

ATENDIMENTO ÀS GESTANTES E PUÉRPERAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Natasha Valle Souza Gusmão*
Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza**
Maria Cristina de Camargo Fonseca***

RESUMO

Este artigo objetivou descrever o perfil do atendimento pré-hospitalar às gestantes e puérperas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em um município baiano em 2010. Trata-se de pesquisa descritiva, documental e de abordagem quantitativa, realizada a partir de dados secundários gerados de 385 fichas de atendimento; a coleta de dados ocorreu por meio de formulário adaptado da ficha de atendimento desse serviço, de dezembro de 2011 a abril de 2012. Os dados foram tabulados por meio da distribuição de frequências e analisados por meio da estatística simples. Do total de fichas analisadas, foram atendidas 360 gestantes (93,5%), sendo 78 multigestas (20,3%); 107 encontravam-se na faixa etária de 20 a 24 anos (27,8%); 95 tinham idade gestacional entre 38 e 42 semanas (24,7%); e 208 estavam em trabalho de parto (54,0%). Entre as gestantes, 337 tiveram parto hospitalar (87,5%) e 152 foram encaminhadas para maternidades públicas (39,5%); 99 atendimentos foram realizados entre 00:00 e 06:00 (25,7%). Quanto ao clameamento de cordão, 13 procedimentos foram registrados (3,5%), bem como 11 delivramentos (2,9%). Concluiu-se que o perfil do atendimento pré-hospitalar às gestantes e puérperas pelo serviço esteve voltado ao trabalho de parto, parto e puerpério, o que pode estar relacionado à percepção de facilidade, rapidez e segurança.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência. Enfermagem obstétrica. Saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) oferece atendimento de urgência e emergência em domicílios, vias públicas e espaços de trabalho, enviando profissionais de saúde capacitados em unidades móveis. Nesse sentido, os usuários procuram atendimento por meio de chamadas telefônicas gratuitas pelo número 192, direcionadas à Central de Regulação, que, por meio da análise do médico regulador, identifica a situação descrita e orienta as primeiras condutas a ser tomadas até a chegada da equipe na ambulância específica. Quando o chamado não é considerado pertinente, além das orientações, o médico indica um serviço de saúde que o usuário deve procurar⁽¹⁾.

Esse serviço integra a denominada Rede de Atenção às Urgências e Emergências, componente das Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizadas por relações entre todos os pontos de atenção, priorizando as necessidades

de saúde da população, de forma contínua e integral, por meio do cuidado multiprofissional⁽²⁾.

Em relação às necessidades de saúde da população feminina em idade fértil no estado da Bahia, que envolveram o atendimento de urgência e emergência e resultaram em internações, destacaram-se a gravidez, parto e puerpério (65,5% em 2010), sendo as principais causas de internação em mulheres entre 2001 e 2010⁽³⁾.

O ciclo gravídico-puerperal também influencia nos índices de morbidade e mortalidade materna. Estudo recente, realizado em um hospital de referência regional no estado do Rio de Janeiro, demonstrou que há predomínio das síndromes hipertensivas (pré-eclampsia grave), com 68,5% dos casos pesquisados, seguidas de hemorragias, com 19,1%, entre as causas de morbidade materna grave⁽⁴⁾.

No que tange à mortalidade de mulheres por causas maternas, existe uma relação direta entre o desenvolvimento do país e a razão de mortalidade. No Canadá e Estados Unidos, por

* Enfermeira. Hospital Geral Clériston Andrade, Feira de Santana - BA, Brasil. E-mail: tashavalle@hotmail.com

** Enfermeira Obstétrica. Mestrado. Professora Assistente na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPEM). Feira de Santana - BA, Brasil. E-mail: zannetyenfermeira@gmail.com

*** Enfermeira Obstétrica. Doutoranda na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Assistente na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana - BA, Brasil. E-mail: mariacristinac77@gmail.com

exemplo, os valores são inferiores a 11 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos (NV); porém, em países como Bolívia e Peru chegam a mais de 200 óbitos. No Haiti, existe uma razão de mortalidade materna de 670 óbitos maternos por 100 mil NV. Em toda a América Latina, aproximadamente de 15 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério⁽⁵⁾.

