



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Mariana Rodrigues Ribeiro

OCORRÊNCIA DE EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS NO BRASIL: uma revisão
daliteratura

Palmas– TO

2020

Mariana Rodrigues Ribeiro

OCORRÊNCIA DE EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS NO BRASIL: uma revisão
da literatura

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof^ª. Me. Manuela Barreto Silva Bezerra

Palmas – TO
2020

Mariana Rodrigues Ribeiro
OCORRÊNCIA DE EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS NO BRASIL: uma revisão da
literatura

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof^a. Me. Manuela Barreto Silva Bezerra

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Me. Manuela Barreto Silva Bezerra

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof^a. Me. Simone Sampaio da Costa

Examinadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof^a. Dra. Tatyanni Peixoto Rodrigues

Examinadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2020

Dedico esse trabalho aos meus pais Cosme e Doralice, e a minha irmã Ana Maria, que sempre me apoiaram e fizeram de tudo que estivessem ao seu alcance, para que a realização desse sonho fosse possível, e diante de tantas dificuldades, não me deixaram desistir. Eu amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me guiado e me sustentado durante toda essa minha jornada acadêmica, pela força maravilhosa que me concedia a cada amanhecer, por ter me capacitado, me dado sabedoria e ter me permitido vencer meus medos, meus desânimos, choros e pensamentos de desistência, pela esperança de que tudo é possível ao crer, e nas horas mais difíceis da minha vida tinha a certeza viva que Ele é o meu Pastor, e nada me faltaria, nem faltará, por estar cumprindo o desejo do meu coração.

Aos meus pais Cosme e Doralice, e a minha irmã Ana Maria por acreditarem e viverem esse sonho junto comigo, por não medirem esforços para realizar meus sonhos, vocês são minha maior inspiração. Muitas foram as ausências, datas especiais, e eu estava longe, meu coração doía, mas eu tinha dentro do mim, que era por uma boa causa, o tão sonhado diploma, e que logo em breve esta jornada estaria concluída, e não é que agora estamos na reta final. Essa conquista é nossa.

Agradeço também a minha tia Judite, pelo apoio, amor, e por me acolher e cuidar de mim com todo carinho, não foram anos fáceis, mas estamos chegando ao fim. Ao meu tio Adão, que foi como meu segundo pai, por inúmeras vezes me ajudava, me apoiava, me buscava na rodoviária voltando de viagem, inclusive, até hoje, o senhor é parte importante dessa história.

Deixo aqui meus agradecimentos, aos meus avós Ernestina e Onezino (ambos *in memoriam*), que compartilharam comigo os melhores momentos da minha infância, sinto tanta saudade, mas assim como nós, Deus também gosta das pessoas boas, sei que estariam felizes com essa conquista. E a todos os meus familiares que contribuíram para que este sonho se tornasse realidade.

Agradeço também ao meu namorado Dinael, pela paciência, companheirismo e pelas inúmeras vezes na qual tive que me ausentar, por estar estudando e escrevendo esse projeto, que em momentos de tristezas, choros, noites em claros, sempre tinha uma palavra de conforto, de amor, para me incentivar a seguir em frente e jamais desistir.

E a todos os meus amigos que direta ou indiretamente, contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade, vocês são os melhores, e aos novos que conquistei no decorrer do curso serão como aquela velha frase que diz “da faculdade para a vida”.

Agradeço a minha orientadora maravilhosa, Prof^a. Me. Manuela Barreto, sua dedicação e ensinamento ao longo da vida acadêmica foram imprescindíveis para realização deste projeto, obrigada por todo conhecimento passado, pela paciência, confiança,

compressão e pelas palavras de conforto nos momentos de angústia, eu a admiro muito. Agradeço também a minha banca examinadora, na qual com todo conhecimento e sabedoria, foram fundamentais para o aprimoramento desse projeto.

Ao corpo docente do curso de Enfermagem do CEULP/ULBRA deixo meus agradecimentos, por terem compartilhado seus saberes, suas vivências e contribuído na minha formação acadêmica.

Deus abençoe cada um de vocês.

*“Ora, a fé e o firme fundamentodas
coisas que se esperam,e a prova das
coisas quenão se veem.”*

(Hebreus 11:1)

RESUMO

RIBEIRO, Mariana Rodrigues. **Ocorrência de emergências obstétricas no Brasil**: uma revisão da literatura.2020.31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)– Curso de Enfermagem, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2020.

Define-se como emergências obstétricas, o conjunto de situações que colocam em risco a vida da grávida e do feto, cuja resolução exige uma resposta quase imediata por toda a equipe de saúde. O objetivo do presente estudo foi avaliar a ocorrência de emergências obstétricas no Brasil, bem como, identificar o perfil das mulheres em situação de emergência obstétrica e discutir acerca das emergências obstétricas de maior ocorrência. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com base nas referências contidas nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), Bireme, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram encontradas 34 publicações que atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos, das quais, 18 foram selecionadas para compor a amostra. Dentre os principais resultados, verificou-se uma grande variedade de fatores que influenciam na ocorrência das emergências obstétricas em que o fator idade se tornou bastante misto, acometendo também gestantes adolescentes, que dentre as intercorrências, as síndromes hipertensivas na gravidez é a patologia que mais acomete as mulheres no período gestacional. Ao final desse trabalho, sugere-se que sejam desenvolvidos mais estudos sobre as emergências obstétricas, tendo em vista, que a mortalidade materna no Brasil tem aumentado consideravelmente, sendo um fator bastante alarmante, que necessita de um olhar, de uma atenção mais centrada para essa temática.

Palavras-chave: Emergências Obstétricas. Parto. Gestação

ABSTRACT

RIBEIRO, Mariana Rodrigues. **Occurrence of obstetric emergencies in Brazil**: a literature review. 2020. 31 f. Course Completion work (Graduation in Nursing) - Nursing Course, Lutheran University Center of Palmas, Palmas / TO, 2020.

