



Pregnancy bleeding: causes, diagnosis and management

ISSN: 2178-7514

Vol. 16 | Nº. 1 | Ano 2024

Késsia Nayane Carvalho Caetano¹; Marina Caloi Lóss²; Kevillyn Maria Nava Flores³; Sandy Hevelyn Araujo Henrique⁴; Graças Hermínia Cavalcanti França Ferraz⁵; Giulia Silva Leitão⁶; Jordânia Letícia Ferreira de Oliveira⁷; Diógenes Emanuel Dantas da Silva⁸; João Wesley Gusmão de Oliveira Sampaio⁹; Julia Rocha Menelau de Souza¹⁰; Nivaldo do Nascimento Junior¹¹; Felipe Freire Vieira Damasceno¹²; Gabriel José lopes¹³; Kiane Maia Silva¹⁴; Larissa Silva Guimaraes¹⁵

RESUMO

O presente artigo discute a respeito dos tipos de sangramentos na gestação, diagnóstico e manejo. Tais sangramentos são comuns durante a gravidez e podem ter diversas causas. Podem ocorrer em diferentes estágios da gestação e variar em gravidade, desde leves até potencialmente graves. As causas mais comuns incluem implantação do embrião, irritação do colo do útero, infecções, aborto espontâneo, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta e ruptura uterina. O sangramento durante a gravidez deve sempre ser avaliado por um profissional de saúde para determinar a causa e receber o tratamento adequado, garantindo a saúde tanto da mãe quanto do bebê. O trabalho objetiva investigar e analisar as principais causas e consequências, a fim de contribuir para melhores escolhas de fármacos, com menos eventos adversos. A metodologia envolve uma revisão de literatura em bases de dados renomadas, como PubMed, Scielo e Lilacs, entre os anos de 2020 a 2024, utilizando as palavras-chave: Sangramento anormal; Gestação; Diagnóstico; Tratamento.

Palavras-chave: Sangramento anormal; Gestação; Diagnóstico; Tratamento

ABSTRACT

This article discusses the types of bleeding during pregnancy, diagnosis, and management. Such bleeding is common during pregnancy and can have various causes. It can occur at different stages of pregnancy and vary in severity, from mild to potentially severe. The most common causes include embryo implantation, cervical irritation, infections, spontaneous abortion, placenta previa, premature placental detachment, and uterine rupture. Bleeding during pregnancy should always be evaluated by a healthcare professional to determine the cause and receive appropriate treatment, ensuring the health of both mother and baby. The study aims to investigate and analyze the main causes and consequences, in order to contribute to better drug choices, with fewer adverse events. The methodology involves a literature review in renowned databases, such as PubMed, Scielo, and Lilacs, between the years 2020 to 2024, using the keywords: Abnormal bleeding; Pregnancy; Diagnosis; Treatment.

Keywords: Abnormal bleeding; Pregnancy; Diagnosis; Treatment.

Autor de correspondência

Kevillyn Maria Nava Flores - kevillynflores@gmail.com

INTRODUÇÃO

Durante a gestação, diversos desafios que despertam preocupações e ansiedades podem ser encontrados, sendo o sangramento uterino anormal um deles. Este fenômeno, embora assustador, não é incomum e pode ter uma variedade de causas e implicações.¹

Esse sangramento pode ser desencadeado por uma série de fatores. Entre eles estão a implantação do embrião no útero, que pode causar um pequeno sangramento conhecido como sangramento de implantação. Além disso, condições como placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, aborto espontâneo, ruptura uterina e outras complicações podem levar ao sangramento durante a gestação.²

Os sintomas associados variam em gravidade e podem incluir sangramento vaginal, cólicas abdominais, dor lombar e até mesmo a expulsão de tecido uterino. É fundamental observar atentamente qualquer alteração no sangramento durante a gestação e relatar imediatamente quaisquer preocupações ao profissional de saúde.³

