



MEDICINA

JOÃO MARCOS OLIVEIRA MOURA SANTANA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS URGÊNCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS
ATENDIDAS PELO SAMU NA CIDADE DE SALVADOR ENTRE
JANEIRO DE 2017 E DEZEMBRO DE 2020**

Salvador - BA

2021

JOÃO MARCOS OLIVEIRA MOURA SANTANA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS URGÊNCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS
ATENDIDAS PELO SAMU NA CIDADE DE SALVADOR ENTRE
JANEIRO DE 2017 E DEZEMBRO DE 2020**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano de Medicina

Orientador: Ivan de Mattos Paiva Filho

Salvador - BA

2021

Dedico este trabalho aos meus pais, familiares, amigos, professores e a todos aqueles que estiveram comigo durante todo o processo de realização.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais João Carlos de Santana e Albetisia Oliveira Moura Santana por sempre me apoiarem nas minhas tomadas de decisões e objetivos de vida, principalmente no que diz respeito à Medicina.

Ao meu irmão Carlos Eduardo Oliveira Moura Santana por ser uma referência para mim dentro de casa com relação a profissão médica.

À minha namorada, amiga e parceira Júlia Barreto de Farias por sempre estar ao meu lado em todos os momentos e me apoiar nos meus objetivos de vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ivan de Mattos Paiva Filho, por todo apoio na elaboração deste trabalho. Tê-lo como orientador do meu projeto foi uma honra muito grande e serei grato por toda minha vida por isso.

À minha querida professora de metodologia, Carolina Villa Nova Aguiar por me auxiliar e orientar da melhor forma possível na elaboração do projeto. Muito obrigado e serei grato eternamente por ter sido aluno da senhora.

À EBMSP por ser essa Escola de Medicina tão respeitada a nível nacional possibilitar a realização deste trabalho. É de uma honra muito grande fazer parte da história da instituição.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico das urgências gineco-obstétricas atendidas pelo SAMU na cidade de Salvador. **Métodos:** Este presente estudo possui como proposta metodológica a análise quantitativa observacional de dados epidemiológicos a partir do banco de dados E-SUS SAMU entre janeiro de 2017 e dezembro de 2020. **Resultados:** Houve predominância de complicação devido a dor (33,13%). A faixa etária mais frequente era entre 21 e 30 anos de idade (40,94%). A unidade de suporte básico foi a mais enviada para atendimentos (30%). O horário com maior frequência de chamadas foi o período entre 18h e 0h (30%). O bairro de Itapuã foi o que mais recebeu chamadas (4%). **Conclusão:** O estudo demonstrou que o SAMU 192 tem um papel importante no atendimento as urgências, e neste contexto, com os dados apresentados, percebe-se a importância no atendimento a pacientes com motivação gineco-obstétrica.

Palavras-chave: Epidemiologia. Sistema Único de Saúde. Serviços Médicos de Emergência. Ginecologia. Obstetrícia. Emergências.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological profile of gynecological-obstetric emergencies attended by SAMU in the city of Salvador. **Methods:** This study has as a methodological proposal the observational quantitative analysis of epidemiological data from the E-SUS SAMU database between January 2017 and December 2020. **Results:** There was a predominance of complications due to pain (33.13%). The most frequent age group was between 21 and 30 years of age (40.94%). The basic support unit was the one most frequently sent for assistance (30%). The time with the highest frequency of calls was the period between 18h and 0h (30%). The Itapuã neighborhood received the most calls (4%). **Conclusion:** The study demonstrated that SAMU 192 has an important role in attending to emergencies, and in this context, with the data presented, the importance of attending patients with gynecological-obstetric motivation is perceived.

Keywords: Epidemiology. Unified Health System. Emergency Medical Services. Gynecology. Obstetrics. Emergencies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO GERAL DO ESTUDO	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1 Urgência e emergência	10
3.2 Política Nacional de Atenção às Urgências	11
3.3 Legislação Federal e Municipal de implementação do SAMU	13
3.4 Dados epidemiológicos	14
4 METODOLOGIA	15
4.1 Desenho do estudo	15
4.2 Coleta de dados	15
4.3 Variáveis do estudo	16
4.4 Análise dos dados	17
4.5 Questões éticas	17
5 RESULTADOS	17
6 DISCUSSÃO	21
7 CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	26

1 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 (1).

