

Situação clínica e obstétrica de gestantes que solicitam o serviço médico de emergência pré-hospitalar

Clinical and obstetric situation of pregnant women who require prehospital emergency care
Situación clínica y obstétrica de gestantes que solicitan el servicio médico de urgencia prehospitalaria

Víviem Cunha Alves de Freitas¹

ORCID: 0000-0002-1783-7291

Glauberto da Silva Quirino^{II}

ORCID: 0000-0001-5488-7071

Rogério Pinto Giesta^I

ORCID: 0000-0002-2208-030X

Ana Karina Bezerra Pinheiro^I

ORCID: 0000-0003-3837-4131

^IUniversidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{II}Universidade Regional do Cariri. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Freitas VCA, Quirino GS, Giesta RP, Pinheiro AKB.
Clinical and obstetric situation of pregnant women
who require prehospital emergency care.
Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20190058.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0058>

Autor Correspondente:

Víviem Cunha Alves de Freitas
E-mail: vivien-alves@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 24-04-2019 **Aprovação:** 30-04-2020

RESUMO

Objetivos: identificar a situação clínica e obstétrica de gestantes que solicitam atendimento de urgência, considerando-se a pertinência da solicitação. **Métodos:** estudo transversal, desenvolvido na sede do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de um estado nordestino, por intermédio da análise de 558 relatórios de atendimentos obstétricos de 2016. A magnitude das associações foi expressa pela razão de chances e intervalo de confiança, considerando-se nível de significância de 5%. **Resultados:** mais da metade (50,9%) das solicitações de atendimento de urgência deu-se por queixas de trabalho de parto (sem caráter expulsivo), sobretudo entre gestantes no terceiro trimestre gestacional ($p < 0,000$). Observou-se predominância de parâmetros clínicos e obstétricos dentro da normalidade. **Conclusões:** a demanda não pertinente ao serviço de urgência reflete a medicalização desmedida do processo gestacional, mostrando a importância da discussão sobre sintomas fisiológicos que envolvem a gravidez, para proporcionar um serviço de urgência mais equitativo e eficiente.

Descritores: Gestantes; Emergências; Serviços Médicos de Emergência; Assistência Pré-Hospitalar; Complicações na Gravidez.

ABSTRACT

Objectives: to identify the clinical and obstetric situation of pregnant women who required emergency care, considering the adequacy of their requirement. **Methods:** this is a cross-sectional study, developed in the headquarters of the Mobile Emergency Care Services from a state in the Brazilian Northeast, through the analysis of 558 reports of obstetric patients attended in 2016. The magnitude of the associations was expressed by odds ratio and confidence intervals, considering a 5% significance level. **Results:** more than half (50.9%) requirements for emergency care were from women who went into labor (non-expulsive), especially among third trimester pregnant women ($p < 0.000$). Most clinical and obstetric parameters were normal. **Conclusions:** the inadequate demands for emergency care services reflect the excessive medicalization of the gestational process and shows how important it is to discuss the physiological symptoms that involve pregnancy, so that a more egalitarian and efficient urgency service can be offered.

Descriptors: Pregnant Women; Emergencies; Emergency Medical Services; Prehospital Emergency Care; Pregnancy Complications.

RESUMEN

Objetivos: identificar la situación clínica y obstétrica de gestantes que solicitan atención de urgencia, considerándose la pertinencia de la solicitud. **Métodos:** estudio transversal, desarrollado en la sede del Servicio de Atención Móvil de Urgencia de un estado nordestino, por intermedio del análisis de 558 informes de atenciones obstétricas de 2016. La magnitud de las asociaciones ha sido expresa por la razón de oportunidades e intervalo de confianza, considerándose nivel de aceptación de 5%. **Resultados:** más de la mitad (50,9%) de las solicitudes de atención de urgencia ha se dado por quejas de trabajo de parto (sin carácter expulsivo), sobretudo entre gestantes en el tercero trimestre gestacional ($p < 0,000$). Se observó la predominancia de parámetros clínicos y obstétricos dentro de la normalidad. **Conclusiones:** la demanda no pertinente al servicio de urgencia refleja la medicalización desmedida del proceso gestacional, mostrando la importancia de la discusión sobre síntomas fisiológicos que envuelven la gravidez, para proporcionar un servicio de urgencia más equitativo y eficiente.

Descritores: Gestantes; Emergencias; Servicios Médicos de Emergencia; Asistencia Prehospitalaria; Complicaciones en la gravidez.

