acre.

empirical, heterogeneous decision-making to a standardized bedside protocol. The systematic review validated this clinical practice by showing that structured risk scores significantly reduce VTE incidence (from 0.33% to 0.10%; p = 0.041), decrease postpartum undertreatment (from 45.5% to 8.7%; p = 0.001), and maintain an excellent safety profile with no statistically significant increase in acute postoperative bleeding rates (0.74% vs. 0.39%; p = NS). Observational cohort studies exhibited high methodological quality (NOS scores 8–9/9), whereas GRADE certainty for interventional studies was rated as very low due to statistical imprecision caused by the rarity of absolute events. Conclusion: Systematic risk stratification using structured scores eliminates medical inertia, rationalizes anticoagulant prophylaxis, and prevents vascular complications without increasing bleeding risks, fostering safe and evidence-based obstetric care.

**Keywords:** Venous Thromboembolism. Postpartum Period. Risk Assessment.

RESUMEN: Introducción: El tromboembolismo venoso (TEV) sigue siendo una de las principales causas de morbimortalidad materna. La vacilación en la indicación de tromboprofilaxis en el puerperio proviene frecuentemente de la inercia médica y del temor a complicaciones hemorrágicas posparto. Objetivo: Analizar críticamente la experiencia del equipo de residentes en la aplicación de escalas de riesgo de TEV en el ciclo embarazo-puerperio y sintetizar la evidencia científica sobre su eficacia y seguridad hemostática. Metodología: Estudio híbrido que combina un reporte de experiencia cualitativo en una maternidad de Goiás con una revisión sistemática de la literatura (directrices PRISMA, GRADE y escala NOS) que incluyó 8 estudios primarios (N = 17.580). Resultados: El reporte de experiencia evidenció la transición de conductas empíricas a la toma de decisiones protocolizada al lado de la cama. La revisión sistemática respaldó esta práctica al demostrar que los escores reducen significativamente los eventos de TEV (del 0,33% al 0,10%; p = 0,041), reducen el subtratamiento puerperal (del 45,5% al 8,7%; p = 0,001) y mantienen un excelente perfil de seguridad, sin aumento estadístico en las tasas de sangrado agudo posoperatorio (0,74% vs. 0,39%; p = NS). Conclusión: La estratificación del riesgo elimina la inercia médica, racionaliza el uso de anticoagulantes y previene complicaciones vasculares sin aumentar el riesgo hemorrágico.



**Palabras clave:** Tromboembolismo Venoso. Periodo Posparto. Evaluación del Riesgo.

## 1 INTRODUÇÃO

O tromboembolismo venoso (TEV), que engloba a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP), consolida-se historicamente como uma das principais causas de morbimortalidade materna direta em âmbito global (OLIVEIRA PG, et al., 2020). Durante o ciclo gravídico-puerperal, a adaptação fisiológica do organismo materno induz um estado de hipercoagulabilidade marcado pela elevação de fatores pró-coagulantes e redução da atividade fibrinolítica. Esse mecanismo, associado à estase venosa pélvica pelo útero gravídico e ao traumatismo vascular no parto, mimetiza a clássica Tríade de Virchow e eleva o risco tromboembólico em até cinco vezes em relação a mulheres não grávidas, atingindo o pico nas primeiras semanas do puerpério (FEBRASGO, 2017; RCOG, 2015).

A complexidade do manejo puerperal contemporâneo é amplificada pela transição epidemiológica e nutricional das pacientes obstétricas. Na linha de frente do alojamento conjunto e da emergência obstétrica, a equipe médica depara-se com a sobreposição de múltiplos

fatores de risco. A crescente prevalência de obesidade materna, o adiamento da maternidade (idade materna avançada), a elevação contínua das taxas de cesarianas — frequentemente realizadas em caráter de emergência — e a alta incidência de síndromes hipertensivas transformam o puerpério imediato em um cenário de alta vulnerabilidade vascular (ACOG, 2018; MINERVA MEDICA, 2025). Nesses cenários, a identificação precoce das pacientes que necessitam de tromboprofilaxia farmacológica torna-se um desafio imperativo.