Diante dessas necessidades do Sistema de Saúde, em novembro de 2002 foi publicado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que define em seu Capítulo IV o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (2). De modo subsequente e complementar, foi instituída a Portaria 1.863/03 (3), sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências definindo como um de seus componentes o componente pré-hospitalar móvel por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU – 192, implementado através da Portaria 1.864/03 (4). Posteriormente, como forma de adaptação ao Sistema de Saúde e as demandas da época, foram implementadas mais duas portarias, sendo elas: Portaria 1.010/12 (5), que 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, e a Portaria 1.600/11, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) (6). Dessa forma, as urgências definidas como prioritárias de atendimento do SAMU englobam diversas áreas de atuação, entre elas: urgências cardiovasculares, psiquiátricas, pediátricas, traumatismos, ginecológicas e obstétricas, respiratórias e metabólicas (2). Considerando-se as especificidades e a relevância da área gineco-obstétrica, esta foi eleita para o presente estudo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), somente em 2015 foram estimadas ao redor do mundo cerca de 303.000 mortes decorrentes de causas maternas. Aproximadamente 99% destas mortes ocorreram em países de média-renda, sendo o Brasil considerado um deles (7). No Brasil, dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), por meio do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), informou que ocorreram 62.517 óbitos maternos em 2019. No mesmo ano, na cidade de Salvador, foram 914 (8). Entretanto, o número de casos pode ser maior pela possibilidade de subnotificação. Estes dados demonstram o quão importante é adotar medidas em saúde

quanto aos atendimentos ginecológicos e obstétricos – que andam de mãos dadas – para que seja possível o acesso a um cuidado da saúde de qualidade e, por conseguinte, redução da mortalidade.

No âmbito pré-hospitalar móvel relacionada ao atendimento gineco-obstétrico, a nível nacional, foi instituída a Portaria 1.459/11, que implementou a Rede Cegonha, uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (9). Vale ressaltar o componente de sistema logístico de transporte sanitário e regulatório que faz parte da Rede Cegonha, cujo documento estabelece: promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; implantação do modelo "Vaga Sempre" com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

O modelo de “Vaga Sempre” citado anteriormente, estabelecido na Rede Cegonha, propõe a garantia de vaga e agilidade no atendimento de gestantes e recém-nascidos nas unidades de saúde (10). Existe outro modelo semelhante para a população em geral já bem estabelecido no Sistema de Saúde, que é a “Vaga Zero”. O modelo de “Vaga Zero” consiste no encaminhamento de pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso especializado existente em uma unidade de saúde, independentemente da existência de leitos vagos ou não (2).

Além disso, nos parágrafos primeiro e segundo da Portaria 1.459/11 estabelecem, respectivamente que: os municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ-NATAL desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR); os municípios mencionados no parágrafo primeiro deverão garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto (9). Tais medidas mencionadas anteriormente

funcionam como uma das formas de prevenção de agravos e melhora no prognóstico do atendimento dessa população específica.

Tendo em vista que as urgências gineco-obstétricas representam grande importância no atendimento pré-hospitalar e necessitam de cuidados especiais e atenção redobrada, principalmente nos casos em que existem duas vidas em risco, a da genitora e a de seu filho e, ainda, a inexistência um estudo epidemiológico elucidando dados sobre o atendimento do SAMU nessa área de urgência, o objetivo geral do projeto será descrever o perfil epidemiológico das urgências gineco-obstétricas atendidas pelo SAMU na cidade de Salvador.

Acredita-se que, com a descrição do perfil epidemiológico desse tipo de atendimento emergencial a esse grupo específico da população, este trabalho poderá ser utilizado como base para auxiliar o SAMU nas suas ações em saúde, gerenciamento de recursos, buscando aumentar a eficácia dos atendimentos e, sendo assim, beneficiar a toda população que é usuária do serviço.