INTRODUÇÃO

Durante a gestação, a mulher está sujeita a condições de saúde especiais, próprias do estado gravídico. Entretanto, condições clínicas e/ou obstétricas desfavoráveis para a sua saúde e/ou do feto podem ocorrer, constituindo o grupo chamado de “gestação de alto risco”⁽¹⁾. Nessas situações, o encaminhamento responsável da gestante a um serviço de referência, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde deve ser assegurado⁽²⁾.

Diante da ocorrência de complicações à saúde relacionadas à gravidez, a detecção de risco implica necessidade de atenção especializada, com exames e/ou avaliação e seguimentos adicionais⁽³⁾. No entanto, para que haja equidade e possibilidade de atendimento às pessoas que solicitam um socorro de urgência, é preciso que o serviço pré-hospitalar se utilize de triagem baseada nos critérios de gravidade⁽⁴⁾.

Em obstetria, a triagem e o acolhimento apresentam peculiaridades inerentes às necessidades e às demandas relativas ao processo gravídico, como a investigação de queixas comuns no período gestacional, incluindo cefaleia, náuseas, vômitos e visão turva, que podem camuflar situações clínicas e demandar ação rápida, exigindo preparo das equipes de saúde para uma escuta qualificada e capacidade de julgamento clínico preciso⁽⁵⁻⁶⁾.

Ademais, o acolhimento e a classificação de risco obstétrico, garantidos pela Rede Cegonha (RC), lançada em 2011 pelo governo federal, conduzem à tomada de decisões por parte do profissional da saúde com base na escuta ativa das queixas da gestante e associam-se à avaliação clínica pautada em protocolos e fundamentada em evidências⁽⁷⁾.

No contexto brasileiro, o principal serviço público pré-hospitalar móvel é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), instituído pelo Ministério da Saúde por meio da portaria nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002, que promove, nas situações de urgência, um transporte e atendimento adequado e seguro para clientes que sofreram algum agravo à sua saúde, inclusive de natureza clínica e/ou obstétrica⁽⁸⁾.

Apesar de o serviço em questão pautar-se em critérios de classificação de risco propostos na RC e no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetria, do Ministério da Saúde⁽⁴⁾, a inexistência de um prontuário obstétrico específico da instituição resulta em fragilidade nas articulações entre os serviços de saúde, revelando diferentes modos de operar o trabalho nos vários níveis de complexidade. Por sua vez, isso ocasiona demandas obstétricas não condizentes com o perfil assistencial de urgência^(3,9) e solicitações de urgência ou emergência apenas pela percepção da população sobre seu quadro de saúde, e não se pautando, assim, nos critérios de gravidade e prioridade estabelecidos pelas centrais de regulação do serviço^(4,10).

Considerando as especificidades e a relevância da área obstétrica, essa temática foi admitida para o presente estudo. Ademais, tem-se observado que os problemas de saúde durante o período gestacional, em âmbito mundial, aumentaram, principalmente devido a associações entre fatores demográficos e estilo de vida; além disso, os avanços da medicina moderna permitiram detecção e em tempo hábil, de modo que os casos aumentaram, pois o registro e diagnóstico dos problemas foram sendo notificados⁽¹¹⁾. Entre as principais situações clínicas alarmantes na gravidez,

descritas na literatura, destacam-se as infecções do trato urinário (ITU), presentes em até 40% dos agravos⁽¹²⁻¹³⁾; anemia, em 27,2% das gestações; síndromes hipertensivas, de 8% a 10%; e hiperêmese gravídica, variando de 0,3% a 3,2%, dependendo do país de nascimento da mãe⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Portanto, esta pesquisa objetiva identificar a situação clínica e obstétrica de mulheres que solicitam o serviço móvel de urgência e avaliá-la quanto à pertinência aos critérios de classificação propostos pela Rede Cegonha e pelo Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetria, do Ministério da Saúde⁽⁴⁾.

Compreende-se que o estudo seja relevante, tendo em vista a epidemiologia de agravos maternos e fetais e a importância da manutenção de um serviço público que garanta equidade bem como um atendimento rápido, eficiente e resolutivo para a população, sobretudo para aquela que realmente necessita.