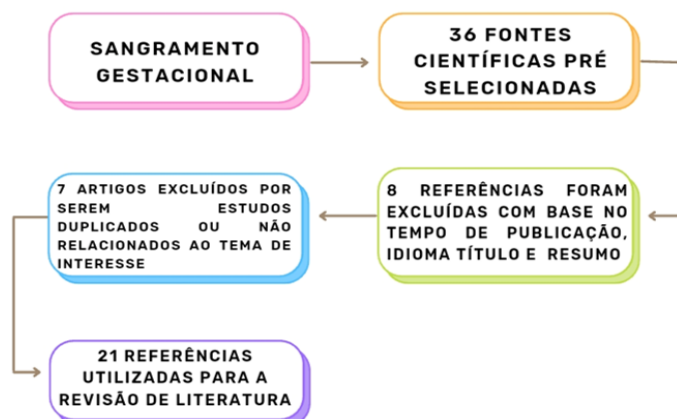
O diagnóstico preciso durante a gestação é o melhor curso de tratamento. Isso pode envolver exames físicos, ultrassonografias, exames de sangue e outros procedimentos conforme necessário. O tratamento dependerá da causa do sangramento e pode variar desde medidas de suporte, como repouso, até intervenções médicas ou cirúrgicas mais complexas.⁴

Embora o sangramento uterino anormal possa ser motivo de preocupação, é importante ressaltar que muitas vezes é possível gerenciar e tratar essa condição com sucesso. Com o acompanhamento médico adequado e uma

compreensão das causas e sintomas associados, às gestantes podem enfrentar essa situação desafiadora com confiança e esperança, mantendo sempre o bem-estar delas e de seus bebês como prioridade máxima.⁵

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, com objetivo de evidenciar a importância do rápido diagnóstico e manejo em pacientes com sangramento uterino anormal. Foi realizado um levantamento de dados nos sites Scientific Electronic Library Online (SciELO), Manuais de Saúde e U. S. National Library of Medicine National Institutes Health (PubMed), relacionados a temática de cigarros eletrônicos serem tão nocivos quanto o cigarro comum, com buscas entre fevereiro e março de 2024. Foram utilizadas como descritores para a busca, com os seguintes termos: “gestação”, “sangramento uterino anormal”, “implantação” e “placenta prévia”. Os critérios de inclusão foram artigos, cartilhas, livros e capítulos de livros publicados entre 2020 e 2024, disponíveis na íntegra e de forma gratuita em inglês, espanhol e português, que destacam as principais causas e consequências do sangramento uterino anormal durante a gestação. Foram excluídos estudos superiores há 5 anos de publicação, os de acesso não gratuitos e aqueles que não corroboram com a temática proposta por este estudo. Na investigação inicial nas plataformas de busca, a pesquisa identificou 30 publicações com base nos descritores propostos. Desses, doze estudos foram eliminados (com base no título e no resumo) por serem estudos duplicados ou não relacionados ao tema de interesse. Assim, foram selecionados 21 estudos para a leitura na íntegra e utilizados nesta revisão.



RESULTADOS

Após a leitura dos artigos selecionados, é possível verificar que existem diversas causas para o sangramento uterino anormal durante

a gravidez. Muitos deles apresentam sinais e sintomas parecidos, portanto, para facilitar a compreensão, o Quadro 1 traz uma síntese de alguns estudos selecionados.

