



Capítulo 4

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: OLHARES
MULTIDISCIPLINARES**

URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: OLHARES MULTIDISCIPLINARES

OBSTETRIC URGENCY AND EMERGENCIES: MULTIDISCIPLINARY VIEWS

Maria Cristina de Moura-Ferreira¹

Jaqueline Adelaide da Silva Santos²

Efigênia Aparecida Maciel de Freitas³

Maria Lúcia Fernandes de Carvalho Marques⁴

Fernanda Duarte dos Santos Martins⁵

Diana Nunes da Silva⁶

Ana Pedrina Freitas Mascarenhas⁷

1 Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Mestrado e Doutorado em enfermagem fundamental; Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde; Especialização em Sexualidade Humana Contexto da Assistência à Saúde; Especialização em Enfermagem do Trabalho; Especialização em Administração Hospitalar e Habilitação em Licenciatura em Enfermagem. Docente Associado IV do Curso de Graduação em Enfermagem Bacharelado/Licenciatura da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

2 Enfermeira Obstetra pelo Programa de Residência de Enfermagem com área de Concentração em Obstetrícia pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco pelo IMIP. Enfermeira assistencial no Hospital das Clínicas pela Universidade Federal de Uberlândia- UFU/EBSERH

3 Pós-doutoramento na área de Informação e Decisão em Saúde/CINTESIS, no Departamento de Medicina da Comunidade na Universidade do Porto - Portugal, Doutora em Ciências pela USP Ribeirão Preto, Enfermeira Obstétrica pela UFMG - Rede Cegonha. Docente da universidade Federal de Uberlândia - UFU

4 Especialista em Enfermagem Obstétrica- Enfermeira Saúde da Mulher HULW/ EBSEH.

5 Especialista em enfermagem neonatal e pediátrica com ênfase em UTI, Administração hospitalar, Auditoria em saúde, Saúde do trabalhador, Estética, Saúde do adolescente. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSEH na Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

6 Enfermeira Especialista Em Saúde Pública; Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

7 Enfermeira especialista em Obstetrícia. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSEH.

Tatiana Carneiro de Resende⁸

Mayla Silva Borges⁹

Richarlisson Borges de Moraes¹⁰

Amanda Thaise de Souza Barbosa¹¹

Rosicleide Rúbia Pereira Medeiros¹²

Laudeci Brito Batista¹³

Cléria Rodrigues Ferreira¹⁴

Geni Kelly¹⁵

Jerssycca Paula dos Santos Nascimento¹⁶

Lícia Helena Farias Pinheiro¹⁷

Priscilla Antunes de Oliveira¹⁸

8 Enfermeira formada pela UFU. Docente ESTES/UFU. Especialista em Obstetrícia - Hospital Albert Einstein. Mestre em ciências da Saúde (UFU) e Doutora em Ciências (UNIFESP)

9 Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia, Enfermeira Obstetra pela Faculdade CGESP Goiânia, Especialista em Saúde Pública e da Família pelo Instituto Passo1.

10 Enfermeiro Especialista em Nefrologia (UNIFESP), Enfermeiro Especialista em Infectologia (UNIFESP), Mestre em Ciências da Saúde (UFU), Doutorando em Enfermagem (UNIFESP).

11 Enfermeira pela faculdade Santa Maria Titulação Especialista em enfermagem obstétrica pela Uninter; Especialista em preceptoría em saúde pela UFRN; Mestranda do curso programa de mestrado profissional em gerontologia pela UFPB. Enfermeira obstetra no Hospital Universitário Lauro Wanderley- HULW/EBSERH.

12 Graduada em Enfermagem. Especialista em Saúde da Família - FIP. Especialista em Obstetrícia e Neonatologia - FACENE. Especialista em Urgência e Emergência e UTI pela Cefapp. Mestra em Educação, trabalho e inovação em medicina, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

13 Enfermeira, especialista em Saúde da Família -FIP e mestrado em Saúde Coletiva –Unisantos

14 Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Medicina do Triangulo Mineiro; Gestora em Saúde; Especialista em Saúde Pública com ênfase em Estratégia de Saúde da Família; Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de uberlândia.