OBJETIVOS

Identificar a situação clínica e obstétrica de gestantes que solicitam atendimento do SAMU, considerando a pertinência ao serviço de urgência⁽⁴⁾.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (PROPESQ/CEP/UFC), sob parecer de número 2.028.066/2017. A coleta de dados no SAMU foi autorizada pelo diretor-técnico e pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) da instituição, mediante ofício obtido pela pesquisadora. Foram respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁶⁾.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido na sede do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de uma cidade do Nordeste brasileiro, pertencente à Região Metropolitana e que atende à totalidade do estado. A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a julho de 2017 e deu-se por intermédio da análise dos prontuários (designados como “RAS” – relatório de atendimento do serviço) obtidos dos atendimentos obstétricos nos meses de janeiro a dezembro de 2016.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi constituída de 763 prontuários; entretanto, em cumprimento aos critérios de inclusão e exclusão, a composição amostral foi de 558 prontuários.

Os critérios de elegibilidade foram: o prontuário ser de ocorrência obstétrica, compreendido entre os meses de janeiro a dezembro de 2016. Foram excluídos os prontuários “abertos” que não resultaram em atendimento pelos profissionais, devido a variados motivos: não espera da gestante pelo SAMU, tendo sido encaminhada por terceiros; trotes ao serviço; e cancelamento da ocorrência por parte do solicitante.

Protocolo do estudo

O prontuário, ou RAS, é aberto no momento da solicitação de atendimento, sendo composto por dados relativos ao local da ocorrência, queixas do solicitante, situação clínica e/ou obstétrica (obtida da avaliação primária da vítima); por espaços reservados à prescrição de medicamentos e aprazamentos, evolução de enfermagem, evolução médica e do condutor socorrista da ambulância; e por dados do hospital de destino. Vale ressaltar que esse tipo de relatório (ou prontuário) é comum para as diversas ocorrências solicitadas ao serviço, sejam traumáticas, psiquiátricas, obstétricas, sejam clínicas, exceto para pacientes acometidos de infarto agudo do miocárdio (IAM) e/ou acidente vascular cerebral (AVC), que possuem prontuários específicos.

Ao solicitar o serviço pré-hospitalar de urgência, ao ligar para o número 192 em todo o território nacional, as queixas do solicitante são repassadas para a Central de Regulação, que irá analisar a solicitação de acordo com a gravidade da situação, de modo que, se for o caso, profissionais de saúde a bordo de uma ambulância apropriada irão ao encontro da vítima.

Análise dos resultados e estatística

As informações da RAS foram transcritas para um instrumento de coleta de dados desenvolvido para a finalidade desta pesquisa. Na sequência, estes foram organizados e armazenados em planilhas do programa *Microsoft Excel*.

Os dados foram analisados por meio do *software IBM SPSS* (versão 23). Calcularam-se frequências absoluta e relativa para variáveis qualitativas, e o teste qui-quadrado foi utilizado para verificar o nível de associação entre as variáveis. A magnitude das associações foi expressa por meio da razão de chance. Para todos os procedimentos inferenciais utilizados, adotouse um nível de significância de 5%, considerando estatisticamente significativo $p < 0,05$.

RESULTADOS

A avaliação primária da vítima, conjunto de procedimentos primários que possibilita o conhecimento precoce de sinais que apresentam risco à vida, está apresentada na Tabela 1. Constatou-se que a maioria das gestantes apresentou vias aéreas pérvias, estavam eupneicas, com boa frequência respiratória, normocárdicas e com saturação de O_2 dentro dos parâmetros de normalidade. Para a circulação (frequência cardíaca), considerou-se dentro da normalidade o valor de até 115 batimentos por minuto, tendo em vista a elevação progressiva e fisiológica de 10% a 15% dos batimentos cardíacos durante a gestação⁽¹⁷⁾.

No tocante aos níveis pressóricos, observou-se o predomínio do valor da pressão arterial dentro da normalidade no momento da avaliação, ou seja, $PA \leq 139 \times 89$ mmHg⁽¹⁸⁾. Situações de alarme, como $PA \geq 140 \times 90$ e $\geq 160 \times 110$ mmHg, se avaliados conjuntamente, representaram 125 casos, 22,5% das ocorrências obstétricas atendidas.

Para avaliar o nível de consciência, o serviço padroniza a utilização da Escala de Coma de Glasgow⁽¹⁹⁾, na qual a maioria das pacientes apresentaram escore de 13 a 15, indicando consciência preservada e/ou trauma leve. O último item avaliado corresponde à exposição corporal, em que possíveis lesões podem ser

detectadas mediante avaliação minuciosa da vítima. Observou-se que 98,7% ($n = 548$) não apresentaram lesões contra 1,2% ($n = 7$) das gestantes que tiveram ferimentos, dentre os quais estão os decorrentes de arma de fogo e arma branca, além de escoriações em membros por conta de acidentes de trânsito.