Obstetric emergencies are defined as the set of situations that endanger the life of the pregnant woman and the fetus whose resolution requires an almost immediate response by the entire health team. The objective of the present study was to evaluate the occurrence of obstetric emergencies in Brazil, as well as to identify the profile of women in an obstetric emergency situation and to discuss the most frequent obstetric emergencies. This is a literature review study based on the references contained in the databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Nursing Database (BDENF), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), CAPES Portal (Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel), Bireme, Virtual Health Library (VHL). 34 publications were found that met the pre-established inclusion criteria, of which 18 were selected to compose the sample. Among the main results, there was a wide variety of factors that influence the occurrence of obstetric emergencies in which the age factor has become quite mixed, also affecting pregnant teenagers, which among the complications, hypertensive syndromes in pregnancy is the pathology that most affects women during pregnancy. At the end of this work, it is suggested that further studies on obstetric emergencies be developed, bearing in mind that maternal mortality in Brazil has increased considerably, being a very alarming factor, which needs a look, more focused attention to this theme.

Keywords: Obstetric Emergencies. I am leaving. Gestation

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Demonstrativo das publicações utilizadas para esta pesquisa. Brasil, 2020.....	19
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID	Coagulação intravascular disseminada
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DMG	Diabetes mellitus gestacional
DPP	Descolamento prematuro da placenta
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
hCG	Gonadotrofina coriônica humana
HG	Hipertensão Gestacional
HSPE	Hospital do Servidor Público Estadual
IMC	Índice de massa corporal
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PE	Pré-eclâmpsia
PEG	Pré-eclâmpsia grave
PI	Piauí
RCF	Restrição do crescimento fetal
RPMP	Ruptura prematura das membranas pré-termo
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SHG	Síndrome hipertensiva na gravidez
SciELO	Scientific Electronic Library Online
TPP	Trabalho de parto prematuro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	12
1.2 PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICATIVA	13
1.4 OBJETIVOS	14
1.4.1 Objetivo Geral	14
1.4.1 Objetivos Específicos	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 PERFIL DAS MULHERES	14
2.2 EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS	15
3 METODOLOGIA.....	17
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	17
3.2 FONTE DE DADOS	17
3.3 LOCAL E PERÍODO	17
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO	18
3.4.1 Critérios de Inclusão	18
3.4.2 Critérios de Exclusão	18
3.5 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS	18
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	19
4.1 PERFIL DAS MULHERES	21
4.2 EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Tradicionalmente, a gravidez é considerada uma condição fisiológica, no entanto, cerca de 20% das gestantes desenvolvem doenças obstétricas associadas à mortalidade materna e perinatal. Em todo o mundo, meio milhão de mulheres morrem durante a gravidez, trabalho de parto e parto devido a essas complicações (OYARZÚN; KUSANOVIC, 2011).

Define-se morte materna, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como: “morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, devido à causa relacionada à gravidez, ou agravada por ela, porém, não devido a causas acidentais ou incidentais” (BRASIL, 2012, p. 10).

Infelizmente, um número significativo de emergências obstétricas ocorre entre pacientes sem fatores de risco, de modo que a prevenção, a identificação precoce e a intervenção oportuna desempenham um papel fundamental para superar um resultado adverso na gravidez (OYARZÚN; KUSANOVIC, 2011).

Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter excelentes resultados na melhoria de seus indicadores por meio de ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis (BRASIL, 2012). Yamaguchiet al. (2014) ainda acrescentam que o desfecho em mortalidade materna reflete a fragilidade das gestantes, especialmente, de cerca de 15% delas, que apresentam gravidez de risco.

Diante do exposto, é válido ressaltar que existem vários fatores de risco na gestação. Estes fatores podem agir de forma isolada ou conjunta, dentre os quais destacam-se as condições sociodemográficas, extremos de idade, hipertensão arterial prévia, diabetes *mellitus* (DM), antecedentes gestacionais desfavoráveis, infecções, hemorragias, cardiopatias, asma aguda grave e distúrbios tromboembólicos. Estes fatores podem causar complicações, sendo estas manifestadas no decorrer da gravidez ou durante o trabalho de parto (MATOSO; LIMA, 2019).

Denota-se que as mortalidades materna e perinatal constituem num problema de saúde pública, partindo do pressuposto que grande parte das complicações e óbitos que surgem durante o ciclo gravídico-puerperal são preveníveis (MATOSO; LIMA, 2019).

Considera-se gravidez de risco, a manifestação de intercorrência materna ou fetal durante a vida intrauterina do conceito que afete a evolução e a resolução da gravidez (BRASIL, 2012; YAMAGUCHI et al., 2014). As emergências obstétricas são situações que colocam em risco a vida da grávida e do feto, cuja resolução exige uma resposta quase imediata por toda a equipe de saúde (MONTEIRO et al., 2016).

1.2 PROBLEMA

Quais as emergências obstétricas que mais ocorrem no Brasil?

1.3 JUSTIFICATIVA

A gestação é um processo fisiológico e natural, a qual produz uma gama de modificações locais e sistêmicas no organismo feminino. Algumas vezes essas modificações podem acarretar quadros patológicos, tornando o processo reprodutivo uma situação de alto risco tanto para a mãe como para o conceito. Para que isso não aconteça, as gestantes necessitam de uma assistência pré-natal humanizada, equânime e mais específica; com uma maior qualidade para rastrear e eliminar possíveis comorbidades, reduzindo assim, as altas taxas de mortalidade materna e infantil (MATOSO; LIMA, 2019).

As emergências obstétricas têm uma ocorrência muito grande, e é importante ressaltar que quanto antes for descoberta, maiores são as chances de sobrevivência da mãe e do feto. O meu interesse em estudar este tema, tem ligação pelo amor e a afinidade que tenho com a obstetrícia, as matérias que tratam sobre a saúde da mulher e a obstetrícia foram de suma importância por despertar ainda mais essa curiosidade em saber quais as principais patologias/agravs podem levar uma gestante a evoluir para uma emergência obstétrica.

Portanto, este trabalho é de grande relevância, devido as emergências obstétricas terem uma ocorrência muito elevada, e também uma alta taxa de mortalidade materna e infantil. Sendo assim, torna-se um assunto relevante e importante, para os acadêmicos e também para a comunidade científica para que possam ser instigados a realizar mais pesquisas acerca dessa temática, obtendo assim um olhar mais epidemiológico e clínico voltado para essas patologias e evitando possíveis complicações.

Observando assim, como essas patologias tem se comportado em determinada gestante, com comorbidades ou não, com fatores de risco ou não, e como essas mulheres reagem diante de uma possível intercorrência, até a chegada em um hospital materno, levando em consideração como os profissionais abordam essa gestante, e como sua assistência esta sendo prestada a essa mulher, se é rápida ou eficaz, ou possui algumas dificuldades mediante

esse ocorrido, enfatizando também a importância da educação continuada para esses profissionais.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Avaliar a ocorrência de emergências obstétricas no Brasil.