2 OBJETIVO GERAL DO ESTUDO

Descrever o perfil epidemiológico das urgências gineco-obstétricas atendidas pelo SAMU na cidade de Salvador.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Urgência e emergência

O presente estudo visa dar uma atenção maior às questões das urgências frente à questão do atendimento das emergências. Sendo assim, faz-se necessário elucidar a definição tanto de urgência quanto de emergência, pois, mesmo sendo diferenças conceituais mínimas, a compreensão dessa assimetria conceitual se torna importante para o entendimento deste estudo.

Segundo o Conselho Federal de Medicina, através da resolução de número 1.451/95 estabeleceu que: Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.³ Já com relação a emergência: Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (11).

3.2 Política Nacional de Atenção às Urgências

É sabido que todos os dias no Brasil acontecem situações de agravo à saúde que, caso a vítima não tenha assistência imediata pode acabar levando à perda de sua vida. Além disso, a crescente demanda por esses serviços nesta área e uma falta de estruturação da rede são fatores que podem contribuir para a sobrecarga dos serviços de urgência.

No início dos anos 2000, quando essa Política Nacional foi implementada, segundo o Ministério da Saúde através da Portaria nº 2.048/02, havia na questão social um aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vidas Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto por causas naturais este dado encontrava-se em queda. O aumento dos casos no índice APVP tem forte impacto sobre o SUS (Sistema Único de Saúde) e o conjunto da sociedade. Esse impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e alta taxa de permanência hospitalar desse perfil de pacientes (2).

A assistência às urgências anteriormente à implementação dessa Política estava centrada basicamente nas unidades de pronto-socorro 24h de unidades de saúde. Estruturada somente dessa forma inviabilizava uma eficácia maior no atendimento em situações de urgência, pois, além da grande quantidade de casos que chegavam ao local para serem atendidos, existiam também algumas demandas estruturais e funcionais, como por exemplo: superlotação, ausência de triagem de risco, recursos humanos suficientes (2).

Outra preocupação citada na Política Nacional de Atenção às Urgências foi a “proliferação” de unidades de “pronto atendimento” que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência” (2). Um dos pilares adotados pelo Ministério da Saúde para essa estrutura foi elaborar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar, unidades básicas de saúde, Programa Saúde da Família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares, serviços de atendimento pré-hospitalar

móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (2). Desta forma, os diferentes níveis de atenção conseguiram se relacionar de forma que se complementem, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema. A integração deste Sistema pode ser percebido através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação - de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições, como por exemplo, as Polícias Militares e a Defesa Civil. Esta interligação entre as Centrais garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades (2).

O papel do SAMU deve ser entendido como uma atribuição da área de Saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela (2). O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional. A Central de Regulação deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios (2). O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos. O

atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes (2).

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel - por exemplo o SAMU – devem contar com profissionais da área de saúde e não oriundos da área da Saúde. Sendo assim, a equipe de profissionais oriundos da saúde é composta por: Coordenador do serviço, médico responsável técnico, responsável de enfermagem, médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros assistenciais e auxiliares e técnicos de enfermagem. Já a equipe de profissionais não oriundos da área da saúde é composta por: telefonista, rádio-operador, condutores de veículos de urgência terrestres, aéreos e aquáticos, profissionais responsáveis pela segurança e bombeiros militares (2).

Os veículos de atendimento pré-hospitalar móvel, dentre eles as ambulâncias, são classificadas em: Ambulância de transporte, suporte básico, resgate, suporte avançado, aeronave de transporte médico e embarcação de transporte médico. Dentre essas, devemos nos atentar em especial a duas: a de suporte básico (composta por 2 profissionais, sendo um o condutor de veículo de emergência e um técnico ou auxiliar de enfermagem e suporte avançado (composta por 3 profissionais, sendo um condutor de veículo de emergência, um enfermeiro e um médico.). A primeira, tem por definição: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. Já a segunda, tem por definição: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função. Além destes veículos apresentados anteriormente, existem outros que podem realizar o auxílio no atendimento, caso seja necessário (2).

3.3 Legislação Federal e Municipal de implementação do SAMU

A nível federal, em 29 de setembro de 2003 entrou em vigor duas importantes portarias: a 1.863/03 instituindo a Política Nacional de Atenção às Urgências, a qual tem como um de seus componentes o atendimento pré-hospitalar móvel (3). Já a segunda

portaria de nº 1.864/03, oficializou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192) em municípios e regiões de todo o território brasileiro (4).