Tabela 1 – Avaliação primária da vítima de acordo com protocolos do SAMU, Fortaleza, Ceará, Brasil, janeiro, 2016

Variáveis (n = 558)	N	%
Vias aéreas		
Pérvias	399	71,6
Obstruídas	4	0,7
Intubação orotraqueal	4	0,7
Não preenchido	151	27
Respiração		
Eupneica (até 20 irpm)	528	94,6
Taquipneica (> 20 irpm)	20	3,6
Não preenchido	10	1,8
Circulação – Frequência cardíaca		
Normocárdica	450	80,6
Taquicárdica	102	18,4
Não preenchido	6	1
Saturação de O_2		
$\geq 95\%$	499	89,5
$< 95\%$	16	2,9
Não preenchido	43	7,6
Valor da pressão arterial		
Até 139×89 mmHg	411	73,7
$\geq 140 \times 90$ e $< 160 \times 110$ mmHg	84	15
$\geq 160 \times 110$ mmHg	41	7,4
Não preenchido	22	3,9
Neurológico – Escala de Coma de Glasgow		
Trauma leve (13 a 15 pontos)	496	88,9
Trauma moderado (9 a 12 pontos)	6	1
Trauma grave (3 a 8 pontos)	5	0,9
Não preenchido	51	9,2
Exposição – presença de lesões no corpo		
Não	548	98,2
Sim	7	1,2
Não preenchido	3	0,6

Nota: SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Sobre a idade e características clínicas e obstétricas das pacientes, demonstradas na Tabela 2, as mulheres que mais solicitaram atendimento de urgência pertenciam à faixa etária de 18 a 35 anos, 76,9% ($n = 423$). A média de idade foi de 24 anos, com o mínimo e máximo de 12 e 47 anos, respectivamente.

As gestantes no terceiro trimestre da gravidez, com idade gestacional ≥ 28 semanas, solicitaram mais atendimento, 77,3% ($n = 282$), em comparação com as que estavam no primeiro e segundo trimestres. Em relação aos antecedentes obstétricos, prevaleceram as multigestas, 41,6% ($n = 232$), e aquelas que não possuíam história de aborto prévio, 43,5% ($n = 243$). Quanto à realização do pré-natal, apenas 3,8% ($n = 21$) dos prontuários continham essa informação, com até 6 consultas 83,3% ($n = 10$).

Observa-se a quantidade expressiva de dados importantes relacionados à assistência obstétrica que não foram preenchidos no prontuário das solicitantes.

A principal ocorrência obstétrica registrada em 2016 pelo serviço pré-hospitalar móvel deuse em razão de mulheres em trabalho de parto (sem caráter expulsivo), com 50,9% ($n = 284$), seguida de demandas de desconfortos relacionados à gestação ou de transporte

entre maternidades, agrupadas no item “outros”, com 14,2% (n = 79) dos chamados. Solicitações de caráter urgente — como abortamento, 6,1% (n = 34); pré-eclâmpsia, 5,9% (n = 33); e sangramento transvaginal, 5,7% (n = 32) — foram menos prevalentes, conforme descrito na Tabela 3. Ainda, observa-se que, em 6,3% (n = 35) das ocorrências, não houve registro do motivo da solicitação.

Tabela 2 – Idade e características clínicas e obstétricas das solicitantes, Fortaleza, Ceará, Brasil, janeiro, 2016

Variáveis (n = 558)	N	%
Faixa etária		
< 18 anos	90	16,2
18-35 anos	423	75,8
> 35 anos	37	6,6
Não preenchido	8	1,4
Trimestre da gravidez		
Primeiro (< 14 semanas)	26	4,6
Segundo (14 a 27 semanas)	57	10,2
Terceiro (> 28 semanas)	282	50,5
Não preenchido	193	34,7
Número de gestações prévias		
Uma	99	17,7
Duas	93	16,6
≥ três	139	25
Não preenchido	227	40,7
Número de partos prévios		
Zero	109	19,6
Um a dois	137	24,5
≥ três	47	8,4
Não preenchido	265	47,5
Número de abortos prévios		
Zero	243	43,5
Um a dois	4	0,7
≥ três	1	0,3
Não preenchido	310	55,5
Realização do pré-natal		
Sim	21	3,8
Não	6	1
Não preenchido	531	95,2
Se realizou o pré-natal, quantas consultas		
Até seis consultas	10	1,8
Mais que seis consultas	2	0,3
Não se aplica	6	1
Não preenchido	540	96,9

Tabela 3 – Ocorrências obstétricas atendidas pelo SAMU, Fortaleza, Ceará, Brasil, janeiro, 2016