1.4.1 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil das mulheres em situação de emergência obstétrica;
- Caracterizar as emergências obstétricas de maior ocorrência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PERFIL DAS MULHERES

A idade materna pode exercer influência tanto sobre as condições de nascimento de uma criança quanto na saúde da própria puérpera, e apesar de existirem controvérsias a respeito da força que apenas a idade de forma isolada possa exercer sobre os problemas em uma gestação, verifica-se em adolescentes e em mulheres que engravidam tardiamente, a maior ocorrência de desfechos negativos na gestação (SANTANA et al., 2010).

Para Aldrighiet al. (2016), gestações em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos são consideradas tardias ou em idade avançada, sendo mais suscetíveis a desenvolver complicações durante a gravidez, o que torna a gestação de alto risco, sendo assim, a idade materna é considerado um fator gerador de risco para a gestante.

Segundo Artal-Mittelmark(2019a), em mulheres com idade superior a 35 anos, a incidência de pré-eclâmpsia (PE) é maior, como ocorre também com o diabetes *mellitus* gestacional (DMG), trabalho de parto distócico, descolamento prematuro da placenta (DPP), óbito intrauterino e placenta prévia. Essas mulheres também têm maior probabilidade de apresentarem doenças preexistentes, como por exemplo: hipertensão crônica e diabetes *mellitus* (DM), bem como, maior probabilidade de ocorrência de anormalidades fetais cromossômicas com o aumento da idade materna.

No que se refere ao estado conjugal, a qualidade da assistência pré-natal é pior entre solteiras e adolescentes e entre mulheres com maior número de filhos, de baixa escolaridade, com baixa renda e pertencentes a minorias étnicas (AQUINO;SOUTO,2015). O fato da

mulher ser solteira e com condições socioeconômicas precárias aumenta o risco de problemas durante a gestação, sendo mais provável que essas mulheres fumem, tenham uma dieta pouco saudável, bem como, dificuldade de acesso aos serviços de assistência à saúde (ARTAL-MITTELMARK, 2019b).

A mulher que tenha tido algum problema em uma gestação, tem probabilidade maior de ter alterações nas gestações seguintes. E o fato de ter tido cinco ou mais gestações aumenta o risco de trabalho de parto muito rápido e sangramento excessivo após o parto (ARTAL-MITTELMARK, 2019b).

2.2 EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

As emergências obstétricas tem uma alta prevalência na maioria das gestações, diante disto, são abordadas a seguir as principais emergências obstétricas que mais acometem as mulheres na gestação: as síndromes hipertensivas, gravidez ectópica, DPP e placenta prévia.

Define-se hipertensão na gravidez quando há um aumento na pressão arterial sistólica (PAS), superior a 30mmHg; e/ou na pressão arterial diastólica (PAD), superior a 15mmHg, do valor normal da paciente, conhecido previamente, confirmado após duas medidas, com intervalos de no mínimo 4 horas, com a gestante sentada, em repouso. A proteinúria é a presença de 300mg ou mais de proteínas na urina em uma coleção de 24 horas. O edema quando existente, pode ser localizado ou generalizado (GONÇALVES et al., 2019).

A síndrome hipertensiva gestacional (SHG) é uma patologia obstétrica que surge após a 20ª semana de gestação, sendo mais frequente no terceiro trimestre e estendendo-se até o puerpério. Entre os principais fatores de risco para essa doença estão: nuliparidade, idade materna avançada, DM, hipertensão crônica, obesidade, histórico anterior ou familiar de PE e doença renal (GONÇALVES et al., 2019).

A etiologia e a fisiopatologia permanecem pouco compreendidas. Acredita-se estarem envolvidos fatores genéticos, imunológicos e ambientais. A teoria sobre a patogênese da SHG mais aceita, a doença é uma possível disfunção endotelial materna, imunomediada, resultando em vasoconstrições arteriolares maiores do que as habituais na gestação e na hipertensão. Numa tentativa do organismo de compensar a hipertensão, ocorre extravasamento de plasma para o espaço extra vascular, levando a diminuição do volume plasmático e da perfusão de diversos órgãos, como placenta, pulmões, cérebro, fígado e rins que podem ficar comprometidos (GONÇALVES et al., 2019).

No que se refere à gravidez ectópica, esta pode ser reconhecida quando o embrião se implanta fora do útero, sendo também denominada gravidez extrauterina (tubária, ovariana,

abdominal). A gravidez tubária representa mais de 95% das ectópicas. Está associada à história de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sanguínea uterina e dores no baixo ventre (SOUZA et al., 2013; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

São fatores de risco para gravidez ectópica: história de gravidez ectópica prévia; cirurgia tubária prévia e infecções tubárias anteriores. A dor e o sangramento vaginal são os sintomas mais importantes da gravidez ectópica. Em quase todos os casos a dor está presente. O sangramento pode ser de pequena monta e/ou irregular, às vezes, após pequeno atraso da menstruação (BRASIL, 2012).

O DPP é a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna (SOUZA et al., 2013). Segundo Montenegro e Rezende Filho (2014), o diagnóstico pode ser clínico ou obtido por meio de ultrassonografia ou ressonância magnética. O desenvolvimento da sintomatologia do DPP é gradual e ocorre em algumas horas, com progressivo aumento da área placentária descolada e a intensidade da hemorragia oculta. O DPP pode ser classificado em quatro graus:

- Grau 0 – assintomático: o diagnóstico é retrospectivo, pelo exame da placenta que mostra o hematoma retroplacentário;
- Grau 1 – leve: há sangramento vaginal, mas, a paciente não relata dor ou age com discrição; mãe e feto estáveis;
- Grau 2 – intermediário: caracterizado por sangramento vaginal, dor abdominal intensa, hipertonía uterina; feto em sofrimento, mas vivo;
- Grau 3 – grave: associado ao óbito fetal. Esse tipo pode ser subdividido em grau 3A, sem coagulopatia, e grau 3B, com coagulopatia.

Placenta prévia é definida como a placenta que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero. Ela pode ser classificada de três maneiras, de acordo com sua posição em relação ao colo do útero: placenta baixa (quando está localizada próxima ao colo do útero, sem atingi-lo); placenta marginal (atinge o orifício interno do colo do útero, sem recobri-lo) e completa ou centro-total (recobre totalmente o orifício interno do colo do útero) (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014; BRASIL, 2012).