Em relação ao Brasil, pesquisas mostraram que: “mais de 800 mulheres morrem todos os anos por complicações na gravidez, parto e pós-parto [...] Na Bahia, a razão de mortalidade materna por causas diretas, em 2010, foi de 61,7 óbitos maternos/100.000 [...] A média do Estado é superior à média nacional”^(6:7).

Diante do exposto, infere-se que a morte materna indica a “qualidade da assistência médico-sanitária prestada a população, reflete a pobreza, as desigualdades de gênero, as precárias condições socioeconômicas, o baixo grau de informação e de escolaridade de uma sociedade”^(6:7).

Na perspectiva de melhoria da assistência à saúde das mulheres no Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos anos foram implementadas várias políticas públicas, entre elas destacam-se o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984; o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento, em 2000; e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, que veio ampliar as ações do PAISM, apontando áreas importantes do cuidado, como período de climatério/menopausa, reprodução assistida, saúde mental, saúde na adolescência, perspectivas de gênero e etnia nas atividades desenvolvidas. Além dessas políticas, podemos citar ainda, o Pacto pela Redução de Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004; o Pacto pela Saúde, em suas três dimensões, em 2006; e, em 2011, a conformação das redes, com destaque para a Rede Cegonha, o SAMU Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência.

Para a implementação eficaz dessas políticas, é fundamental enfrentar algumas dificuldades e desafios, como o processo de acessibilidade aos serviços de saúde. As discussões relacionadas ao acesso no setor saúde precisam envolver gestores, profissionais e usuários da rede de atenção, para que sejam estabelecidas novas formas de cuidado e uma gestão pautada na

reorientação do modelo de atenção à saúde⁽⁷⁾. No atendimento de urgência e emergência às gestantes e puérperas, ainda se observa a necessidade de implementação das políticas mencionadas, visto que mesmo existindo a assistência pré-hospitalar móvel, muitas vezes o acesso às maternidades e a insuficiência de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) materna comprometem a eficácia do cuidado.

Diante das dificuldades expostas pela literatura acima e observadas no cotidiano de atendimento, para uma maior discussão sobre o assunto, houve a necessidade de questionar qual é o perfil do atendimento pré-hospitalar às gestantes e puérperas realizado pelo SAMU em um município baiano. Por isso, este artigo objetiva descrever o perfil do atendimento pré-hospitalar às gestantes e puérperas realizado pelo SAMU em 2010.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental com abordagem quantitativa. Foram utilizados dados secundários das fichas de atendimento do SAMU; o estudo foi realizado na macrorregião centro-leste do estado da Bahia, em município com população estimada em 612.000 habitantes 2014⁽⁸⁾.

Dentre os serviços de saúde oferecidos por esse município, o SAMU foi implantado em 2004 e conta atualmente com 7 ambulâncias, sendo 1 unidade de suporte avançado (USA), ou UTI móvel, 5 unidades de suporte básico (USB) e 1 motolância. Segundo informações colhidas no campo do estudo, não existem ambulâncias específicas para o atendimento a gestantes e puérperas, porém, os protocolos em situações de emergência obstétrica estão estabelecidos. No que se refere às unidades móveis existentes e suas equipes no município, a USA conta com médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e condutor; a USB conta com o técnico de enfermagem e condutor; e a motolância conta com enfermeiro ou técnico em enfermagem.

Os critérios de inclusão estabelecidos para uso das fontes documentais foram: dados de mulheres a partir de 10 anos de idade, gestantes ou em puerpério, registrados em fichas de atendimento do SAMU, em 2010. Foram adotados como critérios de exclusão: fichas

ilegíveis e/ou rasuradas e as que não estivessem dentro do ano, idade e sexo propostos. Assim, identificou-se que, o total de mulheres atendidas pelo SAMU em 2010 foi 4.475 e destas 385 foram gestantes e puérperas, perfazendo 8,6% dos atendimentos.