Também a nível federal, para se adaptar às demandas do Sistema de Saúde foram instituídas novas portarias: a 1.010/12 (5), que 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 e a Portaria 1.600/11 (6) que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

A nível municipal, especificamente na cidade de Salvador, o SAMU foi instituído através do decreto nº 15.676, de 30 de maio de 2005, tendo como finalidade a regulamentação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU 192, criado pela lei nº 6729/2005 no âmbito do município de Salvador (12).

3.4 Dados epidemiológicos

A mortalidade materna é definida pelo Ministério da Saúde como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela (13). De acordo com o DATASUS, através do Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, no Brasil entre o ano de 2017 até junho de 2020 ocorreram 207.973 óbitos de mulheres em idade fértil, sendo 3.834 somente na cidade de Salvador (8). Dentre as principais causas, destacam-se: doenças hipertensivas da gravidez, síndromes hemorrágicas, infecções puerperais e abortos. Existem poucas informações acerca do atendimento do SAMU às intercorrências de qualquer etiologia, principalmente ginecológica-obstétrica, em comparação a grande disponibilidade do atendimento em território nacional.

Ao traçar o perfil dos atendimentos obstétricos realizados pelo SAMU na cidade de Olinda – PE, (14) concluiu que das 1956 ocorrências, 1114 foram por causas clínicas e 645 por causas externas; finais de semana acumularam 46,0% dos atendimentos; 55,1% das ocorrências por causas clínicas foram em mulheres, enquanto 72,1% das causas externas em homens. A média etária para as causas clínicas foi de 47 anos e 34 anos para causas externas. Destacaram-se as doenças do aparelho circulatório (23,1% das causas clínicas) e acidentes de transporte (52,7% das causas externas); desses 61,1% motivados por atropelamentos e 33,6% com motocicletas envolvidas.

Em um estudo semelhante ao anterior, na cidade de Governador Valadares – MG, (15) no período de 2009 a 2013, foram realizados 44.639 atendimentos com envio de ambulâncias apresentando as distribuições entre meses, características heterogêneas. As Unidades de Suporte Básico foram as responsáveis pelo maior número de atendimentos. Os indivíduos mais acometidos encontram-se entre o sexo feminino e na faixa etária de 21–59 anos, sendo o agravo de natureza clínica prevalente.

Foi realizado um estudo em Floriano – PI com o objetivo de relatar os casos de urgência obstétrica atendido pelo serviço de urgência (16). Foram registradas 1.348 ocorrências obstétricas, e maioria (84,30%) foi atendida por Unidade de Suporte Básico de Vida. No período de abril de 2006 e dezembro de 2012, o trabalho de parto correspondeu à maior parte das intercorrências (42,5%) seguido por dor pélvica (10,1%) e hemorragias (9,5%). Mais de metade das gestantes (53,5%) apresentava idade entre 20 e 29 anos. A ambulância de suporte avançado atendeu, particularmente, mulheres que se encontravam em trabalho de parto (7,6%). As ocorrências ocorriam principalmente no período noturno (28,8%) e na periferia da cidade. Grande parte dos atendimentos envolvia a unidade de suporte básico de vida, sendo o trabalho de parto a principal intercorrência obstétrica atendida, especialmente no período noturno.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Este presente estudo possui como proposta metodológica a análise quantitativa observacional de dados epidemiológicos.

4.2 Coleta de dados

A área de estudo é o município de Salvador, capital do estado da Bahia. Segundo projeção do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para o ano de 2020, este município conta com 2.886.698 habitantes, sendo até então a 4ª maior cidade em número populacional do país, distribuídos num território de 693,8 km² e uma densidade demográfica de 3.859,44 hab./km² (17).