Zugaib (2012) considera que a placenta prévia também está associada ao aumento da morbidade e mortalidade perinatais, principalmente, pela prematuridade que acarreta, seguida de outras complicações, como restrição do crescimento fetal (RCF), hipóxia e anemia fetal.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com objetivo metodológico exploratório. A revisão bibliográfica resulta do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema e o problema de pesquisa escolhidos (SILVA; MENEZES, 2005).

Marconi e Lakatos (2010) definem pesquisa bibliográfica como toda bibliografia tornada pública, tais como, escritas em jornais, revistas, livros e periódicos. A pesquisa bibliográfica requer a leitura organizada e sistemática de textos. Possíveis métodos implicam fazer anotações, elaborar fichas de leitura ou resumos ou, ainda, fluxogramas dos textos lidos. Esses procedimentos podem ser úteis na fundamentação teórica da pesquisa (LIMA; MIOTO, 2007).

3.2 FONTE DE DADOS

Foram utilizadas, como fonte de informação, as bases eletrônicas de dados daScientificElectronic Library Online (SciELO), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), Bireme, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

3.3 LOCAL E PERÍODO

Fizeram parte do estudo os artigos dos últimos 10 anos (de 2010 até 2020), por se tratarem de referências atualizadas para a discussão da temática proposta. Foram

contemplados estudos em língua portuguesa para que se realize uma análise com base em estudos nacionais, que sejam referentes à realidade do Brasil.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

3.4.1 Critérios de Inclusão

- Artigos científicos originais completos, publicados em idioma português, disponíveis na íntegra;
- Artigos que discutam assuntos relacionados às emergências obstétricas mais recorrentes;
- Artigos publicados no período de 2010 até 2020.

3.4.2 Critérios de Exclusão

- Publicações que não disponibilizaram o artigo e ou material na íntegra;
- Artigos com idiomas inglês e espanhol, de revisão da literatura, dissertações e teses de bases de dados e artigos que fazem validações de testes.

3.5 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Os dados foram compilados, organizados por tópicos, estruturados de forma textual, separados por variáveis, analisados à luz da literatura pertinente de forma exploratória, e realizada a reflexão sobre o material.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente, foram encontradas 34 publicações como resultado das buscas realizadas junto às bases de dados, porém, após a leitura de seus resumos e avaliação quanto à sua pertinência e relevância segundo os objetivos do estudo, foram incluídas 18 publicações para compor a amostra, conforme verificado no Quadro 01, onde encontram-se dispostos o nome da revista/manual/livro, nome da publicação, autor, objetivo e ano.

Quadro 1 – Demonstrativo das publicações utilizadas para esta pesquisa. Brasil, 2020.

Item	Revista / Livro / Manual	Nome da Publicação	Autor	Objetivo	Ano
01	Einstein	Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes.	SOUSA, Marilda Gonçalves de et al.	Pesquisar os dados epidemiológicos da hipertensão arterial em gestantes, bem como identificar seus possíveis eventos associados.	2020
02	Manual MSD - Versão para Profissionais de Saúde [Internet].	Fatores de risco de complicações na gestação.	ARTAL-MITTELMARK, Raul.	Fatores de risco que influenciam no percurso de uma gestação.	2019a
03	Journal of Nursing and Health	Perfil antropométrica de gestantes internadas com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave.	BARROS JÚNIOR, Francisco de Souza et al.	Descrever o perfil sociodemográfico e antropométrico de gestantes internadas com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave em maternidade de referência.	2019
04	Manual MSD – Versão Saúde para a Família [Internet].	Gravidez ectópica	DULAY, Antonette T.	Gravidez ectópica e fatores de risco associados, diagnóstico, tratamento.	2019
05	Revista CuidArte Enfermagem	Aspectos sócio-demográficos, clínico-obstétricos laboratorial na síndrome hipertensiva	GONÇALVES, Giovana Aparecida et al.	Identificar o perfil sócio-demográfico, clínico-obstétrico e laboratorial no pré-natal de mulheres	2019

		nagravidez.		portadoras de SHG atendidas em um hospital escola do interior paulista.	
06	Revista Médica de Minas Gerais	Gravidez ectópica tubária gemelar unilateral: relato de caso.	BERNARDES, Luísa Sousa et al.	Relato de caso de uma gravidez ectópica tubária gemelar, em uma paciente de 27 anos.	2018
07	Revista de Enfermagem UFPE On line	Mulheres com síndromes hipertensivas.	MARIANO, Maria Sâmia Borges et al.	Descrever o perfil obstétrico de mulheres com síndrome hipertensiva.	2018
08	Revista Ciência e Saberes Online	Fatores relacionados à ocorrência da hipertensão no período gestacional: uma revisão integrativa.	MORAES NETO, Hugo Napoleão et al.	Discutir sobre os principais fatores relacionados à ocorrência das Síndromes Hipertensivas na Gestação.	2018
09	Revista Mineira de Enfermagem	Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco.	ANTUNES, Marcos Benatti et al.	Analisar os resultados perinatais de gestantes de alto risco com síndrome hipertensiva.	2017
09	Revista de Enfermagem UFPE Online	Síndromes hipertensivas e fatores de risco associados à gestação.	ARAÚJO, Isabella Félix Meira et al.	Identificar, na literatura, os fatores de risco associados às síndromes hipertensivas da gestação.	2017
11	Revista Rene	Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público.	BARBOSA, Elaine Marcelina et al.	Investigar o perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público.	2017
12	Manual MSD – Versão para Profissionais de Saúde [Internet].	Descolamento prematuro da placenta.	DULAY, Antonette T.	Descolamento prematuro de placenta, fatores de risco, sinais e sintomas, diagnóstico.	2017
13	Revista Interdisciplinar	Características de emergências obstétricas dos casos atendidos pelo serviço móvel de urgência.	MONTEIRO, Marilza Martins et al.	Descrever as características dos casos de urgência obstétrica atendidos por Serviço de Urgência de Florianópolis-PI.	2016
14	-	Fatores de risco para hipertensão na gravidez: uma revisão integrativa.	SILVA, F. E. F.; FREITAS, F. M.; SILVA, J. G.	Identificar os fatores de risco que são desencadeadores das síndromes hipertensivas na gravidez.	2015
15	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Características clínicas e laboratoriais de gestantes com pré-eclâmpsia <i>versus</i> hipertensão gestacional.	MARTINEZ, Nathalia Franco et al.	Comparar as características clínicas e laboratoriais, os resultados maternos e perinatais de gestantes com pré-eclâmpsia <i>versus</i> hipertensão gestacional.	2014
16	Obstetrícia fundamental	Ciclo gestatório patológico	MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de.	Descreve as principais patologias gravídicas.	2014
17	Zugaib Obstetrícia	Intercorrências obstétricas	ZUGAIB, Marcelo.	Aborda as principais intercorrências obstétricas.	2012
18	Revista Médica de Minas Gerais	Placenta previa como causa de hemorragia anteparto.	DIAS, Ana Paula Azevedo et al.	Relato de caso de uma paciente de 15 anos com presença de placenta prévia e com sangramento vaginal de grande intensidade.	2010

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2020.

