

## Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

*Analysis of obstetric care provided by the Mobile Emergency Care Service*  
*Análisis de atenciones obstétricas realizadas por el Servicio de Atención Móvil de Urgencia*

**Nathallia Serodio Michilin<sup>I</sup>, Rodrigo Jensen<sup>II</sup>, Milena Temer Jamas<sup>II</sup>,  
Shirlene Pavelqueires<sup>III</sup>, Cristina Maria Garcia de Lima Parada<sup>II</sup>**

<sup>I</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Botucatu-SP, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem. Botucatu-SP, Brasil.

<sup>III</sup> Faculdade de Medicina de Marília, Curso de Enfermagem. Marília-SP, Brasil.

### Como citar este artigo:

Michilin NS, Jensen R, Jamas MT, Pavelqueires S, Parada CMGL. Analysis of obstetric care provided by the Mobile Emergency Care Service. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(4):625-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690408i>

**Submissão:** 08-05-2015

**Aprovação:** 23-03-2016

### RESUMO

**Objetivo:** analisar a pertinência dos chamados realizados pela população obstétrica usuária do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) de Botucatu-SP. **Método:** estudo retrospectivo e analítico. Analisaram-se todas as fichas de atendimento obstétrico pré-hospitalar realizado em 2012 pelo SAMU 192. Foram considerados pertinentes os chamados que resultaram em encaminhamento ao hospital de referência obstétrica ou aqueles classificados nas cores vermelha, laranja e amarela, segundo critérios de risco propostos pelo Ministério da Saúde. **Resultados:** considerando-se os dois desfechos avaliados: encaminhamento ao hospital de referência e critérios de risco do Ministério da Saúde, não foram pertinentes 6,7% e 75,6% dos chamados, respectivamente. Não houve concordância entre os desfechos, nem variação entre primíparas e múltíparas quanto à pertinência do chamado. **Conclusão:** espera-se com este estudo ratificar a necessidade de implementar protocolo de classificação de risco na área obstétrica, bem como subsidiar gestores na organização, qualificação e efetiva implantação da Rede Cegonha. **Descritores:** Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem em Emergência; Serviços Pré-Hospitalares; Gestantes; Enfermagem Obstétrica.

### ABSTRACT

**Objective:** analyze the pertinence of calls made by obstetric users of the Mobile Emergency Care Service (SAMU 192) of Botucatu-SP. **Method:** retrospective and analytical research. All records of prehospital obstetric care delivered by the SAMU 192 in 2012 were analyzed. To be considered responsive, calls should lead to referral to a reference obstetric hospital or be classified with the colors red, orange and yellow, according to risk criteria defined by the Ministry of Health. **Results:** considering the two outcomes evaluated: referral to a reference hospital and risk criteria defined by the Ministry of Health, 6.7% and 75.6% of the calls were not pertinent, respectively. There was no matching between outcomes, neither variation between primiparas and multiparas as regards the call pertinence. **Conclusion:** this study ratifies the need for implementing a risk classification protocol in obstetrics, and support managers in the organization, qualification and effective implementation of the Rede Cegonha. **Descriptors:** Emergence Medical Services; Emergency Nursing; Prehospital Services; Pregnant Women; Obstetric Nursing.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la pertinencia de llamados realizados por la población obstétrica del Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU 192) de Botucatu-SP. **Método:** estudio retrospectivo, analítico. Se analizaron todas las fichas de atención

obstétrica prehospitalaria del SAMU 192 correspondientes a 2012. Se consideraron pertinentes los llamados que resultaron en derivación al hospital de referencia obstétrico o aquellos clasificados en color rojo, naranja y amarillo, según criterio de riesgos propuesto por el Ministerio de Salud. **Resultados:** considerándose los dos desenlaces evaluados: derivación hospitalaria y criterios de riesgo del Ministerio de Salud, no fueron pertinentes 6,7% y 75,6% de los llamados, respectivamente. No existió concordancia entre los desenlaces, ni variación entre primerizas y no primerizas respecto de pertinencia de llamados. **Conclusión:** se espera ratificar la necesidad de implementar protocolo de clasificación de riesgo del área obstétrica, y colaborar con los administradores en la organización, calificación y efectiva implantación de la Red Cegonha.

**Descripciones:** Servicios Médicos de Urgencia; Enfermería de Urgencia; Servicios Prehospitalarios; Enfermería Obstétrica.