Na Central de Regulação das Urgências (CRU) do município de Salvador os dados obtidos com o registro das ocorrências abertas através da ligação para o Número 192 são registrados em um sistema chamado e-SUS SAMU que atualmente utiliza a versão 1.4 a mais recente disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Uma vez feito a triagem pelos

Telefonistas Auxiliares de Regulação médica, profissionais que atendem a ligação e definem se ela é um pedido de socorro médico, essa ligação é encaminhada para os Médicos Reguladores que coletam as informações iniciais definindo com base nas informações fornecidas pelo solicitante se a ocorrência se enquadra em grandes grupos definidos como, Causas Externas, Clínicos, Psiquiátrico, Pediátrico e Gineco-Obstétrico, com suas subdivisões de cada grande grupo. Este é um estudo que utilizará os elementos do banco de dados das ocorrências do SAMU de Salvador geradas pelo e-SUS-Samu, tendo como sua plataforma o programa Oracle BI Publisher 12.2.1.4.0. Os dados dessa plataforma serão convertidos e exportados em tabelas no Microsoft Excel 2016. Após a disponibilidade dessa tabela no Excel será realizada a separação de cada variável para análise e contagem dos números.

Os dados no programa E-SUS SAMU são integrados ao sistema Oracle BI Publisher 12.2.1.4.0. Esse sistema é utilizado para captura de dados do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), sendo desenvolvido para funcionar de forma autônoma, dando uma maior fidedignidade nas informações e rapidez na coleta de dados, sendo estes incorporados nos boletins de produção gerenciados pela central de regulação (18).

Serão coletadas as informações relativas a todas as usuárias com urgências gineco-obstétricas atendidas pelo SAMU na cidade de Salvador no período de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2020.

O material coletado eletronicamente será armazenado em banco de dados geral, salvo em um HD Externo usado apenas para esse objetivo, e ficará sob a responsabilidade exclusiva do pesquisador assistente João Marcos Oliveira Moura Santana. Após o período determinado pela Resolução nº466/12, todos os dados serão excluídos e o dispositivo será formatado.

4.3 Variáveis do estudo

As variáveis selecionadas para o presente estudo são algumas das disponíveis na plataforma, sendo elas: Idade (dividida em 5 períodos: entre 11 e 20 anos, 21 aos 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos e acima de 51 anos.), motivo da ocorrência (abortamento, aborto, amniorrexe prematura, convulsão, crise hipertensiva, doença hipertensiva gestacional, dor, eclampsia/pré-eclâmpsia, neoplasia ginecológica, sangramento uterino, hemorragia disfuncional, hiperêmese gravídica, infecção/DIP, parto consumado não

hospitalar, complicações puerpério, trabalho de parto e trabalho de parto prematuro), mês e ano da ocorrência, bairros de Salvador, qual tipo de veículo foi enviado para atendimento e horário das chamadas (dividido em 4 turnos de 6 horas cada: entre 0h e 6h, 6h às 12h, 12h às 18h e 18h às 0h, sendo que não será levado em conta minutos e segundos).

4.4 Análise dos dados

Todas as variáveis serão descritas em formato de frequência absoluta e relativa em números e percentuais.

4.5 Questões éticas

Acredita-se que o principal risco dessa pesquisa está relacionado à possibilidade de quebra de sigilo de identidades das usuárias atendidas pelo SAMU. Porém, para minimizar tal risco, as variáveis selecionadas para compor a pesquisa serão exportadas para um novo banco de dados sem a identificação pessoal das usuárias. Além disso, todas as informações serão tratadas exclusivamente pela equipe de pesquisa.

O projeto foi enviado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sendo aprovado em 27 de maio de 2020 sob o número de parecer 4.052.521 e CAEE 30683920.1.0000.5544.

Os benefícios potenciais da pesquisa incluem principalmente possíveis ganhos em conhecimento, percepção e entendimento da dinâmica das urgências gineco-obstétricas pela instituição SAMU podendo levar a uma melhor eficácia em seus atendimentos. O sistema de saúde, conseqüentemente, pode ser beneficiário por conta de uma redução na sua sobrecarga de pacientes e, por fim, benefícios para a comunidade local podem incluir serviços de saúde melhores e melhor auxílio para os membros da comunidade.

