

Atuação da enfermagem no atendimento às emergências obstétricas: Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia

Nursing performance in serving obstetric emergencies: Eclampsy and Pre-eclampsy

DOI:10.34119/bjhrv4n1-089

Recebimento dos originais: 12/12/2020

Aceitação para publicação: 12/01/2021

Renata Soraya Soares de Sousa

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UniFavip|Wyden)

Endereço: Rua Maria do Carmo Maciel, 320 - São José, Caruaru - PE, Brasil. CEP:
55020-502

E-mail: renatasssousa@gmail.com

Laís Alves da Silva

Graduação em enfermagem pelo UNIFAVIP-WYDEN

Pós graduanda em Ginecologia & Obstetrícia e Saúde Pública.

Endereço: Rua major João Ferreira, São Caetano-PE, Brasil. Cep: 55130-000

E-mail: laisalves310@gmail.com

Edna Andrade dos Santos

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UniFavip|Wyden)

Pós- graduanda em segurança do paciente e gestão de riscos assistências pela Faculdade
de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)

Endereço: Rua - Estados Unidos, 56 Salgado, Caruaru - PE, Brasil. CEP: 55020-290

E-mail: ednaandradeenf@outlook.com

Nayara Kelly Felix Ferreira

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UniFavip|Wyden)

Pós-graduanda em Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização e Recuperação

Pós- Anestésica pelo Centro de formação, aperfeiçoamento profissional e Pesquisa
(CEFAPP)

Rua Doutor Sebastião Cabral, 85 – Centro, Agrestina – PE, Brasil. CEP: 55495-000

E-mail: nayara_kelly2016@hotmail.com

Erika Deyse de Lima

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UniFavip|Wyden)

Pós-graduanda em Urgência, Emergência e UTI pelo Centro de Ensino e Pesquisa em
Emergências Médicas (CEPEM)

Endereço: Rua i, 22 - Vassoural, Caruaru - PE, Brasil. CEP: 55028-420

E-mail: erikadeyse30@gmail.com

Stephanie Karoline Torres da Silva

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(Unifavip/Wyden)

Travessa Jorge Lessa de Pontes, 10 - Centro, São Caitano - PE, Brasil. CEP: 55130-000
E-mail: stephanie.k.torres@hotmail.com

Camila Caroline da Silva

Graduação em Enfermagem Prefeitura municipal de Toritama-PE

Endereço: Rua José Eraldo da Silva, n- 304 - Centro, Toritama-PE, Cep: 55125-000
E- mail: Camilacarolinecc@outlook.com

Aline Estefany da Silva

Graduanda em Enfermagem

Rua Manoel José Filho, n-38 - Duque de Caxias, Toritama - Pe, CEP: 55.125-000
E-mail: alineestefanny23@outlook.com

RESUMO

Introdução: A gravidez é um processo fisiológico, no qual produz inúmeras modificações locais e sistêmicas no corpo feminino, mesmo sendo um acontecimento natural na vida das mulheres, algumas destas gestações podem ser consideradas de risco. As síndromes hipertensivas ocupam o segundo lugar no ranking de causas de mortalidade materna, perdendo apenas para hemorragias, as quais são responsáveis por estimados 22% de todos os óbitos maternos na América Latina. 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. A assistência prestada baseada em evidência científica, e consiste em padrão ouro no cuidado em saúde. Bem como a investigação dos óbitos ocorridos, está em consonância com o processo de melhoria na qualidade da assistência prestada. Com isso, este artigo traz por objetivo à análise da atuação da equipe de enfermagem no atendimento às emergências obstétricas: eclâmpsia e pré-eclâmpsia. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, que utilizou como fontes artigos científicos disponíveis nas bases de dados Scientific Electronic, Library Online (SciELO), Bases de Dados da Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scopus entre os anos de 2010 a 2019, com texto completo disponível, além de manuais do Ministério da Saúde, da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, e da Organização Mundial de Saúde. **Resultados e Discussão:** Vários são os danos causados pelas Doenças hipertensivas específica da gravidez (DHEG), dentre eles, lesões renais, hepáticas, cerebrais e alterações uteroplacentárias. Toda paciente diagnosticada com Pré-eclâmpsia (PE) deve ser hospitalizada, independente da gravidade do caso, mesmo as que aparentemente apresentem um quadro benigno podem subitamente evoluir para complicações graves que podem levar a óbito do binômio. Com os aparecimentos dos sintomas preditores, a droga de escolha para prevenção da eclâmpsia é o sulfato de magnésio, único fármaco com efeitos preventivos comprovados