15 Pós-graduação em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde - IEP-HSL. Pós-graduanda em Enfermagem em Oncologia e Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade ÚNICA.

16 Enfermeira na empresa brasileira de serviços hospitalares no hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (EBSERH/HC-UFU).

17 Especialista em Cardiologia, Saúde da família e Urgência e Emergência. Enfermeira no Hospital Lauro Wanderley na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH

18 Mestre em Cuidados Primários da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros, MG –

Silvana Mère Cesário Nóbrega¹⁹

Cristina Maria Oliveira Martins Formiga²⁰

Sérgio Ferreira Tannús²¹

Maria Diane Braga Dantas Monteiro²²

Resumo: A gestação é um processo fisiológico que acarreta modificações físicas e emocionais no organismo materno. Porém, o período gestacional pode vir acompanhado de complicações emergenciais, capazes de ocasionar iminente ameaça de morte à vida materna e/ou fetal, contribuindo para a crescente taxa de mortalidade nessa população. A morbimortalidade materna é considerada um problema de saúde pública e um desafio para os serviços de saúde no Brasil na qual as principais emergências obstétricas envolvem quadros como as síndromes hipertensivas da gestação, hemorragias pós-parto, infecções, aborto, entre outras que ocorrem durante a gestação, parto e pós-parto. As síndromes hipertensivas estão em segundo lugar nas causas de mortalidade materna, perdendo apenas para as hemorragias, que são uma das principais causas da mortalidade no mundo.

Palavras chaves: Saúde da mulher; Obstetrícia; Emergência.

Abstract: Pregnancy is a physiological process that causes physical and emotional changes in the mother's body. However, the gestational period may be accompanied by emergency complications, capable of causing an imminent threat of death to maternal and/or fetal life, contributing to the incre-

UNIMONTES e Enfermeira Obstétrica do HC/UFU -EBSERH

19 Graduada em Enfermagem e Especialista em Cardiologia e Hemodinâmica Enfermeira no hospital universitário Lauro Wanderley na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH

20 Graduação em Enfermagem. Especialização em enfermagem do trabalho. Enfermeira assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

21 Enfermeiro, Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador PPGAT pelo programa de pós-graduação da Universidade Federal de Uberlândia UFU.

22 Enfermeira com especialização em obstetrícia e ginecologia. Mestre em educação, trabalho e inovação em medicina – UFRN. Enfermeira obstetra no hospital Universitário Ana Bezerra/UFRN. Coordenadora do banco de leite humano do Hospital do Seridó.

asing mortality rate in this population. Maternal morbidity and mortality is considered a public health problem and a challenge for health services in Brazil, in which the main obstetric emergencies involve conditions such as hypertensive syndromes during pregnancy, postpartum hemorrhages, infections, abortion, among others that occur during pregnancy. pregnancy, childbirth and postpartum. Hypertensive syndromes are in second place in causes of maternal mortality, second only to hemorrhages, which are one of the main causes of mortality in the world.

Keywords: Women's health; Obstetrics; Emergency.

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico que acarreta modificações físicas e emocionais no organismo materno (SILVA et al., 2022). Porém, o período gestacional pode vir acompanhado de complicações emergenciais, capazes de ocasionar iminente ameaça de morte à vida materna e/ou fetal, contribuindo para a crescente taxa de mortalidade nessa população (BARBOZA et al, 2019).

A morbimortalidade materna é considerada um problema de saúde pública e um desafio para os serviços de saúde no Brasil (RICHTER et al., 2022). Ainda segundo Richter (2022), em 2018 no país, as emergências obstétricas provocaram 59,9 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos. Além do alto índice de mortalidade materna, as emergências obstétricas estão associadas a “near miss” materno, que se refere à quase morte materna que vai da gestação a 42 dias pós-parto (RICHTER et al., 2022).