Causa da ocorrência (n = 558)	N	%
Trabalho de parto ¹ (sem caráter expulsivo)	284	50,9
Outros*	79	14,2
Abortamento	34	6,1
Pré-eclâmpsia	33	5,9
Sangramento transvaginal	32	5,7
Eclâmpsia	26	4,7
Traumas diversos	18	3,2
Gravidez ectópica	17	3
Não registrada no prontuário**	35	6,3

Nota: SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; ¹Trabalho de parto fora do período expulsivo, com intervalo entre as contrações > 5 minutos, descrito no prontuário; *Outros: dor em baixo ventre e em lombar, mal-estar, náuseas e vômitos, entre outros sintomas fisiológicos da gestação; **O prontuário foi caracterizado como obstétrico, sendo realizada assistência pelos profissionais; no entanto, não houve a definição da causa da ocorrência por parte destes.

Na associação das solicitações ao SAMU com as características obstétricas das pacientes, apresentada na Tabela 4, a fim de

facilitar a compreensão, optou-se por dividi-las em: “trabalho de parto” e “demais causas”; esta última engloba todas as demais naturezas de ocorrência, com destaque para as quatro principais: “outros”, situação de abortamento, pré-eclâmpsia e sangramento transvaginal. Observou-se que as mulheres que estão no terceiro trimestre (≥ 28 semanas de gestação) têm mais chances de solicitar atendimento de urgência em relação aos demais trimestres, por conta de trabalho de parto e de demais condições; com valor estatisticamente significante: $p = 0,000$.

Apesar de mulheres multigestas solicitarem mais o serviço pré-hospitalar móvel, principalmente devido à queixa de trabalho de parto; as características relacionadas à gesta, paridade e história de aborto prévio não demonstraram relação estatística com solicitações referentes ao trabalho de parto ou demais queixas comuns do período gestacional, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Associação entre as características obstétricas das mulheres e a solicitação de atendimento pelo SAMU, Fortaleza, Ceará, Brasil, janeiro, 2016

	Trabalho de Parto (n = 284)		Demais causas (n = 274)		Valor dep	OR (IC95%)
	N	%	N	%		
Idade gestacional por trimestre					0,000	1,9 (1,1 -3,3)
1º	0	0	25	9,1		
2º	12	4,2	46	16,8		
3º	155	54,6	127	46,3		
Não preenchido	117	41,2	76	27,8		
Gesta					0,730	1,1 (0,7-2,1)
Primigesta	45	15,8	49	17,9		
Multigesta	126	44,4	88	32,1		
Não preenchido	113	39,8	137	50		
Paridade					0,5	1,2 (0,7-2,1)
Primípara	49	17,2	55	20,1		
Multípara	99	34,9	68	24,8		
Não preenchido	136	47,9	151	55,1		
História de aborto					0,542	1,4 (0,5-4,9)
Sem aborto	121	42,6	104	38		
Um aborto ou mais	27	9,5	19	6,9		
Não preenchido	136	47,9	151	55,1		

Nota: SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

DISCUSSÃO

No tocante à idade, nesta pesquisa, prevaleceram as gestantes na faixa etária de 18 a 35 anos, com a média de 24 anos. Os levantamentos realizados nas cidades de Porto Alegre/RS e em Florianópolis/PI fortalecem o predomínio dessa faixa etária, constatando maior prevalência de atendimentos nas idades de 26 a 35 e 20 a 29 anos, respectivamente⁽²⁰⁻²¹⁾. Este é um fato considerado positivo, pois pertence ao período da vida reprodutiva da mulher com melhores condições biológicas para uma gestação⁽²²⁾.

Há atendimento de urgência, em maior número, para gestantes no terceiro trimestre (≥ 28 semanas), estatisticamente significante, e de multigestas e multíparas, fato corroborado por pesquisa anterior⁽²³⁾, na qual 80,7% das gestantes atendidas eram do terceiro trimestre e 38,4% eram multíparas. Estudo sobre as expectativas e emoções sobre o parto demonstrou que as participantes nesse período gestacional esperam, geralmente, um parto rápido e fácil. Além disso, por estarem mais próximas do final da gravidez, podem vivenciar o forte desejo de transporte

imediatamente ao hospital ao apresentarem algum sinal ou desconforto gestacional fisiológico e relacionarem ao trabalho de parto, o que pode refletir a medicalização dos processos relativos ao ciclo gravídico puerperal⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Porém, deve-se considerar o conhecimento que a mulher possui acerca do período gestacional em que vive, resultante, principalmente, das consultas de pré-natal ofertadas. Pesquisa realizada em um hospital de ensino, referência para o pré-natal de alto risco do município de Uberaba (MG), em 2016, revelou que 58% das gestantes relataram não ter recebido orientações sobre os sinais de alerta e de trabalho de parto durante a assistência pré-natal⁽²⁶⁾. O desconhecimento de informações pertinentes à gestação reforça a necessidade de estratégias de educação em saúde — em diferentes contextos e instituições — que constituam um momento de compartilhamento de experiências, consolidação de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas⁽²⁷⁾.

