**Protocolos de Atendimento de Urgência e Emergência para Complicações Obstétricas em Pacientes com Transtornos Psiquiátricos**

Isabella Ferreira Silva1
Camily Vitória Moreira Marota2
Mariana untaler Leal3
Letycia de Freitas Barbosa Romano4
Ana Luísa Esteves de Barcellos Emery Pereira5

**Resumo:** O atendimento de urgências e emergências obstétricas em pacientes com transtornos psiquiátricos apresenta desafios únicos que exigem protocolos específicos para garantir o cuidado integral da mulher e do bebê. Este resumo abrangente detalha os protocolos recomendados para o manejo de diversas complicações obstétricas nesse grupo populacional, incluindo:1 Compreendendo as Complexidades: Desvendando os Desafios.2 Dificuldade de acesso ao pré-natal: Falta de acompanhamento médico adequado pode levar a diagnósticos tardios e tratamento inadequado de doenças pré-existentes.3 Baixa adesão ao tratamento: Dificuldades em seguir o plano terapêutico para o transtorno psiquiátrico podem comprometer o controle dos sintomas e aumentar o risco de complicações.4 Violência doméstica e abuso de substâncias: A prevalência desses problemas em mulheres com transtornos psiquiátricos aumenta o risco de complicações na gestação e no parto.Avaliação médica rigorosa: Monitoramento da pressão arterial, proteinúria e sinais de eclâmpsia (convulsões, alterações neurológicas).

**Palavras-chave:** Gestantes,Urgências,Transtornos.
Eixo: Transversal
**Autor:isabellafsmed@gmail.com**

1isabellafsmed@gmail.com

Faculdade Dinâmica - FADIP

2Faculdade Dinâmica - FADIP

3Faculdade Dinâmica - FADIP

4Faculdade Dinâmica - FADIP

5Faculdade Dinâmica - FADIP

**INTRODUÇÃO**

A mulher, no ciclo gravídico, apresenta constantes modificações morfofuncionais. Segundo Montenegro CAB e Rezende JF (2018), essas alterações fisiológicas na gestante podem ser locais ou sistêmicas incluindo os sistemas hematológico, cardiovascular, urinário, gastrointestinal e endócrino. Podem ainda, desencadear complicações obstétricas conduzindo estas mulheres aos atendimentos de urgência e emergência (MICHILIN NS, et al*.*, 2016).

Na maioria das vezes, o período de gravidez tem evolução natural, pois as diversas transformações no corpo da mulher são adaptadas a ele. No entanto, existem elementos que podem prever complicações. Alguns fatores podem afetar isso, como doenças pré-existentes ou causadas durante a gravidez, fatores sociais ambientais, culturais e econômicos; que se combinam para produzir complicações na gravidez.(SILVA JR, et al*.*, 2018; BRASIL, 2012a).

Considera-se gravidez de alto risco as intercorrências maternas fetais que afetam desde a concepção, passando pelo desenvolvimento até o nascimento (MONTENEGRO CAB, REZENDE JF, 2018). Segundo a Base de Dados de Internações Hospitalares 15% das gestantes no Brasil são de alto risco, havendo, portanto, um número significativo (BRASIL, 2012b).

Os procedimentos necessários para lidar com estes casos agudos podem incluir observações clínicas e medidas para estabilizar as obrigações da mãe e o conceito . Os familiares e os profissionais de saúde esperam ansiosamente quando uma gestante é admitida no serviço de urgência porque está implícito que há um risco de morte para pelo menos duas pessoas. (MICHILIN NS, et al., 2016).

Embora as taxas de morbi-mortalidade materna tenham reduzido no Brasil, é muito importante continuar investindo esforços, pois ainda se comportam de forma relevante. Pensar em estratégias de educação em saúde sendo possível administrar recursos como aconselhamento e prestar informações (SILVA JR, et al*.*, 2018).

No Brasil, em 2016, foram registrados 1.463 casos de morte materna , dos quais 92% foram considerados evitáveis, de acordo com dados do Ministério da Saúde (VALADARES C, 2018). Além disso , as principais causas deste infortúnio são o não reconhecimento de sintomas graves, o que leva as pessoas a esperar mais tempo para obter serviços adequados e receber atendimentos de baixa qualidade. (BRASIL, 2012a).