4.1 PERFIL DAS MULHERES

De acordo com Gonçalves et al. (2019), em uma pesquisa realizada em um hospital escola do interior paulista com mulheres portadoras de SHG, demonstrou-se que 60% das gestantes são casadas, 80% delas são de etnia branca, 15% pardas e 5% negras. Dessas pacientes, 42% estudaram até o ensino médio completo e que a maioria se autodenomina evangélica, com idade entre 24 e 34 anos (60%).

No entanto, Barbosa et al. (2017) verificaram em sua pesquisa realizada em um hospital público na cidade de Picos, no Piauí (PI), que 69,3% das mulheres encontravam-se na faixa etária entre 20 e 35 anos e que 27,9% eram adolescentes (idade inferior a 20 anos), 48,0% das mães apresentaram Ensino Fundamental I e apenas 22,0% alcançaram o Ensino Fundamental II. Quanto à situação conjugal, 74,3% tinham companheiro, sendo 34,4% casadas e 39,9% conviventes em união estável, com ocupação habitual não remunerada, e entre as que não recebiam remuneração, a maior parte eram de lavradoras ou praticantes de agricultura de subsistência.

Em estudo realizado na cidade de Floriano-PI pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no período de 2006 a 2012, verificou-se que mais da metade dos atendimentos em gestantes (53,5%) foram realizados em mulheres com idade entre 20 e 29 anos, e quase um terço (30,2%) em adolescentes com idade entre 11 e 19 anos (MONTEIRO et al., 2016).

Adolescentes, que correspondem a 13% de todas as gestantes, apresentam uma tendência maior para desenvolver PE, trabalho de parto prematuro (TPP) e anemia, que muitas vezes leva à RCF. A causa, ao menos em parte, é que as adolescentes tendem a negligenciar o pré-natal, e podem ter maiores riscos quanto à exposição às infecções sexualmente transmissíveis (ARTAL-MITTELMARK, 2019a).

Um estudo realizado em gestantes internadas em uma clínica obstétrica de Sobral, no Ceará, aponta a faixa etária das mulheres diagnosticadas com síndromes hipertensivas, e nesse estudo, percebeu-se que 68,88% tinham entre 16 e 30 anos e 29,08% tinham entre 31 e 45 anos, observando-se assim, a predominância de mulheres em idade fértil e mais propensas à fecundação (MARIANO et al., 2018). Artal-Mittelmark (2019a) afirma que um estudo realizado no Brasil mostrou que a idade materna acima dos 40 anos, a primiparidade e a hipertensão arterial crônica são os principais fatores de risco para a hipertensão na gravidez.

A idade materna é fator determinante para ocorrência de complicações durante o período gravídico. A gestação de uma jovem, bem como, a gestação que ocorre em idade

avançada, são consideradas como sendo de elevado risco gestacional para a PE. No que se refere à faixa etária, verificou-se numa maternidade de referência em Teresina-PI, que a idade das gestantes analisadas variou de 14 a 46 anos; das quais 7,89% de 12 a 18 anos, 36,84% de 19 a 25 anos, 28,07% de 26 a 32 anos, 21,05% de 33 a 39 e 6,14% de 40 a 46 anos, ou seja, as gestações ocorreram também nos extremos da idade reprodutiva, representando, risco para o surgimento de pré-eclâmpsia grave (PEG) (BARROS JÚNIOR et al., 2019).

Simultaneamente, Mariano et al. (2018) destacam que em um estudo realizado com prontuários de 250 gestantes em uma maternidade da Região Norte do Estado do Ceará, que avaliou fatores associados à via de parto em pacientes com PE, encontrou-se maior incidência de PE na amostra em idades entre 20-34 anos, com 63,2%, expressando significativa diferença em relação aos extremos de idade reprodutiva. Mostrando-se convergente com as apresentadas no estudo, que de acordo com dados da pesquisa, a faixa etária com maior pico de incidência está entre 16 e 30 anos (68,88%), que não se configuraria como fator de risco para o surgimento da patologia.

Quanto ao nível de escolaridade, encontrou-se maior proporção de gestantes com poucos anos de estudo, porém, não estando relacionada estatisticamente à ocorrência da PE. O grau de escolaridade de um indivíduo pode estar relacionado à sua capacidade de obter informação acerca dos cuidados sobre sua própria saúde, tornando-se vulnerável a desenvolver determinadas doenças (BARROS JÚNIOR et al., 2019).

Entretanto em uma pesquisa realizada no estado do Paraná, que avaliou tendências da mortalidade materna geral e por PE/eclâmpsia, demonstrou que 66,1% das mulheres, que foram a óbito por esta síndrome, apresentaram menos que oito anos de estudo e cerca de 59% com renda familiar inferior a três salários mínimos (ARAÚJO et al., 2017).

Antunes et al. (2017) ressaltam que os resultados obtidos na pesquisa sobre a prevalência de gestantes com SHG apresentaram índice superior ao de estudo realizado na região Sudeste do Brasil, o qual foi de 17,6%. No entanto, em outra pesquisa realizada em uma instituição hospitalar de referência para gestação de alto risco, a taxa de gestantes com SHG foi de 32,7%. Diante disto, esse resultado demonstra a importância de programas voltados para a gestação de alto risco, pré-natal especializado e a assistência a mulheres que necessitam de cuidados focados às síndromes hipertensivas.