As principais emergências obstétricas envolvem quadros como as síndromes hipertensivas da gestação, hemorragias pós-parto, infecções, aborto, entre outras que ocorrem durante a gestação, parto e pós-parto (SILVA et al., 2021). As síndromes hipertensivas estão em segundo lugar nas causas de mortalidade materna, perdendo apenas para as hemorragias, que são uma das principais causas da mortalidade no Mundo (SILVA et al., 2022). Conhecidas como eclampsia e pré-eclâmpsia, segundo

SILVA (2022) diferenciam-se por períodos convulsivos, que ocorrem na eclampsia, podendo estar associada a cefaleia frontal e alterações e exames laboratoriais.

Para SILVA (2022), a pré-eclâmpsia é uma desordem que afeta cerca de 5-8% de todas as gestações. Alguns estudos defendem a hipótese de uma desregulação do sistema imunológico materno, resposta parcial da tolerância materna ao trofoblasto. A eclâmpsia diferencia-se pela presença de convulsões, podendo ser precedidas por cefaleia frontal e distúrbios visuais, a crise convulsiva pode desencadear-se durante a gestação no decurso do parto ou no puerpério (SILVA et al., 2022).

A hemorragia pós-parto (HPP) é conceituada por perda sanguínea acima de 500 mL após parto vaginal ou acima de 1000 mL após parto cesariana nas primeiras 24 horas OU qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica, acompanhada de sinais ou sintomas de hipovolemia após o trabalho de parto (OPAS, 2018). Em virtude da sua alta morbidade e mortalidade materna, chegando a 140.000 mortes anuais, é considerada a principal causa de morte materna no mundo (OLIVEIRA et al., 2023).

DESENVOLVIMENTO

A hemorragia pós-parto (HPP) pode ser definida como uma perda sanguínea de 1.000 mL ou mais de sangue, acompanhada de sinais ou sintomas de hipovolemia, dentro de 24 horas pós-parto (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS, 2017). Sendo a principal causa de morte materna no mundo, com cerca de 140.000 mortes por ano e com uma frequência de uma morte a cada quatro minutos (SOSA et al., 2009). Por serem consideradas, maioria dos casos, mortes evitáveis torna-se essencial que todos os profissionais que prestam assistência ao parto e pós-parto estejam atualizados e capacitados para prevenir, diagnosticar e manejar um quadro de HPP (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS, 2017).

Quadro 1. Fatores de Risco para HPP

Anteparto	Intraparto
<ul style="list-style-type: none"> ▪ História pregressa de HPP ▪ Distensão uterina (gemelar, polidramnio, macrossomia) ▪ Distúrbios de coagulação congênitos ou adquiridos ▪ Uso de anticoagulantes ▪ Cesariana prévia com placenta anterior (risco acretismo) ▪ Placentação anormal confirmada (prévia ou acretismo) ▪ Grande múltipara (≥ 4 partos vaginais ou ≥ 3 cesarianas) ▪ Elevação dos níveis pressóricos na gestação (Pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, hipertensa crônica) ▪ Anemia na gestação ▪ Primeiro filho após os 40 anos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalho de parto prolongado ▪ Trabalho de parto taquitócito ▪ Laceração vaginal de 3º/4º graus ▪ Prolongamento de episiotomia ▪ Placentação anormal (acreta, prévia) ▪ Descolamento Prematuro de Placenta ▪ Parto induzido ▪ Corioamnionite ▪ Parada de progressão do polo cefálico ▪ Parto instrumentado (fórceps, vácuo)

Fonte: OPAS, 2018

Todas as mulheres internadas para parto vaginal ou cirurgia cesariana, deverão ser classificadas de acordo com a estratificação de risco de hemorragia puerperal ainda na admissão. Nesta classificação as parturientes serão estratificadas em baixo, médio e alto risco, conforme quadro 2 (OPAS, 2018).