em relação às convulsões. Este reduz 57% o risco de ocorrência de quadros de eclampsia e diminui riscos de morte materna. O sulfato de magnésio deve ser utilizado por 24 horas pós-parto. Conclusão: No que concerne à temática, o papel da enfermagem frente a essa realidade deve ser desempenhado com autonomia e respaldo teórico, para que a prática assistencial possa identificar e suprir com eficiência as necessidades da gestante, bem como do concepto.

Palavras-chave: Assistência Ambulatorial, Cuidados de enfermagem, Eclampsia, Pré-eclâmpsia.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a physiological process, which does not produce specific and systemic changes in the female body, being a natural event in the lives of women, some of these presentations can be used at risk. As hypertensive syndromes occupy the second place in the ranking of causes of maternal mortality, second only to hemorrhages, as they are responsible for an estimated 22% of all maternal deaths in Latin America. A pre-eclampsia is a disorder that affects about 5 to 8% of all occurrences, some studies defend a hypothesis of deregulation of the maternal immune system, partial response of maternal tolerance to the trophoblast. An eclampsia differentiated by the presence of seizures, can be preceded by frontal headache and visual disturbances, a seizure crisis can be triggered during a pregnancy during the delivery or in the puerperium. The assistance provided based on scientific evidence consists of the gold standard in health care. As well as the investigation of deaths, it is in line with the process of improving the quality of care provided. Thus, this article aims to analyze the performance of the nursing team in attending obstetric emergencies: eclampsia and pre-eclampsia. **Materials and Methods:** This is an integrative bibliographic review, which uses as sources scientific articles available in the databases Scientific Electronic, Library Online (SciELO), Databases of Latin American Literature in Health Sciences (Lilacs), MEDLINE and Scopus between 2010 and 2019, with full text available, in addition to manuals from the Ministry of Health, the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations and the World Health Organization. **Results and Discussion:** There are several damages caused by DHEG, among them, kidney, liver, brain and uteroplacental changes. Every patient diagnosed with PE should be hospitalized, regardless of the severity of the case, even those who apparently have a benign condition can suddenly evolve into serious complications that can lead to death of the binomial. With the appearance of predictive symptoms, the drug of choice for preventing eclampsia is magnesium sulfate, the only drug with proven preventive effects in relation to seizures. This reduces the risk of occurrence of eclampsia by 57% and reduces the risk of maternal death. Magnesium sulfate should be used for 24 hours postpartum. **Conclusion:** Regarding the theme, the role of nursing in the face of this reality must be performed with autonomy and theoretical support, so that the care practice can identify and efficiently meet the needs of the pregnant woman, as well as the conceptus.

Keywords: Ambulatory Assistance, Eclampsy, Nursing care, Pre eclampsy.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico, no qual produz inúmeras modificações locais e sistêmicas no corpo feminino, mesmo sendo um acontecimento natural na vida das mulheres, algumas destas gestações podem ser consideradas de risco. Autores defendem que grande parte desse processo evolui sem nenhum tipo de intercorrência, porém no seu transcorrer, complicações podem surgir e se não houver intervenções adequadas, podem ameaçar a vida do concepto e da mãe (GAMA et al., 2009). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que em 2015, 303.000 mulheres morreram por causas decorrentes da gravidez. As síndromes hipertensivas ocupam o segundo lugar no ranking de causas de mortalidade materna, perdendo apenas para hemorragias, as quais são responsáveis por estimados 22% de todos os óbitos maternos na América Latina (Say L, et al 2014). De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2011 as síndromes hipertensivas foram responsáveis por 325 óbitos, representando cerca de 20% das causas de mortalidade maternas no Brasil.