AUTOR CORRESPONDENTE

Cristina Maria Garcia de Lima Parada

E-mail: cparada@fmb.unesp.br

## INTRODUÇÃO

Nas situações consideradas urgentes, o fator tempo e o tipo de serviço empenhado no socorro são essenciais. Assim, os serviços pré-hospitalares móveis de urgência se configuram para a população como possibilidade de acesso rápido e eficaz ao serviço de saúde, muitas vezes no próprio local do acidente, contribuindo, assim, para melhorar o prognóstico de saúde da população usuária<sup>(1)</sup>.

No Brasil, compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Urgências, a Central de Regulação Médica de Urgências e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), sendo este último o componente assistencial da Rede que tem por objetivo chegar o mais rápido possível à pessoa que sofre agravo à saúde mediante o envio de ambulâncias tripuladas por equipes capacitadas<sup>(2)</sup>, devendo estar em articulação com todas as portas de entrada dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(3)</sup>.

As Centrais de Regulação contam com profissionais capacitados em regular os chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio da classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, ordenando, assim, o fluxo efetivo entre referência e contrarreferência dentro da RAS<sup>(2)</sup>.

Para que todas as pessoas com agravos à saúde sejam atendidas rapidamente, é necessário identificar e evitar o uso de recursos com demanda não pertinente. Essa demanda se configura como urgência ou emergência apenas pela percepção da população sobre seu quadro de saúde, porém, não se enquadra nos critérios de gravidade e prioridade estabelecidos pelas Centrais de Regulação<sup>(1)</sup>.

A demanda não pertinente é problema para a população e para a gestão. Por um lado, há o tempo perdido pelo serviço de saúde, em geral a partir do médico regulador, em regular uma chamada que não se configura como caso de urgência ou emergência; e, por outro, podem deixar de serem regulados casos pertinentes, em decorrência do atendimento de casos que não precisariam ser atendidos. É possível que essa situação resulte em grande número de usuários com agravo à saúde que não conseguem atendimento nos serviços de urgência e emergência, necessitando por meio próprio acessar a porta de entrada do SUS. A dificuldade de acesso e a avaliação do estado de saúde em risco de morte, quando avaliada pela própria população que a solicita, gera situação de estresse<sup>(4)</sup>.

Pelas possíveis divergências entre a percepção da situação pela população e o protocolo de atendimento, pode haver conflito entre os usuários e o médico regulador, especialmente em razão das diferenças nas definições de risco de morte e em decorrência da falta de conhecimento da população sobre o funcionamento e a natureza do SAMU 192<sup>(4)</sup>. Esses conflitos podem ocorrer em todas as áreas, visto que o Serviço deve atender agravos de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica ou psiquiátrica<sup>(5)</sup>.

Considerando-se as especificidades e a relevância da área obstétrica, esta foi eleita para o presente estudo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), somente no ano de 2010, ocorreram aproximadamente 287.000 óbitos maternos no mundo. No Brasil, dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)<sup>(6)</sup>, por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), informou que ocorreram 1.567 óbitos maternos no ano de 2013. No mesmo ano, no Estado de São Paulo, foram 219 óbitos maternos, dos quais 75 ocorreram na capital. Entretanto, o número de casos pode ser maior pela possibilidade de subnotificação<sup>(7-8)</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde (MS)<sup>(9)</sup>, a morte materna ocorre em consequência de eventos mal sucedidos, ausência de acolhimento à gestante e/ou puérpera, falta de suporte familiar ou social ou mesmo pela inadequada resposta dos serviços de saúde. É necessário que haja encaminhamento correto das pacientes, conduzidas de acordo com suas queixas e sintomas para o destino adequado, não agravando, assim, o cenário de socorro das urgências e emergências obstétricas<sup>(9)</sup>.

Entre as doenças ou intercorrências que agravam a saúde de gestantes e puérperas estão infecções, hipertensão arterial prévia ou atual, hemorragias, cardiopatias, asma aguda grave e distúrbios tromboembólicos, entre outras. Os profissionais de saúde, desde a rede de atenção básica até o nível mais complexo de atendimento, devem estar preparados para identificar riscos e socorrer o mais rapidamente possível essas mulheres<sup>(9)</sup>.