Em 2000, o Brasil foi um dos países que se comprometeu com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) junto a Organização Mundial de Saúde (OMS), onde havia metas para serem compridas em até 2015.

Uma das metas era reduzir a mortalidade materna no Brasil para 35 para cada 100 mil nascidos vivos. Em 2015, foram propostos novos objetivos para ser atingido até 2030, o chamado “Objetivo de Desenvolvimento Sustentável” (ODS), no qual, constam 18 itens. A taxa de mortalidade materna está na categoria de “Saúde e Bem Estar” e tem como finalidade reduzir para 30 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2014).

Os profissionais da rede de atenção à saúde, compreendida da atenção básica aos serviços hospitalares de referência, devem estar aptos a identificar as vulnerabilidades, conhecer as possíveis intervenções nos casos de situações de urgência e implantar ações que proporcionam diminuição na morbimortalidade materno-fetal (SILVA JR, et al., 2018; VALADARES C, 2018; BRASIL, 2012). Para promover a saúde e prevenir problemas, os profissionais de saúde devem entender as mudanças físicas, biológicas, emocionais e sociais que ocorrem durante o período gravídico. (MICHILIN NS, et al., 2016).

O contato diário no cenário de uma unidade hospitalar de uma instituição pública do interior paulista, no ano de 2018, despertou a indagação sobre o perfil das mulheres gestantes atendidas no serviço de urgência e emergência. Portanto, este estudo tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico deste público.

**MÉTODOS**

Estudo epidemiológico, transversal, com abordagem qualitativa do tipo exploratória e explicativa. Tem como objetivo conhecer o perfil epidemiológico de mulheres no período de gestação e puerpério atendidas em situação de urgência e emergência no Pronto Socorro Materno Infantil de uma instituição pública do interior paulista, no período de janeiro de 2014 a abril de 2018.

O local estudado constitui uma área de abrangência para 62 municípios. O hospital é de médio porte, obtendo capacidade operacional de 102 leitos nas áreas de saúde da criança e da mulher. Possui setores ambulatoriais e de internação clínico cirúrgico nas diversas especialidades, sendo uma delas a ginecologia e obstétrica.

**RESULTADOS**

Constatou-se que a procedência das gestantes atendidas em um hospital em situações de urgência e emergência, foram provenientes de Marília, enquanto 27,8% dos demais municípios. Ressalta-se a referência deste serviço para 62 municípios, ainda assim 72,2% dos atendimentos realizados no período de janeiro 2014 á abril 2018.

Como demonstrado pelo estudo, durante esse período, houve uma média de quinze mulheres atendidas ao dia por indicadores de urgência e emergência obstétrica. Observe-se que a capacidade planejada e operacional é igual e que o público permanece em média três dias. Como resultado do tempo de permanência, esses dados logo podem indicar uma demanda excessiva.

A faixa etária média das mulheres atendidas em situações de urgência e emergência no período do estudo foi de 20 a 24 anos (27,4%), coincidindo com o período fértil (menacme). 17% dos adolescentes de 15 a 19 anos foram atendidos em situação de emergência obstétrica. Não menos preocupante, foi encontrar 1% de crianças entre 10 a 14 anos entre as mulheres atendidas em urgência.

A **Tabela 1** demonstra as causas dos atendimentos de mulheres gestantes no período de janeiro 2014 a abril de 2018. Encontra-se no resultado dessa pesquisa em estudo como causa principal (22%) de atendimento as complicações em trabalho de parto e parto, seguido de complicações que terminam em aborto com (20%), motivos ligados ao feto, cavidade amniótica e ao parto (14%) e edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério com (1,8%).

A **Tabela 2** mostra os tratamentos realizados nos atendimentos as gestantes em situação de urgência e emergência. A principal terapêutica foi para intercorrências na gravidez (92,8%), seguido de complicações relacionadas ao puerpério (3%), cirúrgico de gravidez ectópica (2,4%) e edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério (1%).

Em relação a procedimentos, na **Tabela 3**, constam 62,8% relacionados a curetagem pós-abortamento. Quanto aos tipos de partos, na **Tabela 4**, mostra que o cesáreo tem maior frequência (67,7%). O parto cesariano em gestação de alto risco prevalece em relação a parto normal para o mesmo caso, respectivamente, 53,3% e 11,5%. Ressalta-se ainda a via cesárea sendo de baixo risco corresponde a 5,6%.