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 interação deste com os leucócitos deciduais gera uma inadequada produção de citocinas e quimiocinas que tornam o meio materno fetal hostil para o trofoblasto e assim gerando consequências em sua perfusão, como por exemplo a hipóxia, posteriormente causando um estresse oxidativo, devido ao mau controle da oxigenação, provocando ativação de leucócitos sistêmicos e consequentemente a pré-eclâmpsia, que é caracterizada pela presença de proteinúria (decorrente da lesão glomerular) e aumento tensional da pressão arterial, esta última, decorrente da disfunção endotelial (REZENDE, 2017).

Para a avaliação da proteinúria, é necessário realizar uma coleta de urina em 24h, para analisar a perda total. Considera-se pré-eclâmpsia quando o resultado mostra 2+ valor $\geq 0,3g$ ou mais de proteínas, associado à pressão 140x90 mmHg ou mais (FEBRASGO, 2017).

A eclâmpsia diferencia-se pela presença de convulsões, podendo ser precedidas por cefaleia frontal (acomete 60% a 70%) e distúrbios visuais (20 a 30%), a crise convulsiva pode desencadear-se durante a gestação (50% dos casos), no decorso do parto

ou no puerpério. Em casos graves com lesão hepática, após a convulsão e coma surgem a icterícia (REZENDE; 2017)

No fígado ocorre isquemia com intensidade varável, podendo acarretar em disfunção e elevação das transaminases. A hemorragia focal estira sua cápsula, podendo levar a uma ruptura hepática com hemorragia (FEBRASGO, 2017).

A assistência prestada baseada em evidência científica consiste em padrão ouro no cuidado em saúde. Bem como a investigação dos óbitos ocorridos, está em consonância com o processo de melhoria na qualidade da assistência prestada. Levando-se em conta a premissa de que a identificação das falhas é fator preponderante para que condutas possam ser revistas. Com isso, este artigo traz por objetivo à análise da atuação da equipe de enfermagem no atendimento às emergências obstétricas: eclâmpsia e pré-eclâmpsia.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, que utilizou como fontes artigos científicos disponíveis nas bases de dados Scientific Electronic, Library Online (Scielo), Bases de Dados da Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Scopus entre os anos de 2009 a 2019, com texto completo disponível, além de manuais do Ministério da Saúde, da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, e da Organização Mundial de Saúde. Foram utilizados os critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra, que tinham relação com a temática. Os critérios de exclusão foram: Pesquisas que não apresentavam interesse para o pesquisador e estudos que não contemplavam o período. Para a pesquisa e coleta das informações bibliográficas foram utilizados os seguintes descritores: Pré-eclâmpsia; Eclampsia; Cuidados de enfermagem; Assistência Ambulatorial; Assistência Pré-Hospitalar.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Equipe de trabalho na unidade de Emergência

Diversos serviços tem ordenado a realização do acolhimento por meio da classificação de risco, efetuados por profissionais de saúde devidamente orientados e seguindo todos os protocolos que orientam dar prioridade ao atendimento de emergência, de acordo com o Ministério da Saúde, devendo ser atendido imediatamente. A realização

da classificação de risco por si só, não garante uma efetiva qualidade de assistência à saúde. É necessário construir vínculos internos e externos para a concretização do processo como um todo, como exemplo a construção de fluxos de acordo com o quadro clínico apresentado (BRASIL, 2009).

O tipo de trabalho do setor emergência deve ser de forma multidisciplinar com informações relativas ao quadro clínico do paciente, distribuídas de forma clara e sem erros na comunicação. Os registros necessitam ser precisos, legíveis e distribuídos sem erros (GIARETTA et al., 2012).