Nesse contexto, este estudo teve por objetivo analisar os chamados da população obstétrica usuária do SAMU 192 de Botucatu no ano de 2012 com relação a sua pertinência, considerando a paridade das mulheres.

## MÉTODO

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Trata-se de estudo retrospectivo e analítico, realizado na cidade de Botucatu-SP, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), sendo a população-alvo constituída por mulheres no ciclo gravídico puerperal residentes em Botucatu e que acionaram esse Serviço no período entre 01/01 a 31/12/12.

Essas mulheres foram identificadas a partir do campo *natureza da ocorrência*: gestante/puérpera, constante no instrumento utilizado pelo SAMU 192 durante todos os seus atendimentos.

Tal instrumento é composto por dados de identificação do usuário (nome, endereço, sexo e idade), relato da avaliação primária da vítima (natureza da ocorrência e condições neurológicas, circulatórias e respiratórias), sinais vitais, história de uso de medicação, procedimentos e medicações realizadas pelos socorristas, descrição do caso e equipe responsável pelo atendimento. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal do estudo.

Para a classificação da pertinência da demanda foram utilizados dois critérios. No primeiro, considerou-se demanda pertinente quando, após o atendimento pelo SAMU, a gestante ou puérpera fosse encaminhada ao hospital de referência na área obstétrica; e, no segundo, considerou-se a classificação de risco em obstetria realizada por enfermeira do SAMU 192, a partir da proposta do MS<sup>(7)</sup>, sendo o chamado pertinente quando a gestante fosse classificada nas cores vermelha (necessidade de atendimento médico imediato), laranja (requer atendimento em 15 minutos) ou amarela (necessário atendimento em até 30 minutos).

As variáveis de caracterização e relativas aos dados vitais das mulheres que acionaram o SAMU foram: idade (anos); paridade (múltipara, primípara); região de procedência do município (Centro, Sul, Leste, Oeste, Norte); viatura de transporte (suporte básico, suporte avançado, ambulância branca); sinais vitais no momento da chegada do SAMU no domicílio: pressão arterial (mmHg), frequências cardíaca (batimentos por minuto) e respiratória (movimentos respiratórios por minuto) e temperatura (°C); glicemia (mg/dl); saturação de oxigênio (%); classificação na escala de coma de Glasgow (3–15); condições da vítima: consciente (sim, não); eupneica (sim, não) e preenchimento capilar < 2 segundos (sim, não). Além disso, avaliou-se a frequência cardíaca fetal (batimentos por minuto).

Quanto às queixas que motivaram o chamado, investigou-se a ocorrência (sim, não) de contração uterina, perda do tampão ou conteúdo vaginal, perda de líquido amniótico, sangramento vaginal, dor em baixo ventre ou suprapúbica, náuseas e vômitos, crise de ansiedade ou síncope, mal-estar geral (tontura, fraqueza, cefaléia), sinais ou sintomas de infecção do trato urinário (dor ao urinar, urgência miccional e percepção de odor urinário forte) e outras queixas. Também foram investigados os achados registrados no campo descrição do caso pelos socorristas.

A variável independente foi a paridade da gestante (primípara, múltipara). Para as análises segundo paridade, foram excluídas 54 mulheres devido a ausência de registro deste dado na ficha de atendimento, passando a compor a amostra 304 gestantes e puérperas: 139 primíparas e 165 múltiparas.

O desfecho estudado foi a demanda pertinente, classificada pelo encaminhamento ao hospital de referência na área obstétrica pelo SAMU (sim, não) e, pela classificação de risco em vermelho, laranja ou amarelo (sim, não). Pela incompletude dos registros nas fichas do SAMU, não foi possível classificar a pertinência da demanda para cinco das participantes do estudo, resultando na participação de 299 mulheres na análise da pertinência.

Utilizou-se para análise dos dados o *software* SPSS versão 15.0. A comparação entre primíparas e múltiparas em relação ao percentual de demanda não pertinente ao SAMU 192 foi feita pelo teste não paramétrico de Qui-quadrado e teste de Wald. Para avaliar a concordância entre os dois critérios utilizados para caracterizar a pertinência da demanda, utilizou-se o índice de kappa. Em todos os casos adotou-se  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

As características pessoais e relativas aos chamados estão apresentadas na Tabela 1.

No ano de 2012, o SAMU 192 atendeu 358 mulheres por agravos obstétricos. A mediana de idade foi 22 anos; sendo que a maioria das mulheres era múltipara (54,3%); procedia de diferentes regiões do município e foi atendida por unidade de suporte básico (76,8%), (Tabela 1).