Causa	Características comuns*	Abordagem diagnóstica†
Um aborto espontâneo que - Ocorreu ou está ocorrendo - Talvez venha a ocorrer (ameaça de aborto)	Sangramento vaginal, às vezes com eliminação de tecido da gravidez Dor do tipo cólica na pelve e por todo o abdômen	Às vezes, apenas um exame médico Geralmente, exames como os realizados para gravidez ectópica Monitoramento para ausculta da frequência cardíaca fetal Um exame de sangue para medir um hormônio produzido pela placenta (gonadotrofina coriônica humana, ou hCG) Hemograma completo Ultrassonografia da pelve
Uma gravidez ectópica (uma gravidez em localização anômala, não no local habitual no útero)	Sangramento vaginal, com ou sem dor pélvica ou abdominal, que pode ser surda e ir e vir ou pode ser intensa, repentina e constante Se a gravidez ectópica tiver se rompido, desmaio, tontura, sensação de desmaio iminente ou batimentos cardíacos acelerados	Um exame de gravidez no sangue Ultrassonografia da pelve Às vezes, laparoscopia (inserção de um tubo de visualização através de uma incisão no abdômen) ou laparotomia (cirurgia que envolve uma incisão no abdômen)
Uma gravidez molar (uma massa anômala na placenta, com ou sem um feto, devido a um óvulo fertilizado de maneira anômala)	Sangramento vaginal, com ou sem cólicas abdominais Útero maior do que o esperado Nenhum batimento cardíaco ou movimento é detectado no feto (ou ausência de feto) Às vezes, pressão arterial elevada, inchaço dos pés ou das mãos ou vômitos intensos Se estiver em um estágio mais avançado, às vezes a eliminação de tecido semelhante a um cacho de uvas pela vagina	Exames como se houvesse aborto espontâneo Exames de sangue Radiografia do tórax

Autor: Manual da saúde 2023

DESENVOLVIMENTO

Ocorrências de sangramento durante os primeiros meses da gravidez são comuns e frequentemente levam as gestantes a procurarem assistência obstétrica de urgência. De acordo com o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, cerca de 26% das gestações resultam em abortos espontâneos no primeiro trimestre, muitas vezes associados a sangramento vaginal.²

O sangramento obstétrico, em geral, é uma das principais causas de mortalidade materna em todo o mundo, destacando a importância de compreender suas origens para garantir um atendimento de qualidade às pacientes que apresentam essa complicação. Neste artigo, exploraremos as principais razões por trás do sangramento vaginal durante os primeiros meses da gestação, abordando tanto o diagnóstico quanto o manejo adequado dessa situação.⁴

As causas mais frequentes de sangramento uterino anormal incluem condições relacionadas à gravidez, problemas estruturais do útero (como miomas, pólipos endometriais e adenomiose), desequilíbrios hormonais que afetam a ovulação, presença de tumores, distúrbios da tireoide e o uso de contraceptivos hormonais ou dispositivos intrauterinos.²

Distúrbios de coagulação sanguínea, como a doença de von Willebrand, são comuns em mulheres em idade fértil. Deve-se considerar a possibilidade de um distúrbio de coagulação se a menstruação for excessivamente intensa ou prolongada desde a menarca, ou se houver

histórico familiar de problemas de coagulação ou outros sintomas de tendência ao sangramento, como hematomas frequentes ou sangramento prolongado de pequenos ferimentos. Além disso, o uso de anticoagulantes pode resultar em sangramento uterino significativo ou prolongado.⁶

SINAIS E SINTOMAS

O sangramento uterino anormal se diferencia da menstruação normal em relação à frequência, regularidade, volume ou duração. Os padrões comuns de sangramento anormal incluem menstruações regulares que são excessivamente abundantes ou prolongadas, sangramento entre os períodos menstruais, irregularidades no ciclo menstrual (muitas vezes relacionadas à disfunção da ovulação) e ausência de menstruação. O sangramento crônico pode levar à anemia por deficiência de ferro, enquanto casos de sangramento intenso e repentino podem resultar em uma situação de hemorragia grave.⁵

Durante o primeiro trimestre da gestação, é mais comum ocorrer sangramentos, que podem ser de implantação ou nidação, o qual geralmente é leve e rosado, devido às mudanças no útero. Durante esse período, o aumento do fluxo sanguíneo no colo do útero também pode causar sangramentos. No entanto, é essencial ficar atento a sintomas adicionais, como cólicas e sangramentos intensos, e procurar assistência médica se necessário.⁷

No segundo trimestre, entre o 4º e o 6º mês, os sangramentos são menos comuns e podem indicar complicações como descolamento da placenta ou infecções. Nestes casos, é importante buscar atendimento médico imediato e observar quaisquer dores intensas. Já no terceiro trimestre, que vai do 7º ao 9º mês, os sangramentos podem ser um sinal de trabalho de parto iminente, mas também podem indicar problemas, como a saída do tampão mucoso.⁸