**Tabela 1** - Causa dos Atendimentos relacionados à gravidez, parto e puerpério no período de janeiro 2014 a abril 2018.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Causa dos Atendimentos relacionados à gravidez, parto e puerpério.** | **N** | **%** |
| Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez | 3.358 | 35 |
| Complicações do trabalho de parto e do parto | 2.101 | 22 |
| Complicações que termina em aborto | 1.850 | 20 |
| Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e porpossíveis problemas relatos ao parto em terceiro | 1.296 | 14 |
| Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério | 753 | 0,8 |
| Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte | 57 | 0,6 |
| Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério | 21 | 0,3 |
| Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, dotrabalho de parto e do parto | 14 | 0,1 |
| **Total** | 9.450 | 100 |

**Fonte**: PAVELQUEIRES S, SANTOS ITRS, 2019.

**Tabela 2** - Tratamentos Realizados pelas gestantes e puérperas atendidas em urgência e emergência obstétrica de janeiro 2014 a abril 2018.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tratamentos Realizados** | **N** | **%** |
| Tratamentos em Intercorrências na gravidez | 1.133 | 92,8 |
| Tratamento de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério | 38 | 3,1 |
| Tratamento cirúrgico de gravidez ectópica | 30 | 2,4 |
| Tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto epuerpério | 13 | 1,07 |
| Tratamento de complicações de procedimentos cirúrgicos ou clínicos | 4 | 0,3 |
| Tratamento com cirurgias múltiplas | 1 | 0,08 |
| Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado | 1 | 0,08 |
| **Total** | 1.220 | 100 |

**Fonte**: PAVELQUEIRES S, SANTOS ITRS, 2019.

**Tabela 3** – Procedimentos realizados pelas gestantes e puérperas atendidas em urgência e emergência obstétrica de janeiro 2014 á abril 2018.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Procedimentos Realizados** | **N** | **%** |
| Curetagem pós-abortamento/puerperal | 781 | 62,8 |
| Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica | 364 | 29,4 |
| Salpingectomia | 29 | 2,4 |
| Curetagem uterina em mola hidatiforme | 23 | 1,9 |
| Ressutura de parede abdominal (por deiscência total/evisceração) | 19 | 1,6 |
| Cerclagem de colo do útero | 9 | 0,72 |
| Curetagem semiótica c/ ou s/ dilatação do colo do útero | 9 | 0,72 |
| Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica cirúrgica | 5 | 0,40 |
| Laparotomia exploradora | 1 | 0,08 |
| Esvaziamento de útero pós aborto por aspiração anual intrauterina | 1 | 0,08 |
| Colpotomia | 1 | 0,08 |
| Drenagem de abscesso de mama | 1 | 0,08 |
| **Total** | 1.244 | 100 |

**Fonte**: PAVELQUEIRES S, SANTOS ITRS, 2019.

**Tabela 4** – Partos realizados em urgência e emergência obstétrica de janeiro 2014 á abril 2018.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parto Realizados** | **N** | **%** |
| Parto cesariano em gestação de alto risco | 3.341 | 53,4 |
| Parto normal | 1.305 | 20,8 |
| Parto normal em gestação de alto risco | 722 | 11,5 |
| Parto cesariano com laqueadura tubaria | 505 | 8,7 |
| Parto cesariano | 384 | 5,6 |
| **Total** | 6.257 | 100 |

**Fonte**: PAVELQUEIRES S, SANTOS ITRS, 2019.

**DISCUSSÃO**

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em obstetrícia é um dispositivo que permite priorizar os atendimentos de maior risco, proporcionando melhor qualidade e resolutividade na assistência. Além de impedir a superlotação com problemas de saúde não urgentes. Visto os indicadores deste estudo, percebe-se que a capacidade planejada é igual a operacional. É necessário que haja uma articulação com as redes de atenção a saúde (BRASIL, 2014).