**Tabela 1** – Idade e paridade das mulheres incluídas no estudo, região de procedência e viatura de atendimento ao chamado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2012

Características	n (%)	Total de registros*
Idade mediana em anos (mínima–máxima)	22 (14–43)	358
Paridade		304
Múltipara	165 (54,3)	
Primípara	137 (45,7)	
Região de procedência do município		350
Centro	77 (22,0)	
Sul	76 (21,7)	
Leste	68 (19,4)	
Norte	67 (19,2)	
Oeste	62 (17,7)	
Viatura de atendimento		358
Unidade de Suporte Básico	275 (76,8)	
Unidade de Suporte Avançado	77 (21,5)	
Ambulância Branca	6 (1,7)	

Nota: \*Total de registros preenchidos nas fichas do SAMU.

Na Tabela 2, são apresentados os dados vitais maternos e a frequência cardíaca fetal. Os valores medianos (mínimo e máximo) da pressão arterial sistólica foram 90 mmHg (80–220 mmHg) e, para a diastólica, 50 mmHg (40–90 mmHg); 99,0% das mulheres estavam conscientes, 95,3% estavam eupneicas e 99,0% tiveram enchimento capilar inferior a dois segundos no momento do atendimento.

**Tabela 2** – Dados vitais das mulheres incluídas no estudo e frequência cardíaca fetal, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2012

Variáveis	Mediana (mínima-máxima)	n (%)	Total de registros*
Pressão arterial sistólica (mmHg)	90 (80–220)	–	346
Pressão arterial diastólica (mmHg)	50 (40–90)	–	346
Frequência cardíaca (batimentos/minuto)	90 (56–147)	–	345
Frequência respiratória (respirações/minuto)	20 (14–60)	–	284
Temperatura (°C)	36 (35–39)	–	20
Saturação de oxigênio (%)	98 (87–100)	–	348
Dosagem de glicemia (mg/dl)	98 (72–193)	–	24
Escala de coma de Glasgow	15 (14–15)	–	300
Frequência cardíaca fetal (batimentos/minuto)	140 (90–188)	–	243
Consciente	–	299 (99,0)	302
Eupneica	–	283 (95,3)	297
Tempo de enchimento capilar < 2 segundos	–	199 (99,0)	201

Nota: \*Total de registros preenchidos nas fichas do SAMU.

Na Tabela 3, estão as principais queixas das mulheres no momento do chamado ao SAMU.

**Tabela 3** – Queixas das mulheres que motivaram o chamado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2012

Queixas	Primíparas n (%)	Múltiparas n (%)
Contração uterina	103 (41,0)	99 (34,8)
Perda do tampão/conteúdo vaginal	39 (15,5)	38 (13,4)
Perda de líquido amniótico	36 (14,3)	38 (13,4)
Sangramento vaginal	33 (13,2)	35 (12,3)
Dor no baixo ventre/suprapúbica	16 (6,4)	20 (7,0)
Náuseas/vômitos	6 (2,4)	5 (1,7)
Crise de ansiedade/síncope	4 (1,6)	13 (4,6)
Mal-estar geral (tontura, fraqueza e cefaleia)	3 (1,2)	14 (5,0)
Sinais e sintomas de infecção do trato urinário	2 (0,8)	8 (2,8)
Outros	9 (3,6)	14 (5,0)
Total*	251 (100,0)	284 (100,0)

Nota: \*A mesma mulher podia referir mais de uma queixa.

As cinco principais queixas de primíparas e múltiparas foram, respectivamente: contração uterina (41,0% e 34,8%), perda do tampão mucoso ou de conteúdo vaginal (15,5% e 13,4%), perda de líquido amniótico (14,3% e 13,4%), sangramento vaginal (13,2 e 12,3%) e dor no baixo ventre ou suprapúbica (6,4% e 7,0%). Para as primíparas, estas queixas representaram 90,4% do total e para as múltiparas, 80,9% (Tabela 3).

Entre as queixas agrupadas como outras (Tabela 3), estão: feto expelido, queda da própria altura, parto no domicílio, febre, diarreia, dispareunia, constipação intestinal, acidente automobilístico/motociclístico e agressão física sofrida.