A coleta de dados foi iniciada após autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), sob o Parecer n. 265/2011.

Entre dezembro de 2011 e abril de 2012 foram colhidos os dados das fichas de atendimento do serviço por meio do instrumento de coleta (formulário) adaptado da ficha utilizada pelo SAMU do município estudado. As variáveis independentes foram: idade, antecedentes patológicos, alergia medicamentosa, grupo sanguíneo e fator Rh; já as variáveis dependentes foram: horário do atendimento e queixa principal; causas obstétricas e puerperais; causas externas; procedimentos realizados; drogas/soluções; encaminhamentos; outras observações.

Os dados foram organizados e tabulados por meio da distribuição de classes e frequências, utilizando o programa *Microsoft Excel*, versão 7.0, com posterior descrição numérica dos dados. Essa organização é denominada tabular, pois os dados foram organizados em classe de ocorrências ou não em paralelo com as frequências absolutas e porcentagens. A análise das variáveis seguiu a proposta correlacional, ou seja, não houve influência em suas medidas, apenas relações/correlações entre elas após a descrição. Utilizou-se, ainda, análise estatística moda amostral, ou seja, foi descrito e interpretado, com base na literatura, o valor encontrado que ocorreu com maior frequência (distribuição unimodal)⁽⁹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo identificou que o SAMU do município estudado atendeu, em 2010, mulheres em trabalho de parto, parto e puerpério em 8,6% das ocorrências. Considera-se que o atendimento obstétrico não foi tão frequente como em outras regiões do Nordeste; estudo sobre a avaliação dos indicadores do SAMU em Teresina-PI identificou que as urgências obstétricas foram a

terceira ocorrência mais frequentemente atendida⁽¹⁰⁾.

Da população elegível para o estudo, 360 eram gestantes (93,5%) e 107 encontravam-se na faixa etária entre 20 e 24 anos (27,8%); no Brasil, nesse mesmo ano, a maior porcentagem da população de mulheres encontrava-se nessa faixa etária (4,5%), totalizando 8.614.963 mulheres⁽⁸⁾.

Das mulheres atendidas, 271 negaram alergia medicamentosa (70,4%) e 149 desconheciam seu tipo sanguíneo (38,7%). Das fichas analisadas, 335 não apresentaram registros de antecedentes pessoais patológicos (87,0%), porém, foram encontrados 17 casos de hipertensão arterial (4,4%) e 5 registros de diabetes na gestação atual (1,3%).

A idade gestacional (IG) de 95 mulheres (24,7%) estava entre 38 e 42 semanas; contudo, nas fichas de atendimento pré-hospitalar, houve sub-registro dessa variável em 267 ocorrências (69,4%). Em relação ao pré-natal (PN), também foi verificado sub-registro da informação (69,4%); do total de 385 mulheres, 97 realizou o PN (25,2%). Em relação ao PN, essa informação deve ser considerada também durante o atendimento pré-hospitalar dessa gestante ou puérpera, pois sua realização pode estar correlacionada com os sinais e sintomas do agravo que gerou a assistência do SAMU e nas fichas esse dado não apareceu com frequência. Estudo realizado em Recife-PE mostrou que “a não realização de pré-natal e o número insuficiente de consultas estão fortemente associados ao risco de morte materna”^(11:1982).

Houve a predominância nas fichas investigadas da gestação a termo, período que indica que o feto está desenvolvido o suficiente para a adaptação à vida extrauterina. Contudo, a maior porcentagem nas fichas de atendimento pré-hospitalar não registrou a IG, ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF) e dinâmica uterina. A literatura confirma que a identificação de alterações nos BCF durante o trabalho de parto respalda o diagnóstico de hipóxia fetal, e esse procedimento está incluído nas diretrizes para atenção à parturiente; a ausculta intermitente é indicada para parturientes de baixo risco, no período de dilatação a cada 15 a 30 minutos e no período expulsivo a cada 5 minutos⁽¹²⁾.