Sousa et al. (2020) afirmam que em uma pesquisa realizada no Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) “Francisco Morato de Oliveira”, localizado em São Paulo (SP), o perfil epidemiológico das gestantes hipertensas encontradas se aproxima do apresentado em estudos realizados no Brasil e em outros países, sendo que das 114 das mulheres entrevistadas

49 (43%) das gestantes tinham hipertensão crônica; 38 (33,3%) apresentaram hipertensão arterial sistêmica (HAS) com até 20 semanas de gestação e 27 (23,7%) com mais de 20 semanas de gestação; 36 (31,6%) tinham apresentado HAS em outras gestações, com idade entre 18 a 35 anos; 70 (61,4%) eram da cor branca, 79 (69,3%) eram casadas e 12 (10,5%) viviam em união estável.

A idade materna, assim como as condições socioeconômicas influenciam de forma significativa durante a gestação, podendo sim, ter resultados positivos e negativos no decorrer do período gestacional. Portanto, é importante frisar que o quanto antes a gravidez for descoberta, deve ser iniciado o acompanhamento pré-natal para que possíveis agravos possam ser evitados e prevenidos, diminuindo as chances de ocorrer uma intercorrência obstétrica.

4.2 EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

As síndromes hipertensivas possuem manifestações heterogêneas clínicas e laboratoriais de causas desconhecidas que geram discussões na comunidade científica em virtude da sua repercussão materna, fetal, familiar e social. No tocante às repercussões fetais e neonatais, a prematuridade é uma das complicações mais frequentes das SHG, em consequência de trabalho de parto espontâneo ou por conduta obstétrica de interrupção da gravidez, decorrente do comprometimento materno e fetal (SILVA; FREITAS; SILVA, 2015).

Salienta-se que, aproximadamente 10% de todas as gestações no mundo apresentam algum tipo de síndrome hipertensiva, como a PE, eclâmpsia, hipertensão crônica ou a hipertensão gestacional (HG) (MARIANO et al., 2018). A hipertensão na gestação é a principal causa de morte materna no país. Destaca-se que embora as taxas sejam diferentes dependendo da região estudada, a hipertensão ocupa o primeiro lugar, sendo responsável por cerca de 35% da taxa de mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos (GONÇALVES et al., 2019).

Moraes Neto et al. (2018) ressaltam que as alterações morfológicas e funcionais ocorridas no organismo das gestantes que possuem SHG são provocadas devido um espasmo arteriolar, o qual reduz o diâmetro dos vasos sanguíneos dificultando o fluxo de sangue aos órgãos, aumentando assim, a pressão sanguínea, onde as funções do cérebro, da placenta, do fígado e do rins tem suas funcionalidades reduzidas em pelo menos 60%, tal fato comprova a gravidade dessa síndrome. Cerca de 20 a 30% das pacientes com SHG têm a função hepática alterada, enquanto, as concentrações de bilirrubina raramente diminuem (GONÇALVES et al., 2019).

Para Silva, Freitas e Silva (2015), existem diversos fatores que aumentam o risco de desenvolver as SHG, como diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de PE e/ou hipertensão arterial crônica e etnia negra.

Martinez et al. (2014) compararam os diferentes riscos que acometem mulheres com HG e com PE, e destacaram que as pacientes com SHG apresentam características epidemiológicas com risco de complicações por doenças crônicas, devido à relação entre obesidade e risco de diabetes e hipertensão, portanto, essas mulheres necessitam de acompanhamento em longo prazo. Já aquelas com PE, apresentam parâmetros clínicos e laboratoriais de maior gravidade, taxas superiores de cesárea e piores resultados maternos e perinatais. As pacientes com PE, portanto, precisam de rigorosa monitorização durante a gravidez, devido ao acometimento de múltiplos órgãos, com consequente alteração dos exames laboratoriais.

Ainda de acordo, com Silva, Freitas e Silva (2015), em um estudo realizado no sul do Brasil, fatores como história familiar de PE, história de PE prévia, índice de massa corporal (IMC) elevado, diabetes, hipertensão crônica e baixa escolaridade demonstraram serem mais frequentes nas síndromes hipertensivas da gravidez quando comparadas às mulheres normotensas. Segundo Monteiro et al. (2016), dentre as intercorrências obstétricas atendidas pelo SAMU de Florianópolis, as mais frequentes foram: cefaleia, êmese, PE/eclâmpsia, bem como, casos de agressão física e acidente de trânsito, juntas corresponderam a 15,8% dos atendimentos realizados no período considerado.

A PE é descrita como elevação da PA associada à proteinúria, podendo ocorrer alterações hepáticas e nefrites (BARROS JÚNIOR et al., 2019). É considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, complicando cerca de 5-7% das gestações no mundo, com risco aumentado de desencadeamento de eclâmpsia, edema pulmonar, acidente vascular encefálico, disfunções hepática e renal e óbito, caso não ocorram intervenções (MARIANO et al., 2018).

Eclâmpsia é o aparecimento de convulsão em uma gestante com PE. A eminência de eclâmpsia é caracterizada clinicamente por sinais de encefalopatia hipertensiva, dor no epigástrio e hipocôndrio direito. Sintomas que prenunciam a convulsão são a cefaleia frontal (60 a 70%) e os distúrbios visuais (20 a 30%), como escotomas e visão turva (GONÇALVES et al., 2019; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

De acordo com Araújo et al. (2017), a gestação na adolescência tem uma incidência elevada de resultados obstétricos adversos, dentre eles, destacam-se a PE e a eclâmpsia. Essa

evidência explica-se pela toxemia ser mais frequente nas adolescentes mais jovens (≤ 16 anos), grupo esse que apresenta maior número de pacientes nulíparas, com estado nutricional deficiente e déficit no acompanhamento no pré-natal.

De acordo com Bernardes et al. (2018), a gravidez ectópica é considerada hoje uma questão de saúde pública, devido a sua crescente incidência e significativa morbidade e mortalidade, esse aumento pode ser explicado pela elevação da prevalência dos fatores de risco e a melhora dos métodos diagnósticos.

Segundo Bernardes et al. (2018), para se estabelecer o diagnóstico de gravidez ectópica, primeiramente, deve ser realizado o diagnóstico de gravidez, sendo que a concentração sérica da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG) tende a ser menor do que a observada em gestações tópicas da mesma idade. Na maioria dos casos, uma única medida de beta-hCG não tem significado, mas quando a localização de uma gravidez é incerta, um aumento de 66% nos níveis de beta-hCG, medidos após um intervalo de 48 horas, suporta a existência de uma gravidez intrauterina. A ultrassonografia, juntamente com as medidas seriadas do beta-hCG são fundamentais no diagnóstico precoce da gravidez ectópica (BERNARDES et al., 2018; DULAY, 2019).