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL NO INÍCIO DA GESTAÇÃO

Durante as primeiras 20 semanas de gestação, entre 20% e 30% das mulheres experimentam sangramento vaginal. Enquanto algumas dessas mulheres podem enfrentar complicações na gravidez, outras podem ter apenas pequenas manchas ou sangramentos leves e seguir com uma gestação normal e saudável.¹ Em cerca de metade dos casos de sangramento, a gestação resulta em aborto espontâneo. Se o aborto não ocorrer imediatamente, podem surgir complicações mais tarde na gravidez, como baixo peso ao nascer, natimorto ou parto prematuro. Em casos de sangramento intenso, há o risco de queda perigosa da pressão arterial, levando ao choque.⁹

Entretanto, muitas mulheres que apresentam sangramento no início da gravidez acabam tendo uma gestação e parto sem complicações. A quantidade de sangue perdida pode variar de manchas leves a sangramento

intenso, sendo que qualquer tipo de sangramento vaginal deve ser comunicado imediatamente ao médico, pois mesmo pequenos sangramentos podem indicar problemas graves.⁷

Um dos motivos mais frequentes desse sangramento é o aborto espontâneo, que pode ser indicado pela presença de sangramento vaginal. No entanto, é importante ressaltar que, em algumas situações, o sangramento pode cessar e a gravidez continuar sem complicações. Geralmente, um aborto espontâneo ocorre em fases distintas, começando com sangramento, seguido por cólicas intensas e possível expulsão do tecido da gravidez pela vagina.²

Às vezes, um aborto espontâneo pode ocorrer sem sintomas evidentes e ser detectado apenas durante um exame médico de rotina (conhecido como aborto retido). Se houver suspeita de aborto espontâneo, é essencial contatar um médico. Em alguns casos, a mulher pode passar pelo aborto espontâneo em casa, porém se houver dor intensa, sangramento excessivo ou se o tecido da gravidez não for completamente eliminado, é necessário tratamento médico para garantir a segurança da mulher e a completa eliminação da gravidez.¹⁰

Um dos problemas mais perigosos associados ao sangramento vaginal no início da gravidez é a gravidez ectópica, que ocorre quando o embrião se implanta fora do útero, geralmente em uma das trompas de Falópio. Essa condição pode representar risco de vida, pois a gravidez fora do útero não pode se

desenvolver normalmente e pode levar à ruptura do órgão onde está implantada, resultando em dor intensa e sangramento grave. O tratamento para gravidez ectópica envolve interromper a gravidez com medicamentos ou remover o feto cirurgicamente.¹¹

Outra causa potencialmente perigosa, porém menos comum, de sangramento no início da gravidez é a ruptura de um cisto no corpo lúteo. Após a liberação do óvulo pelo ovário, a estrutura remanescente, conhecida como corpo lúteo, pode se encher de líquido ou sangue, em vez de se decompor naturalmente.⁵

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL NO FINAL DA GESTAÇÃO

Ademais, nota-se que ao final da gestação, a causa mais comum do sangramento é o início do trabalho de parto. Muitas vezes é um sinal de que o parto está próximo, geralmente dentro de uma semana. Normalmente, o trabalho de parto se inicia com uma pequena quantidade de sangue misturado com muco da vagina. Isso ocorre quando pequenos vasos sanguíneos se rompem à medida que o colo do útero começa a dilatar, permitindo a passagem do bebê pela vagina.⁹

Entretanto existem causas mais graves, porém menos comuns que incluem Placenta prévia: onde a placenta se prende à parte inferior do útero, podendo bloquear parcial ou totalmente o colo do útero. Isso pode levar a sangramento repentino ou induzido durante exames médicos.¹²