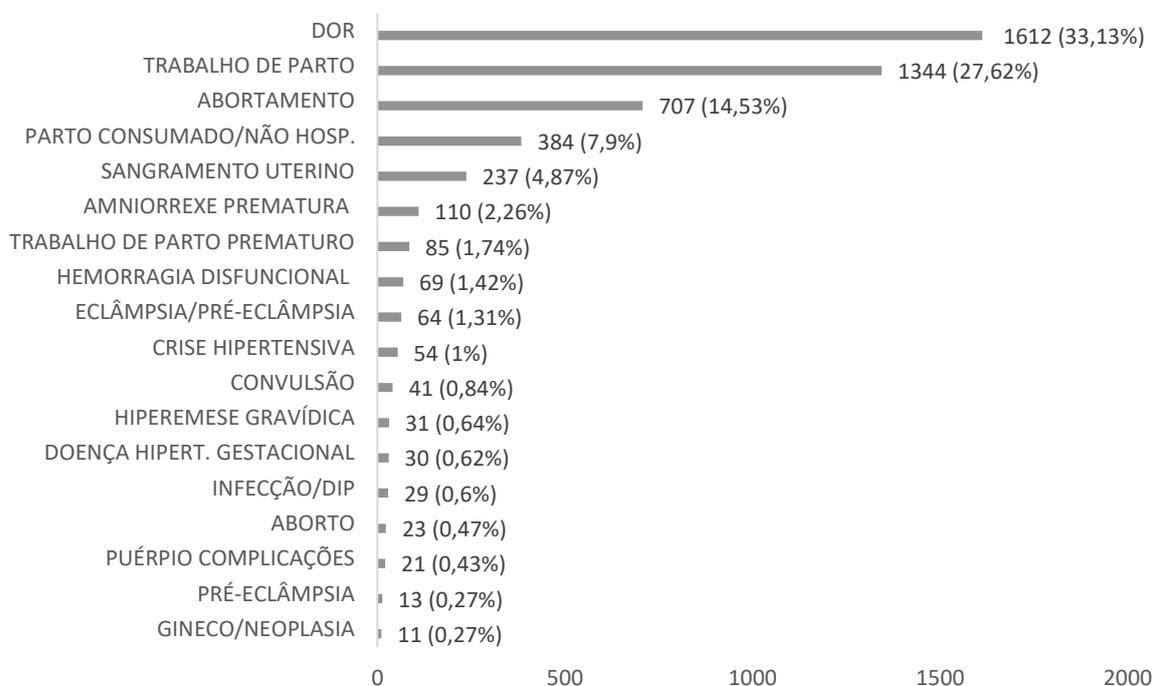
5 RESULTADOS

Entre os anos de 2017 e 2020, o SAMU atendeu 4.905 mulheres devido a complicações gineco-obstétricas. A faixa etária que mais recebeu atendimentos estava entre os 21 e 30 anos de idade.

Na figura 1, são apresentados os motivos mais solicitados de complicações gineco-obstétricas na cidade de Salvador entre 2017 e 2020. O mais frequente foi o de dor (não especificada no sistema de dados) com 33,13%. Em seguida, trabalho de parto,

abortamento, parto consumado/não hospitalar e hemorragia uterina foram os mais frequentes, respectivamente.

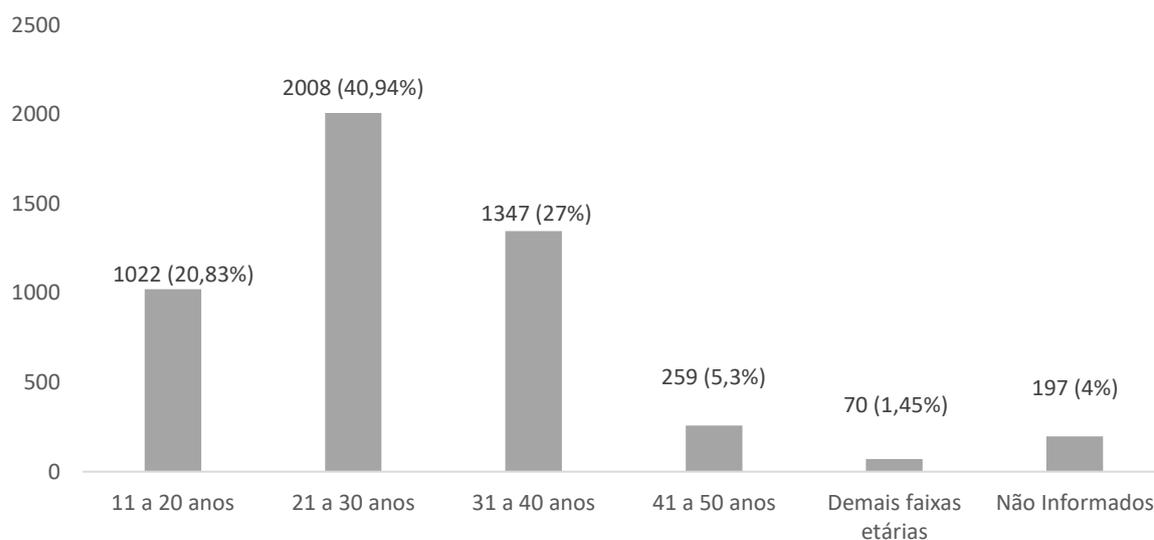
Figura 1 – Motivos mais requisitados no período entre 2017 e 2020 atendidos pelo SAMU - Salvador.