Se os dados citados acima estivessem disponíveis na ficha, poderiam respaldar, de modo mais consistente, as condutas tais como: no trabalho de parto ou parto a termo, o estímulo aos exercícios respiratórios, a orientação para não fazer esforço do puxo, mas deixar o parto fluir; a manutenção da posição esquerda durante o transporte, facilitando o fluxo sanguíneo e prevenção do sofrimento fetal; introdução de antibióticos se houver associação com a saída via vaginal de líquido amniótico esverdeado ou escuro; as ações para prevenção ou cuidado diante do trabalho de parto prematuro (uso de uterolíticos, tocolíticos e analgésicos, hidratação intravenosa, medicamentos como terbutalina, corticoides), justificando maior rapidez no transporte. Nesse sentido, ressalta-se que o acompanhamento da dinâmica uterina e ausculta rigorosa dos BCF são importantes para a garantia da vitalidade fetal e respaldam a interrupção rápida do parto se houver risco ao feto⁽¹³⁾.

Quanto ao número de gestações, 78 mulheres (20,3%) foram classificadas como multigestas, seguidas de 75 primigestas (19,5%). Apesar das primeiras já terem passado por várias experiências com gestações anteriores, procuraram o atendimento pré-hospitalar de urgência com maior frequência. Pesquisa recente feita em um município no estado de São Paulo, com gestantes que buscaram precocemente a assistência hospitalar, inclusive por meio do SAMU, denotou que os motivos dessa busca foram: a presença de sinais e sintomas diferentes daqueles já vivenciados ou conhecidos pelas informações recebidas no pré-natal; confusão entre o falso e o verdadeiro trabalho de parto; medo de complicações fetais; tranquilidade advinda da assistência de um profissional de saúde na instituição; medo do parto fora do hospital⁽¹⁴⁾.

Assim, o trabalho de parto muitas vezes estimula as gestantes a diversas idas e vindas ao hospital, recorrendo aos serviços de urgência. Isso demonstra que nem sempre as mulheres reconhecem os sinais e sintomas que indicam a hora correta de ir à maternidade, por meio da observação de seu próprio corpo, o que indica a importância da abordagem sobre o preparo para o parto durante o acompanhamento pré-natal.

No que se refere às causas dos atendimentos, houve o predomínio de 308 indivíduos (80,0%) por causas obstétricas, principalmente o trabalho de parto, e parto natural em 208 gestantes (54%).

Tabela 1. Causas dos atendimentos às gestantes e puérperas realizados pelo SAMU. Bahia, 2010.

Causas (N = 385)	N	%
Obstétricas		
Parto	208	54
Aborto	17	4,4
Ameaça de aborto	27	7,0
Hemorragia	5	1,3
Pré-eclampsia	8	2,1
Eclampsia	9	2,4
Outras	33	8,6
Outras não obstétricas	49	12,7
Externas		
Violência doméstica	5	1,3
Acidentes		5,97
Automóveis	6	1,6
Motocicletas	12	3,1
Automóveis + motocicletas	3	0,8
Atropelamento	2	0,5

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Como observado na Tabela 1, as síndromes hipertensivas da gestação caracterizaram-se como pré-eclampsia em 8 gestantes (2,1%) e como eclampsia em 9 (2,4%); esses são agravos que, apesar da baixa frequência neste estudo, possuem caráter de urgência e emergência em algumas situações, principalmente quando o pré-natal não foi realizado de forma eficiente e com qualidade, com a identificação de sinais e sintomas preditivos desses agravos. As síndromes acima mencionadas caracterizam-se em: hipertensão gestacional, quando apenas acontece uma elevação da pressão arterial na gravidez, sem associação com proteinúria e estabilização desse valor após o primeiro trimestre gestacional; pré-eclampsia, caracterizada por hipertensão aguda após a 20ª semana de gestação, de início súbito, e eclampsia, quando esse quadro associa-se a episódios convulsivos, podendo haver o comprometimento de funções vitais⁽¹⁵⁾. Assim, o SAMU pode ser acionado quando há uma síndrome hipertensiva grave, pois os quadros convulsivos são percebidos pela comunidade como fatores que possam levar à morte da gestante e do feto, se não for prestada assistência em caráter de emergência.