Apesar da existência de diretrizes sólidas e escores de estratificação de risco amplamente validados pela literatura internacional, como os propostos pelo Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), a transposição dessas evidências para a prática diária enfrenta barreiras substanciais. Observa-se uma subutilização crônica da profilaxia para TEV nas maternidades brasileiras, resultante da sobrecarga de atendimentos, da ausência de sistematização institucional e do receio intrínseco de complicações hemorrágicas pós-parto (SILVA MA, et al., 2023). A decisão de prescrever heparina de baixo peso molecular (HBPM), como a enoxaparina, exige uma ponderação rigorosa entre o risco trombótico e o risco hemorrágico, tarefa complexa em plantões de alto volume (BATES SM, et al., 2012).

Para o médico residente em Ginecologia e Obstetrícia, a inserção de ferramentas de estratificação de risco na rotina do alojamento conjunto exige a rápida transição do conhecimento teórico estático para a tomada de decisão dinâmica. A aplicação de um escore clínico estruturado obriga o profissional em formação a abandonar o empirismo, promovendo um raciocínio clínico objetivo que protege a paciente tanto da omissão terapêutica quanto do supertratamento inadvertido. Diante dessa realidade, o presente estudo tem como objetivo analisar criticamente a experiência da equipe de médicos residentes na aplicação de escores de estratificação de risco para TEV no puerpério imediato, fundamentando-se em uma revisão sistemática da literatura para avaliar a eficácia dessas ferramentas, a segurança da tromboprofilaxia e o impacto da sistematização na tomada de decisão médica.



## 2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem descritiva e qualitativa do tipo relato de experiência apoiado em uma revisão sistemática da literatura formulada segundo as diretrizes do protocolo PRISMA (PAGE MJ, et al., 2021) e avaliada pelas ferramentas Newcastle-Ottawa Scale (NOS) e GRADE (GUYATT GH, et al., 2008; WELLS GA, et al., 2014).

### 2.1 Metodologia do relato de experiência

O objeto do relato é a vivência da equipe de residentes de Ginecologia e Obstetrícia no pronto-socorro e no alojamento conjunto de uma maternidade de referência regional localizada no município de Anápolis, Goiás. A experiência descreve o processo de transição de uma conduta empírica e heterogênea de plantão para a implementação compulsória de uma ficha física de estratificação quantitativa de risco (baseada nos critérios do RCOG Green-top Guideline No. 37a), anexada ao prontuário de cada puérpera na admissão e alta hospitalar. A narrativa fundamentou-se em análise retrospectiva e documental das rotinas assistenciais, preservando o anonimato absoluto das pacientes e profissionais conforme a Resolução CNS nº 466/2012.

### 2.2 Uso de inteligência artificial

Empregou-se plataforma de inteligência artificial de forma estritamente suplementar, servindo como ferramenta auxiliar para a organização de fontes bibliográficas, estruturação de tabelas e revisão ortográfica do texto, permanecendo todas as decisões intelectuais e clínicas sob responsabilidade dos autores.



### 2.3 Metodologia da revisão sistemática

A pergunta norteadora foi estruturada pelo acrônimo PEO: P (População: mulheres no ciclo gravídico-puerperal); E (Exposição: aplicação de escores de risco de TEV e tromboprofilaxia); O (Desfecho: incidência de TEV, adequação profilática e segurança hemostática). As buscas foram conduzidas nas bases PubMed/MEDLINE, Web of Science e BVS utilizando descritores combinados com operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos originais, estudos de coorte e ensaios clínicos nos idiomas português, inglês e espanhol. O processo de triagem cega foi operacionalizado pelo aplicativo Rayyan (OUZZANI M, et al., 2016), resultando na recuperação inicial de 49 registros. Após remoção de duplicatas (n = 3) e triagem por títulos e resumos (n = 46), 14 artigos foram lidos na íntegra. Destes, 6 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, culminando na seleção final de 8 estudos primários (N = 17.580 mulheres).