O tratamento pode ser cirúrgico (radical ou conservador) ou clínico (medicamentoso ou expectante) e sua escolha está sujeita ao estado hemodinâmico da paciente, da integralidade ou não da gravidez ectópica, da presença ou ausência de atividade cardíaca do produto conceptual, do desejo reprodutivo da paciente, do local e do tamanho da gravidez ectópica e dos níveis de beta-hCG (BERNARDES et al., 2018).

Já o DPP incide em 0,5 a 1% das gestações e é causa importante de sangramento vaginal na segunda metade da gravidez, especialmente, entre 24 e 26 semanas. Os fatores de risco para o DPP incluem a história do acidente em gravidez anterior (taxa de recorrência de 8,8%), trauma, tabagismo, uso de cocaína, gravidez múltipla, hipertensão, PE, idade materna avançada, ruptura prematura das membranas pré-termo (RPMP), infecção intrauterina (corioamnionite), dengue e polidrâmnio (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

O quadro clínico do DPP é variável, podendo haver desde casos assintomáticos até aqueles nos quais há morte fetal e grave morbidade materna. Os sintomas clássicos são sangramento vaginal e dor abdominal. O volume da hemorragia vaginal tem pouca correlação com o grau do DPP. Por outro lado, a extensão do descolamento está associada ao óbito fetal: separação $>50\%$ leva à natimortalidade com frequência. A hipertonía uterina é pontual, acompanhada de contrações de elevada frequência e de baixa intensidade (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

Dulay (2017) ressalta que as complicações do DPP incluem a perda de sangue materno e podem resultar em instabilidade hemodinâmica, com ou sem choque, e/ou coagulação intravascular disseminada (CID), comprometimento fetal (como por exemplo: sofrimento fetal, morte) ou, se o DPP é crônico pode ocorrer restrição de crescimento, algumas vezes, transfusão feto-materna e aloimunização (sensibilização por Rh).

A placenta prévia é importante causa de hemorragia, e associa-se com transfusões peripartos e ao aumento dos partos pré-termo e recém nascidos pequenos para idade gestacional, principalmente, devido à perfusão placentária reduzida (DIAS et al., 2010).

A cesárea anterior constitui o fator de risco mais importante para a placenta prévia e o risco aumenta progressivamente com o número de procedimentos. Constituem outros fatores de risco: qualquer cicatriz uterina, idade materna avançada, multiparidade, gestações múltiplas, gravidez gemelar e tabagismo (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014; ZUGAIB, 2012).

A hemorragia indolor de sangue vermelho, brilhante, desvinculada de quaisquer esforços ou traumatismos, ocorre em mais de 90% dos casos, via de regra despontando no último trimestre. É o sinal pontual e mais importante de placenta prévia, tendo seu diagnóstico realizado por meio do exame físico, é realizada a palpação abdominal na qual é possível identificar a estática fetal alterada, o exame especular e a ultrassonografia transvaginal complementam e confirmam o diagnóstico de placenta prévia (DIAS et al., 2010; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

Aproximadamente 33% das gestações com placenta prévia cursarão com sangramento antes de 30 semanas, para esse grupo, há maior risco de prematuridade e mortalidade perinatal, assim como, necessidade de transfusões sanguíneas, no entanto, em casos em que pode haver interrupção da gestação, o mesmo pode ser realizado por via vaginal, caso a implantação se dê até a dois centímetros do orifício interno do colo uterino (ZUGAIB, 2012; DIAS et al., 2010).

Infelizmente, as emergências obstétricas são cada vez mais recorrentes nas gestações, sendo influenciadas, principalmente, pelas condições socioeconômicas e idade materna, fator preocupante, que merece total atenção quanto à sua sintomatologia clínica para que possa ser realizada uma assistência rápida e segura, visando preservar a vida da mãe e do feto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é de grande relevância, pois, o tema em estudo representa uma importante causa de morbimortalidade materna e perinatal, sendo que a falta de conhecimento da mãe quanto essas intercorrências devem ser supridas durante o acompanhamento do pré-natal, elucidando todas suas dúvidas e orientando-a quanto aos sinais e sintomas anormais que surgirem durante a gravidez.

Com o desenvolvimento do presente estudo, possibilitou analisar o perfil das mulheres que vivenciaram alguma intercorrência obstétrica na gravidez, na qual boa parte delas eram casadas, de etnia branca, com ensino médio completo e que a maioria também eram evangélicas, obtendo sua renda mensal através da agricultura subsistência.

Em relação à faixa etária, observa-se que há uma variação muito grande com predominância de maior gravidade em gestações tardias, mostrando que outros fatores externos também influenciam diretamente na ocorrência de complicações gravídicas em que se encaixam as adolescentes de 15 ou mais.

Dentre as emergências obstétricas, destaca-se a SHG em relação a uma maior ocorrência entre as gestantes, sendo que a HG acomete a maioria das mulheres em situação de emergência obstétrica, tendo em vista que, se não diagnosticada e tratada previamente, evolui rapidamente para PEG/eclâmpsia, e até mesmo óbito fetal e materno.

Assim como as SHG, a gravidez ectópica também tem uma alta taxa de morbidade e mortalidade, levando em consideração os seus principais fatores de risco, embora em muitos casos, seja possível fazer a retirada do feto sem que haja riscos para a mulher, ocorrendo assim, a cirurgia quando se estabelece o diagnóstico precoce em tempo oportuno para intervenção, embora ocorram situações em que podem resultar em uma gestação ectópica com desfechos desfavoráveis.

Tendo em vista que tanto a placenta prévia quanto o DPP resultam em sangramentos significativos que colocam em risco tanto a vida da mãe quanto do feto, suas complicações muitas vezes cursam com alteração na hemodinâmica dessa mulher.

Com a realização desse trabalho, verificou-se um número pequeno de publicações acerca da temática, o que torna ainda mais interessante discuti-lo. Sendo assim, sugere-se que

sejam realizadas outras pesquisas e estudos voltados para esse assunto, na qual acomete um número considerável de mães e bebês, e que se não diagnosticado logo, e prestados os devidos atendimentos, acabam, infelizmente, levando mãe e filho à óbito, aumentando assim, o número de mortes maternas e perinatais relacionadas às principais emergências obstétricas.