A pressão arterial nas gestantes, no momento específico do atendimento, foi predominante na faixa de até 139x89 mmHg, considerada dentro da normalidade⁽¹⁸⁾. No entanto, além disso, o ideal seria identificar o aumento abrupto de 30 mmHg na pressão sistólica e de 15 mmHg na diastólica, situações que também representam riscos hipertensivos na gestação. O alerta constante dos níveis pressóricos das gestantes se faz necessário pela maior suscetibilidade a eventos de patologia hipertensiva que causam maus desfechos para a mãe e para o feto⁽⁶⁻⁷⁾.

A principal intercorrência relatada pelas gestantes foi a de trabalho de parto fora do período expulsivo, corroborando pesquisas de âmbito nacional⁽²⁸⁻²⁹⁾ e internacional⁽³⁰⁻³¹⁾. Entretanto, situações em que o trabalho de parto não se caracteriza como expulsivo, nas quais as contrações são presentes no intervalo maior do que a cada cinco minutos, não se enquadram nos critérios prioritários de atendimento de urgência, devendo ser atendidas no Centro de Saúde mais próximo ao domicílio⁽⁴⁾.

Contudo, além do horário restrito de atendimento, destaca-se, nas unidades básicas de saúde, a falta de uma equipe profissional capacitada, insumos e medicamentos mínimos de urgência, ausência de um local adequado para realizar o acolhimento e de uma sala de observação equipada para proporcionar atendimento a uma urgência de baixa gravidade/complexidade, além da deficiente integração da Atenção Primária com os demais serviços da rede de assistência⁽³²⁾.

Diante da elevada taxa de normalidade dos parâmetros vitais das gestantes neste estudo, pesquisa anterior ratifica o achado ao analisar os atendimentos obstétricos realizados pelo SAMU na cidade de Botucatu no ano de 2012 e constatar que predominou a normalidade dos dados vitais das pacientes e que, de acordo com a classificação de risco gestacional proposta pelo Ministério da Saúde, 75,5% das solicitações obstétricas daquele ano foram consideradas não pertinentes ao serviço pré-hospitalar de urgência⁽¹⁵⁾.

A elevada demanda sob condições clínicas normalizadas reflete a sobrecarga da utilização dos serviços pré-hospitalares móveis, unidades hospitalares e maternidades, podendo ocasionar elevados índices de atendimento sem urgência em detrimento de casos potencialmente graves. Ao se avaliar a percepção das gestantes acerca do atendimento realizado pelo SAMU à demanda não pertinente de causas obstétricas, constatou-se que a maioria das mulheres considera o acesso ao serviço facilitado, ágil e com profissionais

disponíveis, solicitando-o quando percebem alterações de saúde⁽¹⁷⁾.

O desconhecimento e os mitos que rodeiam o período gestacional levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e de seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada por profissionais no pré-natal, é um dos fatores que geram a procura, muitas vezes, desnecessária pelos serviços de urgência⁽⁹⁾. Estudo anterior concluiu que ainda há um número considerável de gestantes que não recebe orientações nas consultas de pré-natal sobre sinais e sintomas do trabalho de parto, tampouco sobre a diferença entre este e as contrações de Braxton-Hicks⁽³³⁾.

Sabe-se que o adequado acompanhamento na gestação possibilita a identificação de problemas e riscos em tempo oportuno para intervenções, de maneira que evita complicações e diminui danos. A porcentagem de adesão às consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (seis durante a gestação e uma no puerpério) tem aumentado ao longo dos anos, de 46% (2000) para 61% (2010)⁽²³⁾.

Destarte, a elevada demanda por serviços de urgência e emergência, obstétricos ou não, sem a real necessidade pode gerar desorganização dos serviços, gastos desnecessários e uso não racional dos recursos, influenciando também a equidade de acesso ao serviço, em uma situação que, de fato, se configure como urgência⁽⁹⁾. É possível que essa situação resulte em grande número de usuárias que não consegue atendimento nos serviços de urgência e emergência, necessitando por meio próprio acessar a porta de entrada do SUS, contribuindo para a peregrinação entre os serviços^(9,25).