Foram identificadas nas fichas em que as gestantes tiveram o episódio convulsivo nos

casos de eclampsia, que estes foram descritos pelos familiares como acontecidos anteriormente à chegada da ambulância do SAMU. É importante destacar que a eclampsia deve ser controlada com sulfato de magnésio em esquema venoso ou intramuscular com doses de ataque e manutenção⁽¹³⁾ até a admissão na maternidade de referência. Entretanto, não houve descrição da ocorrência de crises convulsivas no trajeto até a maternidade nem o uso de medicações anticonvulsivantes. Nessa perspectiva, em uma chamada por suspeita de eclampsia, a ambulância USA é a mais indicada para o transporte e a equipe deve conter médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

As hemorragias, outra causa citada em 5 fichas de atendimento (1,3%), podem acontecer na gestação, além das situações consideradas ameaças de aborto ou aborto. Foi difícil definir qual o tipo de hemorragia e sua causa principal nesta pesquisa, porque as características do sangramento não foram encontradas na descrição das fichas. Sabe-se que entre as hemorragias mais comuns na gestação encontram-se aquelas causadas pela placenta prévia (PP), caracterizada por sangramento vivo, indolor e autolimitado no final do segundo e início do terceiro trimestre; o descolamento prematuro de placenta (DPP), caracterizado por dor abdominal de intensidade variada, podendo alcançar a hipertonia uterina, sangramento de coloração escurecida de quantidade variável, dor persistente entre as contrações e história de hipertensão⁽¹⁶⁾.

Esses tipos específicos de hemorragia na gestação devem ser conhecidos pelos profissionais que atuam no SAMU 192, incluindo os sinais específicos, pois as informações sobre as características da perda sanguínea e do quadro clínico da paciente vão respaldar condutas de maior resolubilidade para as gestantes, diminuindo a chance de complicações e de mortalidade materno-infantil.

Outras causas que levam à ocorrência de hemorragias são as ameaças de aborto e aborto observadas neste estudo, respectivamente, com 27 (7,0%) e 17 registros (4,4%) (Tabela 1); os abortos provocados ou induzidos por medicações abortivas somaram 24%. Estes geram muitas consequências à saúde das mulheres e situações de emergência que necessitam de atendimento

pré-hospitalar. Nas ameaças de aborto, não se pôde concluir a respeito da sua consumação, por não ter sido registrado esse tipo de informação ou pela conclusão deste dentro da instituição hospitalar.

O aborto provocado ou induzido pode tornar-se situação de emergência. Estudo recente realizado em Teresina com adolescentes em situação de aborto mostrou que existe um percurso clandestino orientado por quem vende as substâncias abortivas, que inclui a procura pelo hospital somente em caso de sangramento vaginal intenso⁽¹⁷⁾. Assim, nessa situação, as mulheres estão expostas a infecções e hemorragias severas, vulneráveis a um maior risco de complicações e a necessidade de atendimento pré-hospitalar de urgência.

Dentro da categoria outras causas obstétricas, houve maior percentual relacionado a queixas de contrações uterinas, com 82 registros (21,3%) e perda de líquido amniótico em 75 (19,4%). Entre os registros das causas externas foram encontrados 23 acidentes (6,0%) e 5 casos de violência doméstica (1,3%). As mulheres, incluindo as gestantes, estão cada vez mais inseridas nas estatísticas dos agravos por causas externas; o aumento da quantidade de condutoras de automóveis e motociclistas é uma causa de preocupação da saúde pública, devido às sequelas que um acidente pode causar, como a incapacidade física, mental ou morte. Em um estudo realizado em Maringá-PR, foi constatado que a maioria das mulheres atendidas pelo SAMU era condutora, quer de veículos (automóveis) ou motocicletas⁽¹⁸⁾. Ainda no que se refere às causas externas, a violência doméstica durante a gestação esteve descrita nas fichas, sendo esta praticada por parceiros ou familiares das vítimas no seu próprio domicílio. Estudo com gestantes vítimas de violência apontou que 35,3% das mulheres sofreram violência física praticada por parceiros íntimos⁽¹⁹⁾ e esse dado corrobora os achados desta pesquisa, pois, entre todos os relatos da tipologia da violência perpetradas contra gestantes descritos nas fichas do SAMU pesquisadas, predominavam agressões físicas.

