

ABCDEFGH na eclâmpsia: uma gramática comum para salvar vidas

A eclâmpsia permanece como uma das emergências mais temidas da obstetrícia. Embora o uso do sulfato de magnésio (MgSO_4) para tratar crises eclâmpicas seja descrito desde o início do século XX,¹ foram as padronizações dos pesquisadores, Pritchard, 1950, e Zuspan, 1960, que sistematizaram esquemas terapêuticos reprodutíveis de ataque e manutenção.^{2,3}

A evidência clínica sólida foi definitivamente consolidada em 1995 com a publicação do *Eclampsia Trial*, demonstrando superioridade do MgSO_4 sobre diazepam e fenitoína na prevenção de recorrências e na redução de desfechos graves.⁴ Na sequência, três revisões sistemáticas publicadas na biblioteca Cochrane reforçaram a efetividade e a segurança do MgSO_4 em eclâmpsia, estabelecendo-o como padrão de cuidado.⁵⁻⁷

Apesar disso, falhas persistem: atrasos na administração, doses incorretas, ausência de monitorização e até não reconhecimento de indicações. Uma revisão recente de mortes maternas na África do Sul mostrou que, mesmo em mulheres com indicação óbvia, o MgSO_4 não foi administrado em parte dos casos e, em outros, foi usado de forma incorreta, com dose de ataque ou manutenção inadequadas. Essas falhas, somadas aos atrasos da assistência e à falta de vigilância, resultaram em mortes evitáveis e reforçam o abismo entre a evidência consolidada e a prática.⁸

É nesse cenário que se insere o mnemônico **ABCDEFGH**, proposto em 2011 por Amorim & Katz e amadurecido em cursos nacionais e internacionais. Inspirado na lógica do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS),⁹ ele organiza a avaliação primária de forma rápida e repetitiva, porém adaptada à fisiologia e à ética do binômio materno-fetal: primeiro estabilizar a mãe (A–E), só então avaliar feto e gestação (F–G). A força do acrônimo não está nas letras, mas no que elas tornam possível à beira-leito: reduzir ruído, ordenar prioridades, distribuir papéis e impedir que o essencial seja esquecido em contextos de estresse elevado.

O ABCDEFGH, passo a passo (Tabela 1):

Tabela 1

O mnemônico ABCDEFGH da eclâmpsia.		
Letra	Significado	Ações-chave
A	Ajuda/Airway	Acionar equipe; proteger via aérea; aspiração e posicionamento lateral
B	Breathing	Avaliar FR e SpO_2 ; oxigênio titulado ($\geq 95\%$); escalonamento se necessário
C	Circulation	Dois acessos venosos; hidratação conservadora; diurese $\geq 0,5 \text{ mL/kg/h}$
D	Disability/Dano	MgSO_4 IV (6 g ataque, 2 g/h manutenção); monitorar; redose se convulsão
E	Emergência hipertensiva/Exames	PAS ≥ 160 e/ou PAD $\geq 110 \text{ mmHg}$; nifedipina VO ou hidralazina IV; exames prioritários
F	Feto	Avaliar apenas após A–E; alterações geralmente transitórias; limiar de 10–15 min para suspeita de DPPNI
G	Gestação	Interrupção obrigatória, mas não imediata; parto vaginal preferível, sempre que possível.

FR= frequência respiratória; SpO_2 = saturação periférica de oxigênio; MgSO_4 = sulfato de magnésio; IV= intravenoso; PAS= pressão arterial sistólica; PAD= pressão arterial diastólica; DPPNI = descolamento prematuro de placenta normalmente inserida.

A — Ajuda/Airway (vias aéreas). Acionar a equipe multiprofissional, distribuir papéis e proteger a via aérea. Posicionar em decúbito lateral, aspirar secreções, usar cânula orofaríngea quando indicado e observar critérios para via aérea avançada.

B — Breathing (respiração). Monitorar frequência respiratória (FR) e saturação periférica de oxigênio (SpO_2) desde a admissão. Oferecer oxigênio titulado em máscara não reinalante com meta $\geq 95\%$ e escalar suporte ventilatório se necessário.

C — Circulation (circulação). Garantir dois acessos venosos calibrosos, hidratação cautelosa e vigilância da perfusão. Instalar sonda vesical e perseguir diurese $\geq 0,5 \text{ mL/kg/h}$, evitando sobrecarga hídrica.



D — Disability/Dano (neurológico). Núcleo do manejo: sulfato de magnésio intravenoso (IV), ataque e manutenção, monitorização de reflexos, respiração, diurese e antídoto à cabeceira. Redose se convulsão recorrente; escalonar para hidantoína e via aérea avançada se refratária.