Em relação à faixa etária, segundo OMS (2018), a taxa da gestação na adolescência do Brasil é de 68,4% enquanto na com a América Latina que é de 65,5%. Além disso, ainda refere que há o risco de mortalidade materna em menores de 15 anos, ainda é alto. Gestantes muito jovens apresentam um risco maior, além da imaturidade funcional de seu organismo há as repercussões psicológicas (BOUZAS IC, et al., 2014). No Brasil, a gravidez na adolescência teve uma redução significativa, passando de 83,6% em 2000 para 70,9% em 2010. Esta diminuição pode ser atribuída à divulgação de políticas públicas centradas no planejamento familiar e na educação em saúde. Considera-se importante, pois o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento da Fundação Oswaldo Cruz indica que 66% das gravidezes em adolescentes não são planejadas. (VALADARES C, 2017).

Outra questão sobre a faixa etárias é que, entre 45 e 49 anos há um menor número de gestantes, equivalente a 0,3%. Este fato há aspecto positivo, já que a senilidade dos ovários pode gerar gestação de risco. De acordo com ministério da saúde, gestantes com idade igual ou superior a 35 anos são consideradas parturientes tardias (BRASIL, 2012a). Por outro lado, observa-se um aumento no número de mulheres grávidas na faixa etária de 35 a 42 anos. Esse aumento pode ser atribuído à maior participação das mulheres em projetos de planejamento familiar e à maior participação delas na sociedade e no mercado de trabalho, o que pode ser chamado de "maturidade materna". (ALDRIGHI JA, et al., 2016).

O estudo, observando a **Tabela 1**, destacam como causa de atendimento as complicações em trabalho de parto e parto (22%). Motivos estes que encontram também no manual técnico de gestação de alto risco indicando os casos que necessitam de assistência de urgência e emergência, portanto necessários para atendimento neste serviço (BRASIL, 2012a).

Na **Tabela 2**, destacam-se os tratamentos para intercorrências na gravidez (92,8%), seguido das complicações relacionadas ao puerpério (3%), cirúrgico de gravidez ectópica (2,4%) e para edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério (1%). Estas se relacionam com as principais causas de atendimento que são as complicações em trabalho de parto e parto (22%), que terminam em aborto com (20%), motivos ligados ao feto, cavidade amniótica e ao parto (14%) e edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério com (1,8%), podendo relacionar a um prognóstico favorável da assistência de urgência e emergência obstétrica do local de estudo.

Nota-se na **Tabela 1**, um significativo número (20%) de atendimento por complicação que terminaram em aborto. Esse evento corresponde à cessação antes do início do período perinatal, no qual, se caracteriza até 22 semanas completas ou se o produto da concepção pesa menos que 500g ou medindo menos de 16 cm (BRASIL, 2011). Ocorre por algum problema no feto como em doenças genéticas ou problema no organismo materno, sejam por anomalias dos órgãos reprodutivos, infecções, doenças crônicas ou uso de substância psicoativa, como também pode ser de causa irreconhecível. Classifica-se como precoce antes de 13 semanas e tardio entre 13 e

22. Pode se classificar clinicamente como completo, inevitável/incompleto, retido, infectado, habitual e eletivo previsto em lei. É aconselhável medidas de assistência nos âmbitos biopsicossociais da mãe para melhora da assistência, mediante a situação legal (BRASIL, 2011).

Ressalta-se ainda que esse motivo de atendimento é comum e pode ser limitado com ações desde educação em saúde até cuidado integral da mulher, como identificar fatores biopsicossociais e entrar em contato com a rede social dessa mulher para obter uma assistência holística. (CARVALHO SM, PAES GO, 2014).

Outra questão sobre a causa de atendimento é que 14% dos casos foram são ligados a feto e a cavidade amniótica. O líquido amniótico (LA) possibilita segurança, evitando traumas e permitindo um desenvolvimento adequado para o feto. É um problema quando o valor dele está abaixo ou acima de seu volume adequado, podendo chamar respectivamente oligoidrâmnio ou polidrâmnio (MONTENEGRO CAB, REZENDE JF, 2018).

A redução causa anomalias fetais e retardo do crescimento intrauterino, compressão do cordão umbilical e consequentemente sofrimento fetal. No entanto, segundo o Manual de Gestação de Alto Risco a maior causa de diminuição é a rotura prematura de membrana, representando cerca de um quarto dos casos de redução e consequência deste o trabalho de parto prematuro (BRASIL, 2012a). O aumento excessivo de líquido é menos comum, porém, está relacionado á malformações fetais, alterações placentárias podendo levar a mortalidade perinatal.