A desatenção ou falha nesses processos faz com que as salas de espera superlotem, sendo um fato comum o excesso de pacientes e acompanhantes nas salas de espera e nos corredores sem nenhum tipo de orientação e conforto. A realidade das grandes esperas pode desmotivar o interesse dos pacientes a procurarem os serviços públicos, muitas vezes tentando solucionar o problema em casa e agravando o caso (LIMA et al., 2015).

Assistência de Enfermagem a Gestante em unidade de pronto-atendimento

A assistência à gestante com eclâmpsia ou pré-eclâmpsia, pode ser iniciado no atendimento pré-hospitalar. De acordo com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Botucatu SP em 2012 foram atendidas 358 mulheres vítimas de agravos obstétricos. A média de idade foi 22 anos (43%), sendo a maioria multíparas (54,3%) (JENSEN R. et al., 2018). A equipe de enfermagem desempenha papel fundamental em todo o processo, visto que faz parte da equipe multiprofissional.

No primeiro contato com a gestante, a avaliação das principais queixas e dos sinais vitais é realizado, ou seja, o histórico do paciente e o exame físico bem elaborado é feito para identificar os sinais e sintomas (OLIVEIRA et al.). A realização do exame físico é um instrumento de grande valia para a assistência uma vez que permite ao enfermeiro validar os achados da anamnese e como também a identificação de problemas (SANTOS, VEIGA, ANDRADE, 2010).

Em Ferreira et al., uma das primeiras atuações da equipe de enfermagem é a mensuração da pressão arterial da gestante, com a utilização de manguito adequado. Bem como a mediação da pressão arterial deve ser realizada com a paciente sentada e um dos antebraços elevados a altura do átrio, devendo ser repetida de uma a duas vezes de acordo com Febrasgo, 2017.

O edema é um dos sinais mais pontuados e que é procurado pelo enfermeiro durante os casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, salienta-se que esse achado é resultado da retenção exagerada de sal e água (OLIVEIRA et al). A proteinúria é identificada por meio da realização do exame de Labstix, feito pelo enfermeiro (OLIVEIRA et al).

Consequências sistêmicas da Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia

Vários são os danos causados pelas DHEG, dentre eles: lesão glomerular, aumento da creatinina, diminuição do fluxo plasmático e da filtração glomerular (em uma gravidez considerada como normal, a taxa de filtração glomerular aumenta cerca de 40 a 60% no primeiro trimestre, na pré-eclâmpsia a taxa de filtração glomerular cai para 30 a 40% em relação ao valores não gravídicos), vasoespasmos consequentemente a vasoconstrição, aumento das enzimas hepáticas, hemólise e plaquetopenia decorrentes do agravamento do quadro hipertensivo a síndrome hellp, na qual ocorre necrose hemorrágica (REZENDE; 2017).

Alterações uteroplacentárias também podem ser notadas, devido à redução da circulação. Por consequência da má oxigenação pode ocorrer um crescimento da placenta e seu descolamento prematuro. O Descolamento prematuro da placenta (DPP) acontece em 1:20 casos de pré- eclâmpsia. Em decorrência da diminuição do fluxo útero placentário, pode ocasionar um Crescimento intrauterino restrito (CIUR), podendo levar a um sofrimento fetal agudo e registros de oligodrâmnio (REZENDE; 2017).

Recomendações baseadas em evidências

Repouso diário para prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia: Alguns estudos observaram que o repouso diário quando comparado com atividades sem restrições, verificou-se uma redução significativa no risco de pré-eclâmpsia, no entanto não foi observado redução significativa da HAS gestacional. Por tanto a OMS não aconselha repouso restrito ou absoluto para prevenção da pré-eclâmpsia e HAS (OMS, 2014).

Agentes antiplaquetários para prevenção de pré-eclâmpsia: Recomenda-se uma dose baixa de ácido acetilsalicílico 75 mg/dia para prevenção em mulheres com riscos elevados (Pré- eclâmpsia anterior, Diabetes, HAS crônica, doença renal, doença autoimune, gestações múltiplas). Devendo ser iniciada antes da vigésima semana de gestação (WHO; 2011).