# 3 RESULTADOS

## 3.1 Relato de experiência: da hesitação empírica à decisão protocolada à beira do leito

A caracterização da realidade assistencial e a construção do raciocínio clínico que fundamentam este estudo tiveram como ponto de partida a vivência prática da equipe de residentes de Ginecologia e Obstetrícia no alojamento conjunto e na emergência obstétrica de uma maternidade de médio porte em Anápolis, Goiás. Essa experiência funcionou como o elemento disparador para questionamentos acerca da suficiência da avaliação clínica empírica na prevenção do tromboembolismo venoso (TEV), motivando a realização subsequente de uma revisão sistemática de literatura para fundamentar e validar cientificamente as alterações de rotina propostas para o serviço.

No cotidiano da maternidade, a necessidade de padronização emergia no momento da passagem de plantão e da confecção dos prontuários. Era frequente a admissão de puérperas com sobreposição de fatores de risco, como obesidade, síndromes hipertensivas e cesarianas de emergência, cujas condutas profiláticas divergiam a depender do preceptor ou plantonista de turno. Na ausência de um documento de checagem padronizado, a decisão de prescrever ou omitir a heparina de baixo peso molecular (HBPM) baseava-se em discussões informais à beira do leito, oscilando entre o uso empírico e a inércia profilática. Essa heterogeneidade gerava incerteza na equipe em formação, que não dispunha de um parâmetro objetivo e auditável para sustentar a indicação farmacológica durante as rodadas de avaliação clínica.



Essa hesitação era agravada pelo dilema do balanço hemostático no pós-parto imediato. Nas discussões de caso com os preceptores, o receio de complicações hemorrágicas na ferida cirúrgica ou no leito de inserção placentária frequentemente paralisava a conduta preventiva. A complicação imediata e visível (a hemorragia) sobrepunha-se, no julgamento empírico da equipe, ao risco do evento adverso tardio e silencioso (o TEV). Sem uma ferramenta que mensurasse quantitativamente o risco individual da paciente frente à margem de segurança da medicação, a profilaxia acabava sendo protelada ou negligenciada por razões defensivas.

A padronização do protocolo ocorreu com a reorganização da rotina assistencial. A equipe de residentes passou a implementar a aplicação da ficha física de estratificação quantitativa de risco (baseada nos critérios do RCOG), anexando-a obrigatoriamente à prancha de prontuário de cada puérpera na admissão e na alta do alojamento conjunto. Com o preenchimento compulsório desse checklist à beira do leito, a dinâmica das discussões no

plantão alterou-se: em vez de defenderem impressões subjetivas, os residentes passaram a apresentar aos preceptores a pontuação exata da paciente, correlacionando o score numérico às diretrizes vigentes e ao intervalo de segurança da anestesia neuraxial para a introdução da enoxaparina.

A partir dessa intervenção prática, a revisão sistemática da literatura assumiu papel complementar para demonstrar a segurança do método. O alinhamento entre a prática observada e as evidências da literatura confirmou que o preenchimento sistemático de escores no prontuário não constituía uma etapa burocrática, mas a estratégia mais eficaz para erradicar o subtratamento e subsidiar a tomada de decisão médica em um serviço de alta demanda assistencial. Em suma, o relato desta vivência documenta a transição de uma conduta empírica para uma prática baseada em evidências, superando a divergência entre a teoria e a prática diária no âmbito do Sistema Único de Saúde.

### 3.2 Caracterização das coortes e achados da revisão sistemática

Os 8 estudos selecionados agregaram dados de 17.580 gestantes e puérperas acompanhadas em centros da França, Itália, Estados Unidos, Hong Kong e Vietnã (CHULEUR C, et al., 2008; DARGAUD Y, et al., 2009; TESTA S, et al., 2015; DARGAUD Y, et al., 2017; CHAU C, et al., 2018; TRAN JP, et al., 2019; KONG CW e TO WWK, 2026; BUI CHI THUONG, et al., 2026). A prevalência de fatores de risco foi elevada: idade > 35 anos em até 41,4% das pacientes com TEV e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) presente em mais de 50% dos casos em coortes ocidentais.