Uma das causas de atendimento se relaciona com edema, proteinúria e síndromes hipertensivas, e corresponde 0,8%. Atualmente a principal causa de morte materna no Brasil e no mundo são as síndromes hipertensivas da gravidez e são considerados evitáveis (VALADARES C, 2018). Caracterizada pelo nível de pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg (MONTENEGRO CAB, REZENDE JF, 2018).

Podendo ser classificadas em hipertensão arterial crônica (HAS) quando é diagnosticado antes da vigésima semanas de gestação e após dozes semanas pós-parto; a hipertensão gestacional após 20 semanas. A proteinúria pode acompanhar essas complicações. O termo para isso é pré-eclâmpsia. A pré-eclâmpsia é superposta à HAS crônica quando as gestantes com HAS crônica apresentam plaquetopenia ou anormalidades da função hepática além dos fatores da pré-eclâmpsia. A DHEG é agravada com este fator e a eclâmpsia é o nome de uma crise convulsiva. um estágio que pode prejudicar a vida da gestante e desencadear a Síndrome de Hellp, que está relacionada à hemólise, plaquetopenia e aumento das enzimas hepáticas. Aproximadamente 2% dos tratamentos realizados no local treinado são para tratar edema, proteinúria e hipertensão durante a gravidez, parto e puerpério. (MONTENEGRO CAB, REZENDE JF, 2018).

Neste estudo, segundo a **Tabela 1**, as complicações relacionadas ao puerpério são 0,3% das causas de atendimento. Não estão entre as maiores taxas, porém sabe-se que dentre as taxas de morbimortalidade materna no Brasil essas intercorrências são relativamente altas (BRASIL, 2012a; FERNANDES BB, et al., 2015).

Cerca de 92% das mortes maternas evitáveis e dentre elas está a hemorragias e infecção puerperal. (VALADARES C, 2018; BRASIL, 2011). Nessa fase, a mulher se encontra no pós-parto que pode ser divida em: puerpério imediato que é desde o nascimento até primeiras 24 horas, precoce até sete dias e tardio até seis semanas (MONTENEGRO CAB, REZENDE JF, 2018).

Quanto aos tipos de partos, na **Tabela 4**, mostra que o cesáreo tem maior frequência (67,7%) evidenciando uma discrepância em relação à recomendação. Observa-se o parto cesariano em gestação de alto risco prevalece em relação a parto normal para o mesmo caso, respectivamente, 53,3% e 11,5%. Ressalta-se ainda a via cesárea de baixo risco corresponde a 5,6%, demonstrando uma taxa inapropriada. Segundo as Diretrizes de atenção a Gestante, cerca de 55,6% dos partos são cesáreos (BRASIL, 2015).

Essa taxa no serviço público é relativamente menor quando comparado ao privado, sendo respectivamente 40% e 84%. Segundo a OMS (2018) o Brasil é o segundo país com mais índice de parto cesáreo, nos quais, estão em destaque às regiões brasileiras sul, sudeste e centro-oeste, segundo os dados do DATASUS de 2017 (SOUZA C, ZANLORENSSI G, 2019).

A taxa de cesárea indicada pela OMS (2015) que seria considerado adequado e justificável apenas de 10 a 15% dos partos. A condição de risco da gestante e sua opção de escolha influencia o tipo de parto. É necessário que a gestante tenha conhecimento, ainda no pré-natal sobre benefícios e riscos de tais vias, promovendo sua autonomia na escolha do método para nascimento de seu filho. As ”Diretrizes de atenção a gestante” é um recurso disponível para orientação (BRASIL, 2015).

Nota-se um significativo número, na **Tabela 3**, cerca de 10% de procedimento de curetagem pós- abortamento/puerperal podendo se relacionar com a **Tabela 2**, cujo 22% causas de atendimentos são complicações que termina em aborto e complicações relacionadas com o puerpério. A Curetagem é uma raspagem intraútero, realizada via vaginal com um instrumental chamado cureta. É indicado nos casos de abortos retidos ou incompletos, ou investigação diagnóstica e tratamentos (BRASIL, 2012a).