Os principais achados registrados pelos profissionais do SAMU durante o atendimento estão apresentados na Tabela 4. Os dois mais frequentes, tanto em primíparas quanto em múltiparas, foram: dilatação cervical entre 1 e 4 centímetros e pressão arterial igual ou superior a 140×90 mmHg, representando 54,1% dos achados registrados entre primíparas e 31,1% entre múltiparas. Destaca-se que, do total de achados registrados, 8,1% entres primíparas e 6,8% entre múltiparas diziam respeito ao transporte ao serviço de referência na área obstétrica, por solicitação dos serviços de atenção básica (Tabela 4).

**Tabela 4** – Principais achados registrados pelos profissionais durante o atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência às participantes do estudo, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2012

Principais achados registrados	Primíparas n (%)	Múltiparas n (%)
Dilatação cervical entre 1–4 cm	15 (40,6)	12 (16,2)
Pressão arterial ≥ 140×90 mmHg	5 (13,5)	11 (14,9)
Movimentação fetal diminuída	4 (10,8)	8 (10,8)
Dilatação cervical entre 5–8 cm	3 (8,1)	6 (8,1)
Chamado da unidade básica para transferência ao serviço de referência obstétrica	3 (8,1)	5 (6,8)
Ausência de pré-natal	2 (5,4)	9 (12,1)
Dilatação cervical entre 9–10 cm	2 (5,4)	5 (6,8)
Movimentação fetal aumentada	2 (5,4)	0 (0,0)
Parada de medicamentos prescritos	1 (2,7)	4 (5,4)
Usuária de álcool/outras drogas	0 (0,0)	10 (13,5)
Outros	0 (0,0)	4 (5,4)
Total	37 (100,0)	74 (100,0)

A análise da pertinência da demanda, segundo encaminhamento ao hospital de referência e a partir dos critérios de risco do MS, é apresentada na Tabela 5. Do total de chamados, 20 (6,7%) foram considerados não pertinentes, segundo encaminhamento ao hospital de referência na área obstétrica; e, neste caso, a demanda não pertinente não variou entre primíparas e multíparas:  $p = 0,3147$ . Considerando-se a classificação de risco do MS, 226 chamados (75,6%) foram considerados não pertinentes e também não houve variação entre primíparas e multíparas ( $p = 0,0707$ ).

Quando comparados os dois métodos de classificação de pertinência da demanda, houve concordância entre eles em apenas 91 chamados, evidenciando significativa falta de concordância entre as classificações ( $kappa = 0,04$ ;  $p = 0,011$ ).

**Tabela 5** – Comparação entre primíparas e multíparas, considerando a pertinência da demanda a partir do encaminhamento ao hospital de referência e critérios de risco do Ministério da Saúde, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2012

Demanda	Primíparas		Multíparas		Valor de $p^*$
	n	%	n	%	
Encaminhamento ao hospital					
Não pertinente	7	5,1	13	8,0	0,3147
Pertinente	130	94,9	149	92,0	
Classificação de risco do Ministério da Saúde					
Não pertinente	111	80,4	115	71,4	0,0707
Pertinente	27	19,6	46	28,6	

Nota: \*Teste Qui-quadrado.

## DISCUSSÃO

A prevalência de demanda não pertinente ao SAMU, obtida quando se tomou por base o encaminhamento ao hospital de referência, foi baixa e, ao contrário, quando utilizado o critério de classificação de risco proposto pelo MS, foi elevada. Independentemente do critério utilizado para essa classificação, não houve diferença significativa segundo a paridade.

Considerando-se os valores obtidos e que a classificação do MS é baseada em critérios de risco consensualmente estabelecidos para gestantes e puérperas<sup>(7)</sup>, pode-se afirmar que o encaminhamento ao hospital de referência foi excessivo. Duas hipóteses explicativas para este fato podem ser levantadas: a primeira é relativa à possível insegurança do médico regulador e demais profissionais do SAMU 192 no que se refere ao atendimento obstétrico, motivando encaminhamentos desnecessários; a segunda está relacionada à inexistência de efetiva RAS na área obstétrica no município, a Rede Cegonha, resultando em fragilidade nas articulações entre os serviços e revelando diferentes modos de operar o trabalho nos vários níveis de complexidade. Aspectos semelhantes foram discutidos em estudo com abordagem qualitativa realizado em 2011 com médicos do SAMU 192 e plantonistas de três hospitais públicos de Belo Horizonte/MG,

sendo apontado pela grande maioria dos médicos sentimento de frustração e insegurança durante o atendimento às emergências, visto que a RAS estava estruturada a partir de vínculos pessoais e não se desenvolvia de forma linear, modificando-se continuamente de acordo com os sujeitos envolvidos. Discutiu-se que a ausência de sequencialidade imprime intangibilidade nas interações estabelecidas em rede, resultando em sensação de frustração e insegurança nos profissionais<sup>(10)</sup>.