A síntese dos desfechos primários demonstrou que a implementação de escores reduz drasticamente os eventos vasculares: em coorte de 4.803 cesarianas, o TEV desabou de 0,33% para 0,10% (p = 0,041) (KONG CW e TO WWK, 2026). A aplicação iterativa do Escore de Lyon elevou a adequação da profilaxia no puerpério de 47,3% para 83,0% (p < 0,001) e reduziu o subtratamento em cesarianas de emergência de 86,4% para 6,3% (CHAU C, et al., 2018). Quanto à segurança hemostática, a taxa de sangramento agudo pós-operatório no grupo com HBPM (0,74%) não apresentou diferença estatística em relação ao controle sem medicação (0,39%; p = NS), com zero casos de hemorragia grave ou plaquetopenia induzida por heparina (DARGAUD Y, et al., 2017).

Tabela 1 – Caracterização dos estudos selecionados sobre escores de risco de TEV e profilaxia no puerpério

| Autor e Ano | Desenho / N | Escala e Resultados Principais | Segurança / Viés |
|---|---|---|---|
| Chauleur et al. (2008) França | Coorte Prospectiva N = 2.736 | Escore de Saint-Etienne. TEV de 15,2% nas pacientes de risco sem profilaxia vs. 0,4% nas tratadas (p < 0,001). | Alta tolerabilidade; zero hemorragias graves. NOS: 8/9 stars |
| Chau et al. (2018) França | Coorte Retrospectiva Antes-Depois N = 1.069 | Escore de Lyon. Reduziu subtratamento no puerpério de 45,5% para 8,7% (p = 0,001) e em cesáreas de 86,4% para 6,3%. | Evitou supertratamento em baixo risco. NOS: 9/9 stars |
| Kong & To (2026) Hong Kong | Coorte Histórica de 7,5 anos N = 8.112 | Escore RCOG Adaptado. Reduziu TEV em cesarianas de 0,33% para 0,10% (p = 0,041). Restringiu HBPM a 3,18%. | Sem diferença em sangramentos (0,74% vs 0,39%; p=NS). NOS: 9/9 stars |
| Bui Chi Thuong et al. (2026) Vietnã | Coorte Prospectiva N = 386 pós-cesárea | Diretriz Nacional vs. Caprini. Diretriz local poupou 35,7% de baixo risco contra supertratamento do Caprini (45,3%). | Zero sangramentos graves e zero HIT. NOS: 9/9 stars |

**Fonte:** Próprio autor, 2026.

A avaliação metodológica pela escala NOS registrou alta qualidade em 6 estudos observacionais (escores 8–9/9). Pelo sistema GRADE, os estudos de intervenção foram rebaixados para certeza muito baixa devido à imprecisão estatística decorrente da raridade dos eventos absolutos de TEV.

## 4 DISCUSSÃO



### 4.1 A prática obstétrica e a transição do julgamento empírico para a estratificação de risco

No cotidiano assistencial da maternidade em Anápolis-GO, a sobreposição de fatores de risco vasculares e obstétricos nas puérperas impõe constante desafio. A oscilação de condutas observada antes da padronização refletia uma realidade comum nas maternidades brasileiras, onde a ausência de checklists padronizados resulta em subtratamento puerperal alarmante de até 86,4% nas cesarianas de emergência (CHAU C, et al., 2018; SILVA MA, et al., 2023).

A necessidade de abandonar o julgamento subjetivo fundamenta-se nas profundas alterações hemodinâmicas do pós-parto, que exacerbam os três pilares da Tríade de Virchow: estase venosa pélvica, hipercoagulabilidade fisiológica por elevação de fatores pró-coagulantes e lesão endotelial no leito placentário e incisão cirúrgica (BATES SM, et al., 2012). Diante desse cenário pró-trombótico, diretrizes como o RCOG Green-top Guideline No. 37a e as recomendações da FEBRASGO estabelecem a obrigatoriedade do registro formal de risco em prontuário para todas as puérperas (FEBRASGO, 2021; RCOG, 2015).