Dessa perspectiva, os dados analisados estão em conformidade com a realidade apresentada em demais estudos e podem refletir a utilização dos serviços de urgência pela população de maneira equivocada, gerando situações de estresse⁽²⁵⁾.

Por fim, nota-se a elevada taxa de não preenchimento de dados importantes relacionados à assistência ao ciclo gravídico, como a idade gestacional, histórico de gestações, partos e abortos e a realização ou não do pré-natal pela gestante, dificultando o conhecimento integral da situação gestacional da mulher, da identificação de risco e vulnerabilidades à saúde dessa população específica.

Limitações do estudo

A análise retrospectiva dos prontuários e a ausência de dados importantes para o cumprimento do objetivo deste estudo constituíram fatores limitantes e acarretaram a redução da amostra.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O conhecimento da situação clínica e obstétrica associado à pertinência da solicitação de atendimento de urgência permite identificar o perfil de gestantes que mais solicita atendimento e quais são suas condições, viabilizando estratégias com vistas a atenuar chamados não condizentes com um perfil de urgência e, assim, tornar o serviço pré-hospitalar mais equitativo e eficiente. Ressalta-se, porém, a importância do fortalecimento de estratégias educativas na atenção básica a fim de transformar a ótica de associar a gestação à hospitalização e medicalização desmedida

de processos fisiológicos que envolvem o período gestacional, tornando-se necessária sua discussão.

CONCLUSÕES

Evidenciou-se a elevada taxa de demanda não pertinente ao serviço pré-hospitalar de urgência, de acordo com o protocolo de classificação de risco em obstetrícia, do Ministério da Saúde⁽⁸⁾. Observou-se, também, a predominância da normalidade de parâmetros clínicos e obstétricos, de modo que as situações não apresentam sinais de gravidade ou urgência condizentes com o atendimento pelo SAMU, principalmente na assistência às

gestantes do terceiro trimestre, pois referiram sinais e sintomas fisiológicos do trabalho de parto sem caráter expulsivo. É fundamental difundir a finalidade e a pertinência do serviço perante a comunidade e os serviços de saúde, no intuito de proporcionar um atendimento pré-hospitalar equitativo e eficiente, bem como possibilitar a redução das taxas de hospitalização/medicalização sem caráter necessário.

FOMENTO/AGRADECIMENTO

A CAPES/CNPq por contribuir com esta pesquisa em forma de bolsa de pós-graduação, nível Mestrado.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo FSF, Borges PKO, Paris GF, Alvarez GRS, Zarpellon LD, Pelloso SM. Atención gestacional conforme inicio del prenatal: estudio epidemiológico. *O Braz J Nurs*. 2013;12(4):794-804. doi: 10.5935/1676-4285.20134259
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1020/GM/MS, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013[cited 2019 Jan 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html
3. Sampaio AFS, Rocha MJF, Leal EAS. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. *Rev Bras Saude Mater. Infant*. 2018;18(3):559-66. doi: 10.1590/1806-93042018000300007
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia [Internet]. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. Brasília; 2017 [cited 2019 Jan 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetrícia.pdf
5. Figueiroa MNM, Menezes MLN, Monteiro EMLM, Aquino JM, Mendes NOG, Silva PVT. Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20170087. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0087
6. Lacerda IC, Moreira TMM. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. *Acta Sci Health Sci*. 2011;33(1):71-6. doi: 10.4025/actascihealthsci.v33i1.7711
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [cited 2019 Jan 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2048, de 04 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
9. Michilin NS, Jensen R, Jamas MT, Pavalqueires S, Parada CMGL, et al. Analysis of obstetric care provided by the Mobile Emergency Care Service. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):625-30. doi: 10.1590/0034- 7167.2016690408i
10. Abreu KP, Pelegrini AHW, Marques GQ, Lima MADs. [Users' perceptions of urgency and reasons for using the mobile pre-hospital care service]. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 20];33(2):146-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/21.pdf>
11. Narayan B, Nelson-Piercy C. Medical problems in pregnancy. *Clin Med* [Internet]. 2017[cited 2019 Jan 20];17(3):251-7. Available from: http://www.clinmed.rcpjournal.org/content/16/Suppl_6/s110.long
12. Novaes ES, Oliveira RR, Melo EC, Varela PLR, Mathias TAF. Obstetric profile of public health system users after implantation of the network mother from the state of Paraná-Brazil. *Cienc Cuid Saúde*. [Internet]. 2015[cited 2019 Jan 20];14(4):1436-44. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/27343/16488>. 4
13. Matuszkiewicz-Rowinska J, Małyszko J, Wieliczko M. Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems. *Arch Med Sci*. [Internet]. 2015[cited 2019 Jan 20];11(1):67- 77. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4379362/>
14. Fossum S, Vikanes AV, Naess Ø, Vos L, Grotmol T, Halvorsen S. Hyperemesis gravidarum and longterm mortality: a population-based cohort study. *BJOG* [Internet]. 2016[cited 2019 Jan 20];124 (7):1080-7. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14454/full>.
15. Ye C, Ruan Y, Zou L, Li G, Li C, Chen Y, et al. The 2011 survey on Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) in China: prevalence, risk factors, complications, pregnancy and perinatal outcomes. *PLOS ONE*[Internet]. 2014[cited 2019 Jan 20];9(6):e1001180. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0100180>