Quadro 2. Estratificação de Risco para HPP

QUADRO 3. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO PARA HPP		
BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de cicatriz uterina ▪ Gravidez única ▪ ≤ 3 partos vaginais prévios ▪ Ausência de distúrbio de coagulação ▪ Sem história de HPP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cesariana ou cirurgia uterina prévia ▪ Pré-eclâmpsia leve ▪ Hipertensão gestacional leve ▪ Superdistensão uterina (Gestação múltipla, polidramnio, macrosomia fetal) ▪ ≥ 4 partos vaginais ▪ Corioamnionite ▪ História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica ▪ Obesidade materna (IMC > 35kg/m²) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placenta prévia ou de inserção baixa ▪ Pré-eclâmpsia grave ▪ Hematócrito < 30% + fatores de risco ▪ Plaquetas < 100.000/mm³ ▪ Sangramento ativo à admissão ▪ Coagulopatias ▪ Uso de anticoagulantes ▪ Descolamento prematuro de placenta ▪ Placentação anômala (acretismo) ▪ Presença de ≥ 2 fatores de médio risco

Fonte: OPAS, 2018

As mulheres que forem classificadas como alto risco para HPP, deverão ter Hb, Ht e fibrinogênio, amostra para TS e reserva de sangue coletados, além da reserva de dois (2) concentrados de hemácias previamente ao parto.

Para diagnosticar uma paciente com HPP foi estabelecido o parâmetro de 1.000 mL cumulativos, independentemente da via de parto (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS, 2017). Contudo, deve-se atentar para a presença de fatores de risco, nestes casos as perdas sanguíneas superiores a 500 mL após partos vaginais devem ser consideradas anormais. As hemorragias graves são aquelas onde a paciente perde mais de 1.000 mL de sangue, já nas perdas superiores à 2.000 ml são classificadas como hemorragia maciça, que geralmente vêm acompanhadas de queda da hemoglobina ≥ 4 g/dL, coagulopatia e necessidade de transfusão maciça (SOSA et al., 2009).

Conduas de acordo com a classificação de risco:

- **Baixo risco:** manejo ativo do 3º estágio, observação rigorosa por 2 horas; estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta;
- **Médio risco:** manejo ativo do 3º estágio; observação rigorosa por 2 horas; estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta; avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16G), hemoglobina e hematócrito;
- **Alto risco:** manejo ativo do 3º estágio; observação rigorosa por 2 horas; estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta; avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16G), Tipagem sanguínea, Hemograma, prova cruzada e reserva de sangue (2 bolsas de Concentrado de Hemácias) e fibrinogênio.

Já, as condutas pós-parto para prevenção da HPP estão descritas no Quadro 3 e devem ser instituídas para todos os nascimentos independente da via de parto e estratificação de risco.