Futuros estudos devem ser conduzidos para melhor compreensão dessa realidade, dando voz também às gestantes e puérperas, de forma a apreender a representação que as próprias usuárias têm de um serviço como o SAMU.

Destaca-se que a sobrecarga resultante dos atendimentos desnecessários recai não apenas sobre o hospital de referência, mas também sobre o próprio SAMU, em ambos os casos podendo ocasionar não atendimento de situações que realmente precisam deste em caráter de urgência ou emergência<sup>(4)</sup>.

Os valores medianos dos dados vitais obtidos indicam a normalidade em todos os parâmetros medidos. A previsão de baixa gravidade do chamado também se evidencia ao observar que três em cada quatro chamados foram atendidos por unidade de suporte básico. A situação encontrada no presente estudo para a área obstétrica tem sido identificada em investigações sobre o SAMU, que apontam a baixa gravidade de muitos atendimentos nas diferentes áreas. Em 2011, na cidade de Chapecó-SC, agravos obstétricos compuseram apenas 3,7% dos atendimentos realizados pela unidade de suporte avançado de vida<sup>(11)</sup>. Em Porto Alegre-RS, no período de janeiro a junho de 2008, em estudo sobre atendimentos clínicos, observou-se que a unidade de suporte básico atendeu a grande maioria (91,8%) das ocorrências<sup>(12)</sup>.

As principais queixas que motivaram o chamado ao SAMU, independentemente da paridade: contração uterina, perda do tampão mucoso ou de conteúdo vaginal, perda de líquido amniótico pela via vaginal, sangramento vaginal e dor no baixo ventre ou suprapúbica; essas são, de maneira geral, situações que poderiam e deveriam ser atendidas na atenção básica. Destaca-se que a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, estabelece que a Atenção Básica à Saúde é responsável pelo atendimento às urgências, como componente pré-hospitalar fixo<sup>(3)</sup>.

Muitas destas queixas são comuns no período gestacional, e as mulheres, ao serem atendidas nas unidades de saúde em que são acompanhadas no pré-natal, poderiam ser examinadas para identificação dos casos com indicação precisa de encaminhamento para o serviço de referência, diminuindo a sobrecarga deste e fortalecendo a RAS. A análise de muitos dos achados registrados pelos profissionais do SAMU confirma a pertinência do atendimento na atenção básica: dilatação cervical entre 1 e 4 centímetros, ausência de pré-natal, movimentação fetal aumentada e parada de medicamentos prescritos<sup>(3)</sup>.

A população, de modo geral, avalia seu estado de saúde de acordo com suas crenças sociais e, no caso da gestante e puérpera, quando está em casa, vivencia o forte desejo de transporte imediato ao hospital sempre que imagina estar em trabalho de parto, fato que reflete a medicalização dos processos relativos ao ciclo gravídico puerperal<sup>(4,13)</sup>. Corroborando esses dados, a principal causa de chamado ao SAMU, tanto

entre primíparas quanto em múltiparas, foi a presença de contração uterina, condição necessária ao trabalho de parto.

Destaca-se a discordância entre os dois critérios para definição dos chamados não pertinentes, o que indica a necessidade de melhor organização do Serviço, de forma a evitar o já discutido encaminhamento desnecessário e sobrecarga dos serviços envolvidos.

Estudo realizado em Belo Horizonte/MG aponta que os profissionais da atenção básica não reconhecem sua responsabilidade no atendimento às urgências no nível primário de atenção por diferentes razões, incluindo a inadequação da estrutura física para atender emergência, falta de materiais e insumos mais específicos para as urgências e até mesmo por despreparo para atuar na área de urgência e emergência, o que pode gerar conflitos com o SAMU<sup>(14)</sup>.