Ao final desse trabalho, sugere-se também que sejam realizados cursos de aprimoramento para os profissionais que atuam na assistência às gestantes e parturientes com o intuito de melhorar sua assistência diante de situações de emergências obstétricas, tendo em vista, que a mortalidade materna no Brasil têm aumentando consideravelmente, sendo um fator bastante alarmante, que necessita de uma atenção mais qualificada.

REFERÊNCIAS

- ALDRIGHI, Juliane Dias et al. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 512-521, 2016.
- ANTUNES, Marcos Benatti et al. Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. e-1057, p. 1-6, 2017.
- AQUINO, Pâmela Torquato de; SOUTO, Bernardino Geraldo Alves. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 4, p. 568-576, 2015.
- ARAÚJO, Isabella Félix Meira et al. Síndromes hipertensivas e fatores de risco associados à gestação. **Revista de Enfermagem UFPE on Line**, Recife, v. 11, Supl. 10, p. 4254-4262, 2017.
- ARTAL-MITTELMARK, Raul. **Fatores de risco de complicações na gestação**. [Internet]. Manual MSD - Versão para Profissionais de Saúde, 2019a. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/gesta%C3%A7%C3%A3o-de-alto-risco/fatores-de-risco-de-complica%C3%A7%C3%B5es-na-gesta%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 17 jun. 2020
- ARTAL-MITTELMARK, Raul. **Fatores de risco para gestação de alto risco**. [Internet]. Manual MSD - Versão Saúde para a Família, 2019b. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-feminina/gesta%C3%A7%C3%A3o-de-alto-risco/fatores-de-risco-para-gesta%C3%A7%C3%A3o-de-alto-risco#v809790_pt. Acesso em: 17 jun. 2020.
- BARBOSA, Elaine Marcelina et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. **Revista Rene**, v. 18, n. 2, p. 227-233, 2017.
- BARROS JÚNIOR, Francisco de Souza et al. Perfil antropométrico de gestantes internadas com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 3, p. e199309, 2019.
- BERNARDES, Luísa Sousa et al. Gravidez ectópica tubária gemelar unilateral: relato de caso. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, Supl.5, p. 214-217, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

DIAS, Ana Paula Azevedo et al. Placenta previa como causa de hemorragia anteparto. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20,2 suppl 1, p. S126-S128, 2010.

DULAY, Antonette T. **Gravidez ectópica**. [Internet]. Manual MSD – Versão Saúde para a Família, 2019. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-feminina/complica%C3%A7%C3%B5es-da-gravidez/gravidez-ect%C3%B3pica>. Acesso em: 25 ago.2020.

DULAY, Antonette T. **Descolamento prematuro da placenta**. [Internet]. Manual MSD – Versão para Profissionais de Saúde, 2017. Disponível em: [https://www.msmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/anormalidades-na-gesta%C3%A7%C3%A3o/descolamento-prematuro-da-placenta#:~:text=Se%20o%20sangramento%20estiver%20controlado,dесcolamento%20prematuro%20de%20placenta%20\(p](https://www.msmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/anormalidades-na-gesta%C3%A7%C3%A3o/descolamento-prematuro-da-placenta#:~:text=Se%20o%20sangramento%20estiver%20controlado,dесcolamento%20prematuro%20de%20placenta%20(p). Acesso em: 26 ago. 2020.

GONÇALVES, Giovana Aparecida et al. Aspectos sociodemográfico, clínico – obstétrico e laboratorial na síndrome hipertensiva na gravidez. **Revista CuidArteEnfermagem**, v. 13, n. 1, p. 27-31, 2019.

LIMA, Thelma Cristiane Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Kátalysis**, Florianópolis, v. 10,n. spe, p. 37-45, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS. Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed., São Paulo: Atlas, 2010.

MARIANO, Maria Sâmia Borges et al. Mulheres com síndromes hipertensivas. **Revista de Enfermagem UFPE onLine**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1618-24, 2018.

MARTINEZ, Nathalia Franco et al. Características clínicas e laboratoriais de gestantes com pré-eclâmpsia *versus* hipertensão gestacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, p. 461-466, 2014.

MATOSO, Leonardo Magela Lopes; LIMA, Valéria Antônia. Assistência de enfermagem em urgência e emergência obstétrica: um estudo bibliométrico. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 65-73, 2019.

MONTEIRO, Marilza Martinset al. Características de emergências obstétricas dos casos atendidos pelo serviço móvel de emergência. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 2, p. 136-144, 2016.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende obstetrícia fundamental**. 13. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MORAES NETO, Hugo Napoleão et al. Fatores relacionados à ocorrência da hipertensão no período gestacional: uma revisão integrativa. **ReonFacema**, v. 4, n. 3, p. 1231-1237, 2018.

OYARZÚN, Enrique; KUSANOVIC, Juan Pedro. Emergências em obstetrícia. **Revista Clínica de La Condes**, v. 22, n. 3, p. 316-331, 2011.

SANTANA, Francisco Gomes et al. Relação entre idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis – TO. **Revista Pesquisa em Saúde**, São Luiz, v. 11, n. 3, p. 35-40, 2010.

SILVA, Edna Lucia; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed., Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em: http://tccbiblio.paginas.ufsc.br/files/2010/09/024_Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes1.pdf. Acesso em: 14 març. 2020.

SILVA, F. E. F.; FREITAS, F. M.; SILVA, J.G. **Fatores de risco para hipertensão na gravidez: uma revisão integrativa**. Faculdade do Vale do Jaguaribe- FVJ, 2015. Disponível em: <https://www.fvj.br/uploads/revistas/edicoes/1/publicacoes/19/26XJV6SQML-10E8LXKQMD-2016HAGHS5.pdf>. Acesso em: 03 set. 2020.

SOUSA, Marilda Gonçalves de et al. Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. **Einstein**, São Paulo, v. 18, p. 1-7, 2020.

SOUZA, Taise Santos Sousa et al. Acolhimento com classificação de risco: a voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 3, p. 212-220, 2013.

YAMAGUCHI, Mirian Ueda et al. Complicações maternas e neonatais em fila de espera da central de regulação de leitos na macrorregião de Maringá. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-203, 2014.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib Obstetrícia**. 2. ed., Barueri-SP: Manole, 2012.