Fármacos anti-hipertensivos: Mulheres com hipertensão grave durante a gravidez devem fazer uso de fármacos anti-hipertensivos (hidralazina, metildopa, nifedipina). A via de administração destes fármacos deve ser baseada na experiência médica na prescrição, e seus custos e disponibilidade na instituição (WHO; 2011).

Restrição da ingesta de sal: Não foi recomendado a restrição da ingesta de sal alimentar durante a gravidez com o objetivo de prevenir a pré-eclâmpsia e suas complicações. Visto que toda sua etiologia se baseia em causa placentárias (OMS, 2014).

Suplementação com Cálcio: O uso do cálcio tem como base o fato de que a dieta pobre em cálcio se relaciona com o aumento da incidência de eclampsia, como também, em populações de baixa renda, porém com dieta rica em cálcio o índice de PE diminui. (OMS, 2014).

Condutas Pré-eclâmpsia/eclampsia

Toda paciente diagnosticada com PE deve ser hospitalizada, independente da gravidade do caso, mesmo as que aparentemente apresentem um quadro benigno podem subitamente evoluir para complicações graves que podem levar a óbito do binômio.

Com os aparecimentos dos sintomas preditores, a droga de escolha para prevenção da eclampsia é o sulfato de magnésio, único fármaco com efeitos preventivos comprovados em relação às convulsões. Este reduz 57% o risco de ocorrência de quadros de eclampsia e diminui riscos de morte materna. O sulfato de magnésio (MgSO₄) deve ser utilizado por 24 horas pós-parto (FEBRASGO, 2017).

De acordo com a posologia de Zuspan, a dose de ataque deve ser 4,0g em 15 minutos MgSO₄ 50% 8 ml com 12,0ml de AD. Dose de manutenção – 1,0g / hora MgSO₄ 50% 10 ml com 490 ml de SG 5% ou MgSO₄ 10% 50 ml com 450 ml de SG5% e a Dose de manutenção 1,0g / hora MgSO₄ 50% 10 ml com 490 ml de SG 5% em Bomba de infusão contínua 100 ml/hora. Já a posologia de Zuspan traz que a Dose de ataque deve ser de 4,0g em 20 min MgSO₄ 50% 8 ml com 12,0ml de AD ou MgSO₄ 10% 40 ml e a Dose de manutenção deve ser 1,0g / hora MgSO₄ 50% 10 ml com 490 ml de SG 5% ou MgSO₄ 10% 50 ml com 450 ml de SG5%. (BRASIL, 2012)

Em todo momento da administração a paciente deve ser monitorada quanto aos efeitos adversos que pode apresentar. A diurese deve ser controlada, o gluconato de cálcio deve estar preparado para caso de uma possível impregnação do MgSO₄ e depressão do

SNC. Auscultar os Batimentos Cardíacos Fetais (BCFs) e avaliar movimentação fetal, informar a gestante quanto ao benefício do decúbito lateral esquerdo (FEBRASGO, 2017).

A cura da PE ocorre apenas com a retirada da placenta, por isso a conduta clínica baseia-se na gravidade do quadro e da idade gestacional. A existência de um feto maduro é suficiente para realizar seu nascimento consequentemente o tratamento para a enfermidade. Portanto, gestantes com fetos termo e PE devem ser internadas em centros obstétricos, tratamento dos episódios de HAS aguda, prevenção de convulsões com MgSO₄ nas formas graves, avaliação dos parâmetros maternos fetais e interrupção da gravidez preferencialmente por indução (FEBRASGO, 2017)

4 CONCLUSÃO

O presente estudo corrobora com a ideia de que os óbitos maternos podem ser ocasionados por complicações oriundas da gravidez, bem como por distúrbios prévios ao estado gravídico- puerperal, mas que se agravaram com a condição da gestante/puérpera. Vale ressaltar, que a OMS define como sendo óbito materno, a morte de uma mulher grávida ou nos 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e do local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por seu manejo, mas não por causas acidentais ou incidentais.