A qualificação de todas as portas de assistência, adequando isso às necessidades de cada caso, e o entendimento de que os quadros agudos ou situações de emergência devem ser prestados por todas as portas de entrada do SUS são condições essenciais para qualquer área do cuidado<sup>(14)</sup>, inclusive a obstétrica.

Chama a atenção o fato de os chamados procederem igualmente das diferentes regiões do município. A literatura científica sobre esse tema tem indicado o contrário, que os chamados predominam nas regiões mais afastadas do centro da cidade, onde geralmente reside a população de renda mais baixa<sup>(15-16)</sup>. Essa informação, todavia, precisa ser vista com cautela, já que o

número de habitantes varia muito entre as regiões, ponderação que não pôde ser realizada no presente estudo.

Constitui limitação do presente estudo terem sido utilizados dados retrospectivos, a partir de registros dos profissionais da saúde. Por isso, em algumas situações, não foi possível classificar as mulheres quanto à paridade ou mesmo quanto à pertinência do chamado.

## CONCLUSÃO

Independentemente do critério adotado para classificação da demanda não pertinente, não houve diferenças segundo paridade. Evidenciou-se elevada proporção de demanda não pertinente tanto entre primíparas quanto entre múltiparas, quando se tomou por base a classificação por critérios de risco. Ao contrário, considerando como demanda não pertinente apenas os casos não encaminhados ao hospital, a frequência foi muito pequena.

A discordância entre as formas de classificar a demanda não pertinente evidencia excesso de encaminhamento ao serviço de referência, possivelmente de maneira desnecessária. Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam ratificar a necessidade de implementação do protocolo de classificação de risco proposto pelo MS na área obstétrica, bem como subsidiar gestores na organização, qualificação e efetiva implantação da Rede Cegonha no município.

## REFERÊNCIAS

1. 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 2014 Nov 14];33(2):146-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/21.pdf> Portuguese.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências [Internet]. *Diário Oficial da União* 22 mai 2012 [cited 2014 Nov 14]; Available from: [http://www.conass.org.br/conassinforma/dou\\_mai\\_1010\\_12.pdf](http://www.conass.org.br/conassinforma/dou_mai_1010_12.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União* 8 jul 2011 [cited 2014 Nov 14]; Available from: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/07/2011&jornal=1&pagina=69&totalArquivos=208>
4. 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 2014 Nov 14];33(4):142-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/en\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/en_18.pdf)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2014 Nov 14]; Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos [Internet]. Brasília (DF): DATASUS; 2013 [cited 2014 Nov 14]; Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VOBJ=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2014 Nov 14]; Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetrícia-ver-sao-26-de-maio-4-.pdf>
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID -10. 10. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000 [cited 2014 Nov 14]; Available from: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/0105urgencias.pdf>
10. Lima DP, De Souza Leite MT, Caldeira AP. [Health Care Networks: the perception of physicians working in emergency services]. *Saúde Debate* [Internet]. 2015[cited 2014 Nov 14];39(104):65-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00065.pdf> Portuguese.

11. Giaretta V, Ferronato M, Ascari TM, Krauzer IM. Perfil das ocorrências em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2012[cited 2014 Nov 14];26(2):478-87. Available from: <http://www.portals.eer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6597>
  12. Marques GQ, Lima MADS, Ciconet RM. Conditions treated in the Mobile Medical Emergency Services in Porto Alegre - RS. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Nov 14];24(2):185-91. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/en\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/en_05.pdf)
  13. Veronese AM, Oliveira DLLC, Nast K. Characterization of demand not relevant to SAMU Porto Alegre: descriptive study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2012[cited 2014 Nov 14];11(1):159-70. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3568/pdf>
  14. Araújo MT, Alves M, Gazzinelli MFC, Rocha TB. Social representations of emergency care unit professionals on emergency mobile service. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Nov 14];20:156-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea20.pdf>
  15. Capelli JDCS, Pontes JS, Pereira SEA, Silva AAM, Carmo CND, Boccolini CS, et al. [Birth weight and factors associated with the prenatal period: a cross-sectional study in a maternity hospital of reference]. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014[cited 2014 Nov 14];19(7):2063-72. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000702063](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702063) Portuguese.
  16. Marangoni SR, Oliveira MLF. Women users of drugs of abuse during pregnancy: characterization of a series of cases. *Acta Sci Health Sci* [Internet]. 2015[cited 2014 Nov 14];37(1),53-61. Available from: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/16754>
-