E — Emergência hipertensiva/Exames. Tratar imediatamente pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 110 mmHg. Alvo: redução de 15–25% e manutenção entre PAS entre 130–150 e PAD entre 80–100 mmHg. No Brasil: nifedipina via oral (VO) de liberação imediata e hidralazina IV. Solicitar exames prioritários sem atrasar terapêutica.¹⁰

F — Feto. Avaliação fetal somente após estabilização materna. Alterações pós-convulsão são geralmente transitórias; duração de bradicardia fetal >10 – 15 min sugere descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI) e exige decisão obstétrica imediata.¹¹

G — Gestação. Interrupção é mandatória, mas não imediata ou intempestiva. Sempre que possível, aguardar pelo menos uma hora após a última crise e evitar retirar o feto no acme da acidose. Parto vaginal preferível quando viável;¹² cesariana para sofrimento fetal persistente, DPPNI, hemorragias graves ou inviabilidade de indução.

Cultura de segurança que sustenta o acrônimo

O ABCDEFG só funciona integrado à práticas de segurança: comunicação em alça fechada, com ordens explícitas e confirmação obrigatória; simulação *in situ*, para transformar protocolo em comportamento automático; e auditoria contínua, com indicadores como tempo porta-magnésio, porta-controle pressórico e taxa de cesarianas motivadas por traçados transitórios.

Publicação e compromisso

A RBSMI publica, neste volume, o artigo especial¹³ que detalha o mnemônico ABCDEFG, com fluxos, algoritmos e quadros operacionais. Este editorial apresenta sua arquitetura e seu sentido clínico. O desafio não é inventar algo novo, mas transformar evidências já estabelecidas em rotinas confiáveis e universais. O que propomos é simples e exigente: adotar uma linguagem comum para a eclâmpsia, capaz de reduzir variabilidade assistencial e encurtar tempos críticos. O ABCDEFG não é um fim, mas um começo — um convite à disciplina clínica, à comunicação clara e à implementação que salva.


Referências

1. Sibai BM. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2005; 105 (2): 402–10.
2. Pritchard JA. The use of the magnesium ion in the management of eclamptogenic toxemias. *Surg Gynecol Obstet.* 1955; 100 (2): 131–40.
3. Zuspan FP. Treatment of severe preeclampsia and eclampsia. *Clin Obstet Gynecol.* 1966; 9: 954–72.
4. The Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet.* 1995; 345 (8963): 1455–63.
5. Duley L, Henderson Smart DJ. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (12): CD000127.
6. Duley L, Henderson Smart DJ. Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (10): CD000128.
7. Duley L, Gülmezoglu AM, Chou D. Magnesium sulphate versus lytic cocktail for eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (9): CD002960.


8. Khan ZL, Balie GM, Chauke L. Hypertensive Disorders of Pregnancy Deaths: A Four Year Review at a Tertiary/Quaternary Academic Hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2025; 22 (7): 978.
9. American College of Surgeons (ACS). Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS®) Student Course Manual. 11th ed. Chicago (IL): ACS; 2025.
10. ACOG Committee Opinion No. 767. Emergent therapy for acute onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol*. 2019; 133 (2): e174–80.
11. Ambia AM, Wells CE, Yule CS, McIntire DD, Cunningham FG. Fetal heart rate tracings associated with eclamptic seizures. *Am J Obstet Gynecol*. 2022; 227 (4): 622.e1–622.e6.
12. Seal SL, Ghosh D, Kamilya G, Mukherji J, Hazra A, Garain P. Does route of delivery affect maternal and perinatal outcome in women with eclampsia? A randomized controlled pilot study. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 Jun; 206 (6): 484.e1–484.e7.
13. Amorim MMR, Albuquerque MA, Brito JC, Carneiro APMC, Katz L. O ABCDEFG da Eclâmpsia (Suporte Avançado de Vida na Eclâmpsia). *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2025. [artigo especial; *Epub ahead of print*].

À convite da Editora Chefe: Lygia Vanderlei


Melania Maria Ramos de Amorim ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1047-2514>

Alex Sandro Rolland Souza ^{2,3,4}

 <https://orcid.org/0000-0001-7039-2052>

Leila Katz ^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0001-9854-7917>

¹ Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde Integral. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-902. E-mail: profmelania.amorim@gmail.com

² Centro de Atenção à Mulher. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.

³ Escola de Saúde e Ciências da Vida. Universidade Católica de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

⁴ Área acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.