Diante do exposto, foi visto que a assistência integral, passa vertente da associação ao cuidado da equipe multiprofissional. No que concerne à temática, o papel da enfermagem frente a essa realidade deve ser desempenhado com autonomia e respaldo teórico, para que a prática assistencial possa identificar e suprir com eficiência as necessidades da gestante, bem como do conceito.

Em suma, a maneira como o serviço de saúde e a equipe de enfermagem, desempenha seu papel frente ao acolhimento, como também durante toda a estadia da usuária nesse sistema, consolida o fato de que a assistência às gestantes deve englobar uma visão holística acerca de suas necessidades, tornando-os conceitualmente mais satisfatórios, pela visão das mesmas.

REFERÊNCIAS

- 1- FERREIRA, M.B.G. et al. "Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa." Revista da Escola de Enfermagem da USP. V,50. N,2. p. 324-334. Jan.2016. São Paulo. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0324.pdf. Acesso em: 13 de julho de 2020.
- 2- OLIVEIRA, G.S. et al. "Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico". Revista Cuidarte. V,8. N,2. abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v8n2/2216-0973-cuid-8-2-1561.pdf>. Acesso em: 13 de julho de 2020.
- 3- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). "Pré- eclâmpsia nos seus diversos aspectos". São Paulo, 2017.
- 4- SANTOS, N.; VEIGA.; ANDRADE, P. "Importância da anamnese e exame físico para o cuidado do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem.V.64, n2, Mar./Apr. 2011. Brasília. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>. Acesso em: 13 de julho de 2020.
- 5- SAY, L. et al. "Global causes of maternal death: a WHO Systematic analysis". Lancet Global Health. 2014;2 e323-33. Disponível em: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X. Acesso em: 13 de julho de 2020.
- 6- GAMA, A.S. et al. "Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada". Cad. Saúde Pública (online). 2009;25(11):2480-8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 de julho de 2020.
- 7- AKKERMANS, J. et al. "Prevenção de complicações na pré-eclâmpsia: validação externa do modelo fullPIERS usando o conjunto de dados do estudo PETRA". Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014; 179:58-62. Disponível em: doi:10.1016/j.ejogrb.2014.05.021. Acesso em: 15 de julho de 2020.
- 8- Organização Mundial da Saúde. "World Health Organization (WHO). WHO recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789241548335_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 18 de julho de 2020.
- 9- Organização Mundial de Saúde. "Health statistics and information systems: Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)».World Health Organization.

Disponível em: <https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>. Acesso em 15 de julho de 2020.

10- Organização Mundial da Saúde. “Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia”. Disponível em: <file:///C:/Users/ELTON/Downloads/Preven----o-e-tratamento-da-pr---ecl--mpsia-e-da-ecl--mpsia.pdf>. Acesso em: 16 de julho de 2020.

11- MONTENEGRO, C.A.B.; FILHO, J.R.” Rezende Obstetrícia”. 13 edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koongan, 2017.

12- GIARETTA, V. et al. “Perfil das ocorrências em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”. Revista Baiana de Enfermagem. [Internet]. 2012;26(2):478-87. Disponível em: <http://www.portals.eer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6597>. Acesso: 15 de julho de 2020.

13- LIMA, D.P.; SOUZA, L.M.T.; CALDEIRA, A.P.” Health Care Networks: the perception of physicians working in emergency services”. Saúde Debate [Internet]. 2015;39(104):65-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00065.pdf>. Acesso em: 17 de julho de 2020.

14- MICHILIN, N.S. “Analysis of obstetric care provided by the Mobile Emergency Care Service”. Revista Brasileira de Enfermagem. [Internet]. 2016;69(4):625-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690408i>. Acesso em: 17 de julho de 2020.

15- MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência”. BRASIL. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 18 de julho de 2020.

16- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestação de Alto Risco Manual Técnico, 5ª edição, p. 70- 88, 2012.