### 4.2 Eficácia clínica dos escores estruturados e eliminação da inércia profilática

A implementação do checklist físico à beira do leito transformou a dinâmica do plantão. A clareza dos parâmetros numéricos eliminou a hesitação na prescrição, permitindo aos residentes sustentar a indicação de HBPM com respaldo técnico. Essa eficácia é amplamente respaldada na literatura: a adoção de escores locais reduziu o TEV em cesarianas de 0,33% para 0,10% (p = 0,041) e zerou eventos em coortes controladas (KONG CW e TO WWK, 2026; TESTA S, et al., 2015).

Além disso, escores desenhados especificamente para a obstetrícia evitam o supertratamento gerado por escalas cirúrgicas gerais (como Caprini), que indicariam anticoagulante inadvertidamente para até 94% das puérperas. Ferramentas obstétricas calibradas restringem a HBPM a 3,18% a 29,0% das pacientes, poupando a maioria de baixo risco de intervenções desnecessárias (BUI CHI THUONG, et al., 2026; TRAN JP, et al., 2019). Sob a ótica da ergonomia cognitiva, o uso de checklists reduz a carga mental da equipe em plantões de alta rotatividade, funcionando como barreira protetora contra falhas por omissão (PIGNATIELLO GA, et al., 2020).

### 4.3 O desafio do balanço hemostático: segurança da HBPM e superação da fobia de sangramento



A fobia de sangramento pós-parto (bleeding phobia) figurava como o principal entrave à prescrição de enoxaparina. A apreensão de desencadear atonia uterina ou hematomas na ferida cirúrgica levava ao adiamento infundado da profilaxia. Os dados da revisão desmistificam essa aversão: coortes de longo prazo comprovaram ausência de hemorragia grave ou plaquetopenia induzida por heparina, com taxas de sangramento pós-operatório estatisticamente idênticas entre o grupo tratado e o controle (0,74% vs. 0,39%; p = NS) (DARGAUD Y, et al., 2017; KONG CW e TO WWK, 2026).

Para garantir essa segurança, é indispensável respeitar o intervalo mínimo de 6 a 12 horas entre a aplicação da anestesia neuraxial (ou retirada do cateter) e a administração da primeira dose de HBPM, conforme preconizado pela American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine e Sociedade Brasileira de Anestesiologia (LEFFERT L, et al., 2018; SBA, 2020). A superação da medicina defensiva exige a compreensão de que a tromboprofilaxia bem indicada não aumenta o risco hemorrágico, mas previne a principal causa de mortalidade materna evitável.

### 4.4 Implicações para a prática e limitações do estudo

Recomenda-se a institucionalização da ficha de estratificação de risco de TEV como documento compulsório anexo ao prontuário hospitalar e item de checagem obrigatório para a liberação da alta puerperal em maternidades do SUS. A principal fortaleza do trabalho reside no seu delineamento híbrido, que articulou a vivência assistencial regional à evidência internacional de mais de 17.500 pacientes. Como limitações, apontam-se o caráter monocêntrico e qualitativo do relato, a rotatividade da equipe e a rebaixada certeza GRADE nos ensaios intervencionais devido à raridade dos eventos absolutos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração entre o relato de experiência na residência médica em Anápolis-GO e a revisão sistemática da literatura demonstra que a estratificação de risco para tromboembolismo venoso no puerpério é uma intervenção viável, eficaz e indispensável no Sistema Único de Saúde. A transição da conduta empírica de plantão para a aplicação de escores estruturados elimina a inércia assistencial, reduz drasticamente o subtratamento em puérperas de alto risco e previne o supertratamento desnecessário.