As fichas continham, ainda, sinais vitais aferidos no atendimento, a forma como ocorreu o transporte da paciente, procedimentos médicos

realizados, uso ou não de drogas e soluções. Em relação aos sinais vitais, estes servem de parâmetros para a avaliação do quadro clínico da paciente, em casos de emergência obstétrica.

Quanto aos procedimentos realizados com as gestantes e puérperas, predominou a punção venosa, com 128 registros na área obstétrica (33,2%), e na área neonatal ocorreu o clampeamento de cordão umbilical em 13 recém-nascidos (3,5%); também foi observada a realização de delivramento em 11 ocorrências (2,9%). Destaca-se que esses procedimentos, foram os mais citados nas fichas quando a equipe do SAMU já encontrava o recém-nascido ao chegar ao domicílio; o transporte nesses casos foi feito pela ambulância (USA) em 26 atendimentos (6,8%). As drogas e soluções utilizadas foram: soluções fisiológicas, glicosadas e Ringer Lactato; medicações anti-hipertensivas (hidralazina e metildopa) e analgésicas (dipirona por via endovenosa).

Verificou-se neste estudo que o desfecho das ocorrências obstétricas envolvendo partos foi de 337 partos hospitalares (87,5%), 41 partos domiciliares (10,6%) e 7 partos durante o trajeto (1,9%). Nesse sentido, os encaminhamentos foram realizados para 152 maternidades públicas (39,5%) e 89 maternidades privadas conveniadas ao SUS (23,1%).

Em relação às unidades que realizaram os atendimentos, 359 ocorrências foram atendidas por USB (93,2%). Percebeu-se que existem no município maternidades públicas de referência especializadas na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal e hospital geral para encaminhamentos de mulheres com gestação de alto risco e politraumatismo.

O encaminhamento das gestantes e parturientes faz parte de um conjunto de ações da estratégia chamada Rede Cegonha, lançada pelo Ministério da Saúde em 2011⁽²⁾, que tem por objetivo implantar uma rede de cuidados que garanta à gestante um pré-natal, parto e puerpério humanizados e de boa qualidade, assim como garanta à criança um nascimento humanizado e seguro e um crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para isso, o governo se compromete a custear o vale-transporte para o pré-natal e vale-táxi para o parto, assim como a ampliação do número de ambulâncias do SAMU 192 para o transporte para o parto, facilitando,

assim, a vinculação da gestante com a maternidade e garantindo o transporte seguro⁽²⁾.

Ainda em relação à realidade das mulheres, em termos de condições sociais e econômicas, o transporte público é o mais utilizado por muitas delas, pois residem na periferia da cidade, distante das maternidades. Assim, quando não há um meio de transporte acessível durante o trabalho de parto e parto, elas recorrem ao SAMU, que não possui custo direto, é considerado ágil e rápido, e ainda conta com a segurança de estar com um profissional de saúde caso o parto ocorra no trajeto. Estudo realizado no SAMU de Natal-RN corrobora esse achado, pois encontrou que “devido à situação precária em que vivem, muitas gestantes acionam o 192 apenas com a finalidade de ser transportada até uma maternidade/hospital, causando a superlotação das linhas e frota do serviço”^(20:4838).

Os encaminhamentos de gestantes em risco pelo sistema de referência também fazem parte da estratégia de implantação da Rede Cegonha, com uma linha de cuidado específica para atenção à saúde da mulher, que visa a priorizar o respeito à autonomia das usuárias do SUS, a garantia de acesso a uma rede integral de serviços de saúde com infraestrutura adequada, onde a prevenção de agravos/doenças e a promoção da saúde devem ser destaque⁽²⁾. Vale ressaltar que no período de ocorrência dos dados, 2010, ainda não estava implantada no município a Política Rede Cegonha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou que no perfil de atendimento pré-hospitalar às gestantes e puérperas no SAMU nesse município predominou o atendimento a mulheres adultas jovens, por causas obstétricas, principalmente no trabalho de parto, parto e puerpério; multigestas, no final da gestação e que fizeram o pré-natal.