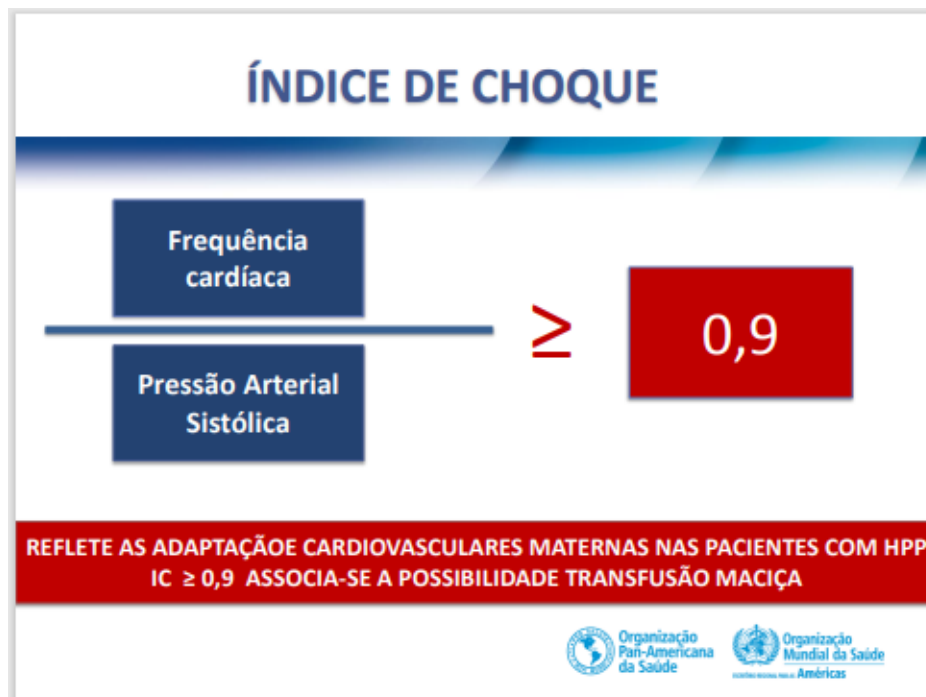
Quadro 3 . MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA HPP		
MEDIDAS DE PREVENÇÃO	CARACTERÍSTICAS	OBSERVAÇÕES
Uso universal da ocitocina após o parto.	No parto vaginal- Injetar 10UI/IM de ocitocina. Na Cesárea- 5UI/IV em 3 minutos + 20UI/IV em 500ml SF/RL em 4 horas após a dequitação na cirurgia cesariana.	Ocitocina é o principal componente das medidas de prevenção da HPP, reduzindo-a em > 50%.
Clampeamento oportuno do cordão umbilical.	Realizar o Clampeamento do cordão umbilical após 1º minuto de vida, na ausência de contraindicações.	Nenhuma dessas medidas substitui o uso preventivo da ocitocina logo após o nascimento
Tração controlada do cordão umbilical.	Realizar apenas se profissional treinado. Associar a tração de cordão à manobra de Brandt-Andrews (para estabilização uterina)	

Vigilância/massagem uterina após dequitação	Massagem gentil a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas após a retirada da placenta	São consideradas medidas adicionais e de impacto variável
Contato pele a pele mãe-filho	Estimular o contato pele a pele, pois é uma medida de saúde pública e determina importante benefício para o vínculo mãe-filho.	
Outras medidas de prevenção	Uso racional da ocitocina no trabalho de parto e NÃO realizar Manobra de Kristeller.	

Fonte: OPAS, 2018

As quedas nos níveis de hemoglobina e hematócrito são tardios e não refletem o estado hematológico do momento (LIU et al., 2017). Frente às evidências clínicas de perda sanguínea acima do habitual, é necessário que não ocorram atrasos na instituição do tratamento (OPAS, 2018). A pesagem de compressas, os dispositivos coletores e os parâmetros clínicos, incluindo o índice de choque representam as estratégias para diagnosticar e estimar a perda volêmica além das estimativas visuais, que representa uma estratégia simples e rápida, sendo subjetiva e podendo subestimar as perdas volumosas em até duas a três vezes. Apesar de os parâmetros clínicos, como pressão arterial e frequência cardíaca, só sofrerem alterações nos diagnósticos tardios, são muito úteis na determinação da gravidade do choque, na avaliação do tratamento escolhido (LILLEY et al., 2016).

O índice de choque (IC) calculado através da divisão da frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica da gestante/puérpera é um marcador clínico de gravidade em caso de HPP. Valores ≥ 0.9 em puérperas com HPP sugerem perda sanguínea significativa. Na prática clínica valores ≥ 1 , ou seja, frequência cardíaca superior à pressão arterial sistólica, sinalizam necessidade de abordagem agressiva do quadro hemorrágico, incluindo a possibilidade real de transfusão (CANNON et al., 2009; NATHAN et al., 2015).