A Vasa prévia, que é uma condição rara em que os vasos sanguíneos do cordão umbilical crescem através do colo do útero, colocando o feto em risco de sangramento grave.¹³ A Ruptura prematura da placenta: quando a placenta se separa do útero antes do parto, às vezes causada por lesões ou fluxo sanguíneo inadequado. E a Ruptura uterina: uma ruptura no útero que pode ocorrer durante o parto, geralmente em mulheres com histórico de cirurgias uterinas. Portanto, nota-se que é importante procurar assistência médica se ocorrer sangramento em qualquer estágio da gravidez.¹²

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

SANGRAMENTO DA PRIMEIRA METADE DA GESTAÇÃO

Define-se aborto como a interrupção da gravidez antes de 22 semanas, ou com um feto menor que 500g, ou de 16,5 cm. O aborto pode ser classificado como precoce até 12 semanas e tardio entre a 13 e 20 semanas, sua ocorrência pode ser espontânea ou provocada e quanto a suas manifestações clínicas.¹⁴

Ameaça de aborto tem como principais sintomas a dor, tipo cólica e sangramento de pequena intensidade, toque vaginal demonstra volume uterino esperado para idade gestacional, ao exame especular colo uterino impérvio e ultrassonografia transvaginal apresenta vitalidade fetal pode não ter alteração ou identificar área de descolamento ovular. A conduta é expectante,

não tem indicação de internação, utilizar analgésico se sintomática, evitar relações sexuais, a orientação de repouso é muito difundida, mas não demonstra benefícios e deve retornar em caso de piora do sangramento ou clínica.¹⁵

Aborto inevitável e incompleto diagnóstico eminentemente clínico, sendo o ponto principal o sangramento com o ovo eliminado parcialmente, a tentativa de expulsar o conteúdo refratário irá gerar cólicas, o volume uterino menor que o esperado para idade gestacional. Quando tamanho uterino menor que 12 semanas pode ser feito o aborto farmacológico ou aspiração manual intrauterina ou curetagem. Se maior que 12 semanas deve-se avaliar a expulsão do feto, se completa está indicada curetagem para esvaziamento uterino e se incompleta deve-se terminar a expulsão com misoprostol e depois o esvaziamento.¹⁶

Abortamento completo é a eliminação total do material ovular, caracterizado por diminuir/cessar os sintomas de dor e perda sanguínea, orifício do colo uterino pode se apresentar pervingo ou ímpervio. nesses casos é necessário a observação devido aos riscos de hemorragia e infecção.¹

No abortamento retido o embrião está sem vitalidade, mas permanece na cavidade levando a um quadro de regressão dos sintomas da gravidez como a altura uterina reduzida para idade gestacional. O diagnóstico é pensado quando há essa regressão e é confirmado pela ecografia. precoce aguardar o trabalho de abortamento naturalmente, pode ser indicado esvaziamento uterino mecânico ou uso de misoprostol, no caso

de aborto retido tardio o indicado é expulsão do feto com uso de misoprotol, e completar com esvaziamento uterino.¹⁷

Abortamento infectado pode manifestar-se por meio de elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de pus através do colo uterino, para melhor avaliação exames complementares podem ser requeridos como hemograma, urina tipo I, hemocultura, coagulograma e exames de imagem podem ser usados principalmente para definir coleções intracavitárias.¹⁵

Para o tratamento deve-se estabilizar a paciente hemodinamicamente, administrar antibioticoterapia com esquema preferencial de tratamento é a associação da gentamicina (1,5mg/kg/dose a cada 8 horas ou 4,5mg/Kg em dose única diária) com clindamicina (900 mg de 8/8 horas), em casos mais graves, pode ser acrescentada penicilina ou ampicilina e a clindamicina substituída pelo metronidazol, sendo a terapia endovenosa mantida por 48 horas após o último pico febril e melhora clínica.¹⁴

O tratamento definitivo é representado pela curetagem uterina com remoção do foco infeccioso, quase sempre traduzido nos restos placentários infectados, mas caso a paciente não apresente melhora do quadro clínico ou em caso de suspeita de perfuração uterina, lesão de alça e abscesso pélvico, indica-se laparotomia podendo ser necessário histerectomia.¹⁴