Ficou comprovado que a administração de HBPM guiada por escores apresenta um perfil de elevada segurança hemostática, desmistificando o receio de complicações hemorrágicas agudas no pós-parto imediato desde que respeitados os intervalos da anestesia neuraxial. A padronização da checagem de risco em prontuário consolida-se como um pacote de segurança (safety bundle) essencial, qualificando a formação médica pós-graduada e promovendo a proteção vascular e a dignidade humana no ciclo gravídico-puerperal.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (ACOG). ACOG Practice Bulletin No. 196: Thromboembolism in Pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 2018; 132(1): e1-e17.

BATES SM, et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest, 2012; 141(2): e691S-e736S.

BUI CHI THUONG, TA VIET HUNG, PHAM DINH NGUYEN. Risk stratification and safety profile of pharmacological prophylaxis for venous thromboembolism in postpartum

women following cesarean section: a comparative evaluation. Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis, 2026; 32: 1-12.

CHAU C, et al. Use of a personalized iterative score to evaluate risk of venous thromboembolism during pregnancy and puerperium. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2018; 143(3): 387-396.

CHAULEUR C, et al. Feasibility of an easy-to-use risk score in the prevention of venous thromboembolism and placental vascular complications in pregnant women: a prospective cohort of 2736 women. Thrombosis Research, 2008; 122(4): 478-484.

DARGAUD Y, et al. A risk score for the management of pregnant women with increased risk of venous thromboembolism: a multicentre prospective study. British Journal of Haematology, 2009; 145(6): 825-835.

DARGAUD Y, et al. Personalized thromboprophylaxis using a risk score for the management of pregnancies with high risk of thrombosis: a prospective clinical study. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2017; 15(5): 897-906.

D'ALTON ME, et al. National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Venous Thromboembolism. Obstetrics and Gynecology, 2016; 128(4): 688-698.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Orientação: Tromboembolismo Venoso na Gestação e Puerpério. São Paulo: FEBRASGO, 2017.



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Tromboembolismo venoso na gestação e puerpério: prevenção e tratamento. São Paulo: FEBRASGO, 2021. (Orientação Profissional FEBRASGO, n. 8).

GUYATT GH, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ, 2008; 336(7650): 924-926.

KONG CW, TO WWK. Evaluation of the clinical performance of a risk scoring model for venous thromboembolism prophylaxis in cesarean section for a largely Chinese population. Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis, 2026; 10(3): 103390.

LEFFERT L, et al. Anesthesia Consensus Statement on Pregnancy and Neuraxial Anticoagulation. Anesthesia & Analgesia, 2018; 126(3): 928-944.

MINERVA MEDICA. Venous thromboembolism (VTE) during pregnancy and postpartum: an updated review. Minerva Medica, 2025; 116(1): 62-74.

OLIVEIRA PG, et al. Tromboembolismo venoso na mulher: novos desafios para uma velha doença. Jornal Vascular Brasileiro, 2020; 19: e20190148.

OUZZANI M, et al. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews, 2016; 5(1): 210.

PAGE MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 2021; 372(71): n71.

PIGNATIELLO GA, MARTIN RJ, HICKMAN JR RL. Decision fatigue: A conceptual analysis. Journal of Health Psychology, 2020; 25(1): 123-135.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37a. London: RCOG, 2015.

SILVA MA, et al. Desafios e subutilização da profilaxia para tromboembolismo venoso no puerpério em maternidades brasileiras de alto risco. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2023; 23(4): 745-752.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA (SBA). Diretrizes de anestesia regional e anticoagulação. Revista Brasileira de Anestesiologia, 2020; 70(4): 380-401.

TESTA S, et al. The "Pregnancy Health-care Program" for the prevention of venous thromboembolism in pregnancy. Internal and Emergency Medicine, 2015; 10(2): 129-134.

TRAN JP, et al. Performance of risk assessment models for peripartum thromboprophylaxis. Reproductive Sciences, 2019; 26(9): 1243-1248.

WELLS GA, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute, 2014.