Fonte: OPAS, 2018

Valor IC	INTERPRETAÇÃO	CONSIDERAR NA HPP:
≥ 0.9	Risco de transfusão	Hemotransfusão Transferência
≥ 1.4	Necessidade de Terapêutica agressiva com urgência	Abordagem agressiva e imediata. Abrir protocolo de Transfusão maciça
≥ 1.7	Alto risco de resultado materno adverso	Abordagem agressiva e imediata. Abrir protocolo de Transfusão maciça Comunicar CTI

El Ayadi AM et al. PLoS One. 2016 Feb 22;11(2):e0148729; Le Bas A et al. Int J Gynaecol Obstet. 2014;124(3):253-5.; Pacagnella RC et al. PLoS One. 2013;8(3):e57594. ; Sohn CH et al. Shock. 2013;40(2):101-5; Nathan HL et al. BJOG. 2015 ;122(2):268-7511

Fonte: OPAS, 2018

Sinais clínicos, grau do choque hipovolêmico e o índice de choque

SINAIS CLÍNICOS, GRAU DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO E O ÍNDICE DE CHOQUE

PERDA SANGUE ESTIMADA (% e mL) *	PULSO	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)	ÍNDICE DE CHOQUE (Valor aproximado)	GRAU DO CHOQUE	TRANSFUSÃO
10-15% 500-1000 mL	60-90	>90	0,7 – 1,0	Compensado	Usualmente não
16-25% 1000-1500 mL	91-100	80-90	1,0 - 1,3	Leve	Possível
26-35% 1500-2000 mL	101-120	70-79	1,3 - 1,7	Moderado	Usualmente requerida
>35% >2000mL	>120	<70	> 1,7	Grave	Possível transfusão Maciça



Fonte: OPAS, 2018

O tratamento medicamentoso deve ser iniciado com ocitocina e o ácido tranexâmico. O ácido tranexâmico deve ser administrado na dose de 1 grama diluído em 100 mL de soro fisiológico a 0,9%. Pode ser repetido após 30 minutos caso o controle hemorrágico não tenha sido obtido. Diante da recidiva do sangramento dentro das 24 horas da sua administração inicial, outra dose de 1 grama também pode ser infundida. Os esquemas de infusão dos uterotônicos são variáveis. Sugere-se a infusão inicial lenta (três minutos) de 5 unidades de ocitocina, seguidas de 20 a 40 unidades em 500 mL de soro fisiológico, administradas a 250 mL/hora (CANNON et al., 2009; NATHAN et al., 2015).

Um esquema sequencial de manutenção deve ser administrado a 125 mL/h, durante quatro horas. Nos casos mais graves de atonia uterina, deve ser considerada a manutenção de ocitocina até 24 horas (67,5 mL/h ou 3 unidades/h), com vigilância para intoxicação hídrica. Diante de resposta inadequada à ocitocina, a infusão sequencial de outros uterotônicos é necessária e o intervalo de tempo para a tomada de decisão não deve ser superior a 15 minutos, uma vez que são medicamentos de

ação rápida (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS, 2017; OPAS, 2018; WOMAN TRIAL COLLABORATORS, 2017).

Na ausência de hipertensão arterial ou de uso de inibidores de protease, a metilergometrina (0,2 mg intramuscular) deve ser o segundo uterotônico a ser administrado, podendo ser repetida após 20 minutos. O uterotônico de última linha é a prostaglandina. Sugere-se a administração retal de 800 a 1.000 mcg de misoprostol ou de 600 mcg por via sublingual (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS, 2017; OPAS, 2018).

Esse sequenciamento medicamentoso é direcionado para a atonia uterina, etiologia mais frequente de HPP. Paralelamente à sua instituição, faz-se necessária a realização do teste do coágulo e da revisão do canal de parto, visando excluir as outras etiologias (lacerações de trajeto, rotura ou inversão uterina, retenção de material ovular, coagulopatias). Essas etiologias exigem tratamentos específicos, tais como curetagem uterina (restos ovulares), suturas (lacerações de trajeto), manobra de reposicionamento uterino (inversão uterina), laparotomia para reparo ou histerectomia (rotura uterina) e transfusão de hemocomponentes (coagulopatias) (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS, 2017; OPAS, 2018).