Gravidez ectópica é a nidação do ovo fora da cavidade uterina. Na clínica tem-se a dor, sangramento, volume uterino menor do que o esperado para a idade gestacional, amolecimento do colo uterino e dor pélvica, podem estar presentes sinais e sintomas de hemoperitônio e choque nos casos de rotura.¹¹

A dosagem da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico (β HCG) em uma gravidez com desenvolvimento normal é esperado que os valores do exame dupliquem em 48 horas, entretanto quando isso não ocorre indica falha de desenvolvimento, uma das possíveis causas seria a gravidez ectópica. Além disso, a ultrassonografia com visualização do saco gestacional e embrião com BCF fora do útero confirma gravidez ectópica e a conduta perante gravidez ectópica pode variar em conduta expectante, tratamento clínico com metotrexato e cirúrgico conservador ou radical.¹⁸

Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme), pode ser suspeita a partir de sangramento indolor que varia de intensidade, por vezes ocorre eliminação de vesículas aspecto de “cachos de uva”, os sintomas da gravidez podem ser exacerbados levando a casos por exemplo a hiperemese gravídica, ao exame físico pode-se encontrar amolecimento do colo uterino, volume uterino e ovariano maior do que o esperado por presença de cistotecaluteínicos.³

Nos exames complementares o BHCG demonstra níveis elevados para a idade gestacional

e a ultrassonografia indica formas anecóicas no interior do útero. A conduta é esvaziamento uterino e controle pós-molar com BHCG que deve declinar e negatizar em três dosagens consecutivas, a ultrassonografia para involução uterina, exame radiológico do tórax para avaliar metástase e iniciar a anticoncepção até quinze dias após o esvaziamento uterino.¹⁹

SANGRAMENTO DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO

Para definir a placenta prévia é avaliado a implantação da placenta no segmento inferior do útero, podendo ser classificada em baixa, marginal e completa ou centro-total, a ultrassonografia abdominal visualiza a localização placentária e a sua posição em relação ao orifício interno do colo do útero, o principal fator de risco é a cicatriz uterina anterior.¹²

Caracteriza-se por sangramento indolor e autolimitado no segundo ou terceiro trimestre, com exceção se alguns casos de placenta prévia completa que resulta em sangramento sentinela, para conduta é ponderada a idade gestacional, sangramento e estabilidade hemodinâmica, se feto prematuro e gestante sem sangramento ativo adota-se conduta expectante, orientando abstinência sexual e deve se considerar uso de corticoide para maturação pulmonar do feto, mas se feto termo ou próximo e gestante com sangramento opta-se pelo parto.²⁰

Descolamento prematuro da placenta (DPP) é a separação da placenta da parede

uterina antes do parto, apresenta-se clinicamente por dor abdominal, persistência da dor entre as contrações no trabalho de parto, sangramento genital de quantidade variável e história de hipertensão, podendo se manifestar por hemorragia exteriorizada, hemoâmnio e sangramento retro placentário, sua conduta depende da extensão e classificação do DPP, da estabilidade hemodinâmica materna, vitalidade fetal e da idade gestacional para escolha da via de parto e dos procedimentos a serem realizados.⁴

Rotura uterina é classificada em completa quando há a total rotura da parede uterina e incompleta quando o peritônio parietal permanece intacto, clinicamente apresenta-se por deterioração do padrão dos batimentos cardíacos fetais, gestante queixa de dor aguda, de forte intensidade, a presença ou não de sangramento vaginal, parada das contrações, subida da apresentação ao toque vaginal, partes fetais palpáveis facilmente no abdome materno, taquicardia importante e hipotensão grave, a conduta visa estabilização hemodinâmica e realização de laparotomia.²¹

Vasa prévia é caracterizada pelo sangramento dos vasos sanguíneos fetais, é uma condição rara que pode ocorrer geralmente em gestantes com implantação baixa da placenta e inserção velamentosa de cordão, pela gravidade do quadro geralmente é indicado cesárea.¹³

CONCLUSÃO

Conforme o exposto e a partir das literaturas escolhidas, os sangramentos na gravidez são motivo de preocupação tanto para paciente quanto para o médico, existem diversas causas para esses sangramentos que são divididos em sangramentos da primeira metade da gestação e da segunda metade da gestação, cada um com suas particularidades por isso requerem reconhecimento precoce dos sinais e sintomas para que seus possíveis diagnósticos possam ser diferenciados e a conduta seja adequada.