Ainda na **Tabela 3**, nota-se a salpingectomia, com cerca de 0,1%, procedimento com finalidade de retirada das trompas uterina, podendo ser unilateral ou bilateral. Segundo FEBRASGO (2017) é indicada em casos de paciente com gravidez ectópica, ectópica rota, lesão tubária extensa e quando há prole constituída, uma vez este procedimento pode deixar a mulher infértil. Essa técnica cirúrgica esta associada com a prevenção de câncer de ovário. Pode-se relacionar essa terapêutica, a cirurgia de gravidez ectópica na **Tabela 2**, que corresponde a 3% sendo a terceira maior taxa de tratamentos realizados.

Portanto, o atendimento deste hospital constata maior procedência o local de estudo, apesar da referência para 62 municípios. Apresenta um perfil característico e não encontra uma contradição das outras regiões do Brasil. Sendo em sua maioria gestantes jovens, indicando a fase propícia para o período reprodutivo.

As principais causas de atendimento incluem complicações no trabalho de parto e parto, seguidas de complicações que resultaram em aborto, motivos relacionados ao feto, amniótica ocasional e parto e edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério. Os tratamentos mais comuns incluem intercorrências na gravidez, seguidas por complicações relacionadas ao puerpério, procedimentos cirúrgicos de gravidez ectópica e tratamentos para edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério. A curetagem pós-aborto foi um dos procedimentos mais importantes. Assim, a resolutividade efetiva é observada quando se observa a causa dos atendimentos, tratamentos e procedimentos recomendados. Vale ressaltar que os fatores mencionados são significativos para a morbimortalidade materna.

A via de parto cesárea foi responsável por mais da metade dos partos realizados durante o período do estudo, ultrapassando a taxa desta no Brasil e além de estar em desconformidade com as recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

**CONCLUSÃO**

O estudo possibilitou reconhecer e caracterizar o perfil epidemiológico de gestantes em situação de urgência e emergência. Compreenderam-se os antecedentes obstétricos e a conjuntura de condições sociodemográficas e econômicas. Sugere-se um investimento na promoção e prevenção do planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério. Sendo fundamental reconhecer os indicadores, estabelecer metas e traçar o perfil para o planejamento. Propõe-se a articulação das redes de atenção á saúde, visando a integralidade e uma qualificação profissional para identificar e solucionar precocemente riscos ou alterações neste período. A gestação de alto risco é um significativo problema de saúde pública, sendo necessário o uso de estratégias para melhorar a qualidade dos serviços e a clínica ampliada para uma assistência holística e longitudinal, a fim da redução da morbimortalidade materna.

**REFERÊNCIAS**

* ALDRIGHI JA, et al. Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 2017;39(1):1-9.
* BOUZAS IC, et al. Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas, obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência. Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, 2014;11(3): 7- 21.
* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
* BRASIL. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. Coordenação Geral de Informática de Informações de Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. Gestação de Alto Risco, 2012b.
* BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Ministério da Saúde. Brasília, 2015.
* BRASIL. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
* CARVALHO SM, PAES GO. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2014; 18(1):130-135.
* FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Mola hidatiforme é câncer? São Paulo: FEBRASGO, 2017.
* FERNANDES BB, et al. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. Revista Gaúcha de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2015;36(no.spe): 192-199,
* MICHILIN NS, et al. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Revista Brasileira de Enfermagem, Botucatu, 2016; 69(4): 669-675.
* MONTENEGRO CAB; REZENDE JF. Obstetrícia. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
* OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. Sistema de Monitoramento de Indicadores. Relatórios Dinâmicos. Mortalidade materna cresce no Brasil. Curitiba: SESI PARANÁ, 2018.
* ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Taxa de gravidez adolescente

no Brasil está acima da média latino-americana e caribenha Brasília: OPAS/OMS, 2018.

* ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Folha informativa: Mortalidade

materna. Brasília: OPAS/OMS, 2018.

* SILVA JR, et al. Indicadores da Qualidade da Assistência Pré Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Maranhão, 2018. 22(2):109-116.
* SOUZA C, ZANLORENSSI G. Os tipos de parto no Brasil e os locais de sua ocorrência. Nexo Jornal LTDA, São Paulo, 2019.
* VALADARES C. Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna. Agência Saúde. Brasília, 2018.
* VALADARES C. Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil. Agência Saúde, Brasília, 2017.
* ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre

Taxas de Cesáreas. Brasília: OPAS/OMS, 2015.