Infere-se que o receio quanto à proximidade do parto diante dos sinais clínicos, a dificuldade de acesso ao transporte, à confiança na segurança da equipe do SAMU e na sua agilidade, associados a não existência de custos nesse transporte, bem como a construção social acerca da medicalização do parto, são fatores que podem estimular a busca das mulheres pelo SAMU.

Para o serviço envolvido, profissionais de saúde e comunidade científica de enfermagem, a pesquisa trouxe como contribuição a reflexão sobre a necessidade de maior capacitação em emergências e urgências obstétricas, seus principais sinais e sintomas e a conduta que é preconizada para cada caso, de forma contínua, seguindo os princípios e diretrizes da Política

Nacional de Educação Permanente em Saúde. Assim, é possível dar uma assistência de qualidade a essa mulher até seu destino final, sendo também necessária a conscientização de que os registros minuciosos demonstram as ações realizadas e garantem não só a conduta específica, mas a segurança profissional no aspecto jurídico-legal.

CARE PROVIDED TO PREGNANT WOMEN AND PUERPERAL MOTHERS BY THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE

ABSTRACT

This article aimed to describe the profile of pre-hospital care provided to pregnant women and puerperal mothers by the Mobile Emergency Care Service (SAMU) in a municipality in Bahia, Brazil, in 2010. This is a descriptive, documentary, research with a quantitative approach, conducted by means of secondary data generated from 385 health care records; data collection took place through a form adapted from the health care records of this service, from December 2011 to April 2012. Data were tabulated by frequency distribution and analyzed by simple statistics. Out of the total number of health care records analyzed, 360 pregnant women (93.5%) were provided with care, and 78 became pregnant more than once (20.3%); 107 were at the age group from 20 to 24 years (27.8%); 95 were at a gestational age between 38 and 42 weeks (24.7%); and 208 were provided with care during labor (54.0%). Among the pregnant women, 337 underwent delivery at a hospital (87.5%) and 152 were referred to public maternity hospitals (39.5%); 99 patients were provided with care between 12:00 p.m. and 06:00 a.m. (25.7%). As for umbilical cord clamping, 13 procedures were registered (3.5%), as well as 11 deliverance cases (2.9%). It was concluded that the profile of pre-hospital care provided to pregnant women and puerperal mothers by the service focused on labor, delivery, and puerperium, something which may be related to the perception of ease, quickness, and safety.

Keywords: Emergency medical services. Obstetric nursing. Women's health.

ATENCIÓN PRESTADA A MUJERES EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS POR EL SERVICIO DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA

RESUMEN

Este artículo tuvo como objetivo describir el perfil de la atención pre-hospitalaria a las mujeres embarazadas y las puérperas por el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) en un municipio de Bahía, Brasil, en 2010. Se trata de una investigación descriptiva, documental, con abordaje cuantitativo, llevada a cabo por medio de datos secundarios generados desde 385 registros de atención a la salud; la recolección de datos ocurrió a través de formulario adaptado desde los registros de atención a la salud de este servicio, de diciembre de 2011 a abril de 2012. Los datos fueron tabulados por distribución de frecuencia y se analizaron mediante estadística simple. Del número total de registros analizados, 360 mujeres embarazadas recibieron cuidados (93,5%), entre estas, 78 quedaron embarazadas más de una vez (20,3%); 107 estaban en la franja etaria de 20 a 24 años (27,8%); 95 tenían una edad gestacional entre 38 y 42 semanas (24,7%); y 208 estaban en trabajo de parto (54,0%). Entre las mujeres embarazadas, 337 se sometieron a parto en un hospital (87,5%) y 152 fueron encaminadas a maternidades públicas (39,5%); 99 atenciones fueron realizadas entre 00:00 y 06:00 (25,7%). En cuanto al pinzamiento del cordón umbilical, 13 procedimientos fueron registrados (3,5%), así como 11 casos de liberación (2,9%). Se concluyó que el perfil de la atención pre-hospitalaria a las mujeres embarazadas y puérperas por el servicio se centró en el trabajo de parto, el parto y el puerperio, lo que puede estar relacionado con la percepción de facilidad, rapidez y seguridad.