REFERÊNCIAS

- 1- Oliveira FG. ABORTO NA ATUALIDADE: PERPECTIVAS E ABORDAGENS. PERPECTIVAS E ABORDAGENS Revista Científica Mais Pontal 2023;(2):19–36.
- 2- Pinheiro K. RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar. 2023
- 3 - Souza A. Antonia Raiane et al. Mostra Científica em Biomedicina
- 4- Santos VC. Fatores associados à mortalidade materna por descolamento prematuro da placenta na gestação. Revista Eletrônica Acervo Saúde 12(23).
- 5- Figueiredo BQ. Principais causas do Sangramento Uterino Anormal (SUA) por faixas etárias: uma revisão narrativa de literatura. Research, Society and Development. 2022;
- 6- Battazza M, Galhardo I. Dhamass: Distúrbios hemorrágicos Nas mulheres: Atenção e suporte à saúde. Hematol Transfus Cell Ther [internet] 2023;45:S921–S922. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1657> 2023.
- 7- Sá AP, Franco AL, Silva TP, et al. Prevalência de intercorrências na gestação em mulheres acompanhadas na atenção primária à saúde. Rev Eletrônica Acervo Saúde [internet] 2021;13(10):e8790. Available from: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e8790.2021>
- 8- Soares NPD, Ruiz de Moraes FR, Martins Aires MA, Borges Corrêa Bichuete I. MANEJO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO. Rev Patol Tocantins [internet] 2021;8(3):14–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2021v8n3p14>
- 9- Zuñiga M, Nora N. Manejo clínico del shock hipovolémico por aborto incompleto en IPRESS Nivel II-1 Ate. Lima: 2021;
- 10- Viana LB. Adenomiose e suas implicações sobre a fertilidade e sobre os resultados das técnicas de reprodução assistida (TRA). Revista Médica de Minas Gerais 2023;33.
- 11- Molena JL, Moreno ME, Nelli EM. Gravidez ectópica, sintomas, tipos e riscos para a saúde: Uma revisão narrativa. Research, Society and Development. 2023;
- 12- Jenabi E, Salimi Z, Bashirian S, Khazaei S, Ayubi E. The

risk factors associated with placenta previa: An umbrella review. *Placenta* [Internet]. 2022;117:21–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.placenta.2021.10.009>

13 - Sureka Villani LA, Souza R. Vasa prévia e fatores de risco associados: uma revisão sistemática e meta-análise. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* 2020;

14 - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Aborto: classificação, diagnóstico e conduta. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, nº 1/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

15 - Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. *American Family Physician* [Internet]. 2019 Feb 1;99(3):166–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30702252/>

16 - Ghosh J, Papadopoulou A, Devall AJ, Jeffery HC, Beeson LE, Do V, et al. Methods for managing miscarriage: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021 Jun 1;2021(6).

17-Matos MP. Validação de um cenário para simulação clínica : assistência de enfermagem às mulheres em situação de aborto retido no pronto socorro. *bdmunbbr* [Internet]. 2020 Aug 17; Available from: <https://bdm.unb.br/handle/10483/29609>

18 - Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management [Internet]. *PubMed*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31393678/>

19 - Machado M, Almeida CG. Mola hidatiforme: uma alteração no tecido trofoblástico. *Revista Integrar* [Internet]. 2024 Feb 16 [cited 2024 Apr 10];2(1):1–10. Available from: <https://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/integrar/article/view/3790>

20- Anderson-Bagga FM, Sze A. Placenta Previa [Internet]. *PubMed*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30969640/>

21 -Feitosa FE de L, Feitosa ES de L. Rotura uterina: da suspeita ao tratamento. *Femina* [Internet]. 2022;568–71. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1397894>

Observação: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.