CONCLUSÃO

Sendo assim, conclui-se que a HPP a maior causa de mortalidade materna no mundo, a capacidade das equipes assistenciais em prevenir, diagnosticar e instituir o manejo não cirúrgico o mais precoce possível se torna imprescindível. É essencial que um fluxo de trabalho organizado com a implementação de protocolos e documentos institucionais que manejem e direcione a equipe na terapia para o controle da HPP.

A estratificação de risco deve ser utilizada para a redução dos riscos e da morbimortalidade e para isso é necessário que as instituições tenham a capacidade de manter seus profissionais atualizados e adotando condutas baseadas em evidências científicas, como o uso da ocitocina profilática no

manejo ativo do terceiro período do parto. Assim a prevenção da morte materna, a implementação de protocolos institucionais e a implantação de programas de educação permanente são extremamente eficazes na prevenção de desfechos negativos na assistência ao parto e puerpério.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Practice Bulletins Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(4):e168-86. Disponível em: doi: 10.1097/AOG.0000000000002351

BARBOZA, E. M. O. et al. Urgência Subjetiva em Emergência Obstétrica de Alto Risco: Um Estudo Psicanalítico. *Revista Subjetividades*, v. 19, n. 3, p. 20, 2019.

CANNON, C.M. et al. Utility of the shock index in predicting mortality in traumatically injured patients. *J Trauma.* 2009; 67(6):1426-30. Disponível em: doi: 10.1097/TA.0b013e3181bbf728

LILLEY, G. et al. Measurement of blood loss during postpartum haemorrhage. *Int J Obstet Anesth.* 2015 ; 24(1):8-14. Disponível em: doi: 10.1016/j.ijoa.2014.07.009

LIU, Y. et al. Clinical assessment indicators of postpartum hemorrhage: a systematic review. *Chin Nurs Res.* 2017; 4 (4):170-7. Disponível em: doi: 10.1016/j.cnre.2017.10.003

LIVEIRA, N. et al. HEMORRAGIA PÓS-PARTO: ATUALIZAÇÕES SOBRE O MANEJO TERAPÊUTICO E SUA PREVENÇÃO. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, v. 4, n. 3, p. e432877, 2023.

NATHAN, H.L. et al. Shock index: an effective predictor of outcome in postpartum haemorrhage? *BJOG.* 2015; 122(2):268-75. Disponível em: doi: 10.1111/1471-0528.13206

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília (DF): Opas; 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diag-

nóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018

RICHTER HUMMEL, J. et al. Emergências obstétricas: estudo de caso múltiplo em terapia intensiva / Obstetric emergencies: multiple case study in intensive care. *Journal of Nursing and Health*, v. 12, n. 2, 2022.

SILVA, A. C. D. DA et al. Cotidiano do enfermeiro nas emergências obstétricas no atendimento pré-hospitalar móvel. *E-Acadêmica*, v. 3, n. 2, p. e2332174, 2022.

SILVA, M. A. B. DA et al. Conduas do Enfermeiro em Situações de Urgências e Emergências Obstétricas / Nurse's Conduct in Situations of Obstetric Urgency and Emergencies. ID on line *REVISTA DE PSICOLOGIA*, v. 15, n. 56, p. 137–152, 2021.

SOSA, C.G.; ALTHABE, F.; BELIZÁN J.M.; BUEKENS, P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. *Obstet Gynecol.* 2009;113(6):1313-9. Disponível em: doi:10.1097/AOG.0b013e3181a66b05

VIEIRA, H. E. A.; MAIA, M. H. O.; SANTOS, K. C. A. S. A. DOS. Conduas do enfermeiro frente ao acolhimento e classificação de risco em urgências e emergências obstétricas: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 14, p. e86121443859, 2023.

WOMAN TRIAL COLLABORATORS. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2017; 389(10084):2105-16. Disponível em: doi: 10.1016/S01406736 (17)30638-