16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde- -CNS. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
17. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental*. 13. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2014. 764 p.
18. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Gestacional. *Arq Bras Cardiol* 2016;107(3Supl.3):1-83. doi: 10.5935/abc.20160159
19. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet*. [Internet] 1974;2:81–84. doi: 10.1016/S0140-6736(74)91639-0
20. Calegari RS, Gouveia HG, Gonçalves AC. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. *Cogitare Enferm*[Internet]. 2016[cited 2019 Jan 20];21(2):1–8. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44604/28558>
21. Monteiro MM, Moura-Sá GG, Oliveira Neto JG, Lopes KDCL, Carvalho DA, Martins MCC. Emergências obstétricas: características de casos atendidos por serviço móvel de urgência. *Rev Interd* [Internet] 2016;9(2):136-44, May/Jun. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/948/pdf_320
22. Freitas F. *Rotinas em obstetrícia*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, p.45.
23. Silva JG, Chavaglia S, Chavaglia R, Ruiz MT. Ocorrências obstétricas atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(12):3158-64. doi: 10.5205/1981-8963-v12i12a237918p3158-3164-2018
24. Pedreira M, Leal I. Terceiro trimestre de gravidez: expectativas e emoções sobre o parto. *Psicol, Saúde Doenças*. 2015;16(2):254-66. doi: 10.15309/15psd160210
25. Veronese AM, Oliveira DLLC, Nast K. Risco de vida e natureza do SAMU: demanda não pertinente e implicações para a Enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*[Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 20];33(4):142-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n4/18.pdf>
26. Félix HCR, Corrêa CC, Matias TGC, Parreira BDM, Paschoini MC, Ruiz MT. Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. *Rev Bras. Saude Mater Infant*. 2019;19(2):335-41. doi: 10.1590/1806-93042019000200005
27. Anversa ETR, Nunes LN, Dal Pizzol TS, Bastos GAN, Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):789-800. doi: 10.1590/S0102-311X2012000400018.
28. Dias JMC, Lima MSM, Dantas RAN, Costa IKF, Leite JEL, Dantas DV. Profile of state prehospital mobile emergency care service. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1):01-9. doi: 10.5380/ce.v21i1.42470
29. Monteiro MM, Sá GGM, Oliveira Neto JG, Lopes KDCL, Carvalho DA, Martins MCC. Emergency obstetric: case features served in mobile service urgente. *Rev Interdisc*. 2016;9(2):136-44. doi: 10.5205/1981-8963-v12i12a237918p3158-3164-2018
30. McDonald JA, Riskel K, Escobedo MA, Arellano DE, Cunningham TJ. Obstetric emergencies at the United States-Mexico border crossing in El Paso, Texas. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 20];37(2):76-82. Av <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n2/76-82/en/>
31. Portiño MC, Novoa DG, González-Burboa A, Aguilera CL, Fernández NP, Astorga PV. Evaluación de la categorización de las urgencias gineco-obstétricas en un hospital der sur de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016;81(2):105-12. doi: 10.4067/S0717-75262016000200004
32. Farias DC, Celino SDM, Peixoto JBS, Barbosa ML, Costa GMC. Acolhimento e resolubilidade das urgências na estratégia saúde da família. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(1):79-87. doi: 10.1590/1981-52712015v39n1e00472014
33. Pohlmann FC, Kerber NPC, Pelzer MT, Dominguez CC, Minasi JM, Carvalho VF. Prenatal care model in the far South of Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):2-8. doi: 10.1590/0104-0707201600003680013