Palabras clave: Servicios médicos de urgencia. Enfermería obstétrica. Salud de la mujer.

REFERENCES

1. Abreu KP, Pelegrini AHW, Marques GQ, Lima MADS. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev Gaúch Enferm.* 2012; 33(2):146-52.
2. Ministério da Saúde (BR). Rede Cegonha. Brasília (DF): MS; 2011.
3. Bahia (Estado). Diagnóstico situacional das condições de saúde da população e dos sistemas de serviços de saúde na Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2012; 36Supl:1-22-105.
4. Morse ML, Fonseca SC, Gottgroy CL, Waldmann CS, Gueller E. Morbidade materna e near misses em hospital de referência regional. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(2):310-22.
5. Brasil. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília (DF): MS; 2009.

6. Evangelista J. Mortalidade materna no Brasil: um desafio a ser superado. [online]. 2013 [citado 2013 jul 27]. Disponível em: <http://www.cienciaecultura.ufba.br/agenciadenoticias/noticias/mortalidade-materna-no-brasil-%E2%80%93-um-desafio-a-ser-superado/>
7. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. *Ciênc cuid saúde*. 2011; 10(2):248-55.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Feira de Santana [online]. 2015. [citado 2015 jan 9]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291080>
9. Peternelli LA. Capítulo 2: estatística descritiva [online]. [citado 2015 fev 9]. Disponível em: www.each.usp.br/rvicente/Paternelli_Cap2.pdf
10. Silva NC, Nogueira LT. Avaliação de indicadores operacionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Cogitare enferm*. 2012; 17(3):471-7.
11. Leite RMB, Araújo TVB, Albuquerque RM, Andrade ARS, Duarte Neto PJ. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(10):1977-85.
12. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 2010; 38(10):527-37.
13. Moreira RCR, Souza ZCSN, Spíndola T. Corpo da mulher em situações de emergência. In: Figueiredo NMA, Machado WCA, organizadores. *Tratado de cuidados de enfermagem*. São Paulo: Roca; 2012. p. 1769-801.
14. Peron Giaxa TE, Ferreira MLSM. Miedo e inseguridad de la gestante durante el trabajo de parto como motivos para la demanda de internación precoz. *Invest educ enferm*. 2011; 29(3):363-9.
15. Morais FM, Novaes JM, Silveira MCA, Araújo MJAR, Melo SM, Gontijo LS. Uma revisão do perfil clínico-epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. *Revista Eixo*. 2013; 2(1):69-82.
16. Ministério da Saúde (BR). *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília (DF): MS; 2012.
17. Nunes MD, Madeiro A, Diniz D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(8):2311-8.
18. Davantel PP, Pelloso SM, Carvalho MDB, Oliveira NLB. A mulher e o acidente de trânsito: caracterização do evento em Maringá, Paraná. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(3):355-67.
19. Oliveira MT, Beltrão AB, Monteiro MAC, Nascimento MCP, Costa e Silva MM, Lacerda VM, Oliveira TF. Violência na gestação: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2015; 6 Supl3:2235-48.
20. Caracterização das ocorrências obstétricas atendidas pelo SAMU Natal/RN [online]. 2011 [citado 2015 jan 9]. Disponível em: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0577.pdf

Endereço para correspondência: Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza. Universidade Estadual de Feira de Santana, Campus Universitário. Av. Transnordestina, s/n, módulo 6, anexo ao MT. Novo Horizonte, CEP 44036-900. Feira de Santana/BA, Brasil. E-mail: zannetyenfermeira@gmail.com

Data de recebimento: 1/11/2014

Data de aprovação: 14/12/2015