Fonte: E-SUS SAMU Salvador

Na figura 2, são apresentadas as idades mais frequentes dos pacientes vítimas das complicações gineco-obstétricas em Salvador no período entre 2017 e 2020. A faixa etária mais frequente foi a de 21 a 30 anos de idade com 40,94% dos casos, acompanhada de 31 a 40 anos com 27% e 11 a 20 anos com 20,83% dos casos.

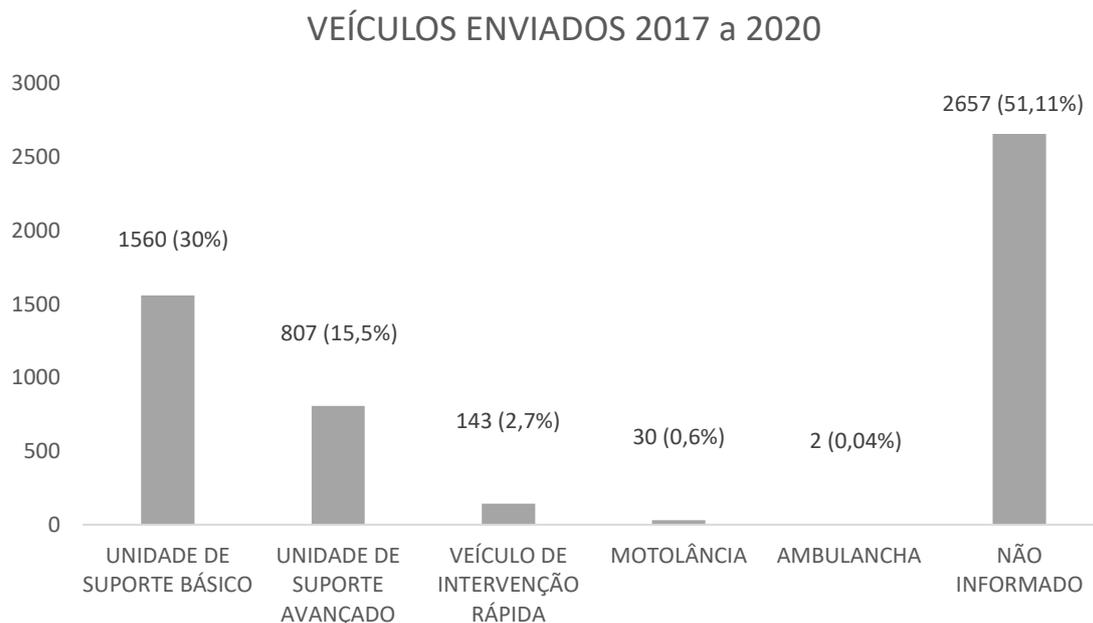
Figura 2 – Idades mais frequentes das pacientes atendidas no período entre 2017 e 2020 atendidas pelo SAMU – Salvador.



Fonte: E-SUS SAMU Salvador

Na figura 3, são elucidados os dados de quais veículos foram enviados para atendimento das complicações gineco-obstétricas em Salvador no período entre 2017 e 2020. No sistema de armazenamento de dados do SAMU não havia informado qual veículo foi utilizado nas emergências em diversos casos, resultando em um elevado número de “não informados” nessa seção (51,11%). Porém, dentre os que foram informados, a Unidade de Suporte Básico (30%) foi a mais enviada pelo SAMU para realizar o suporte aos pacientes.

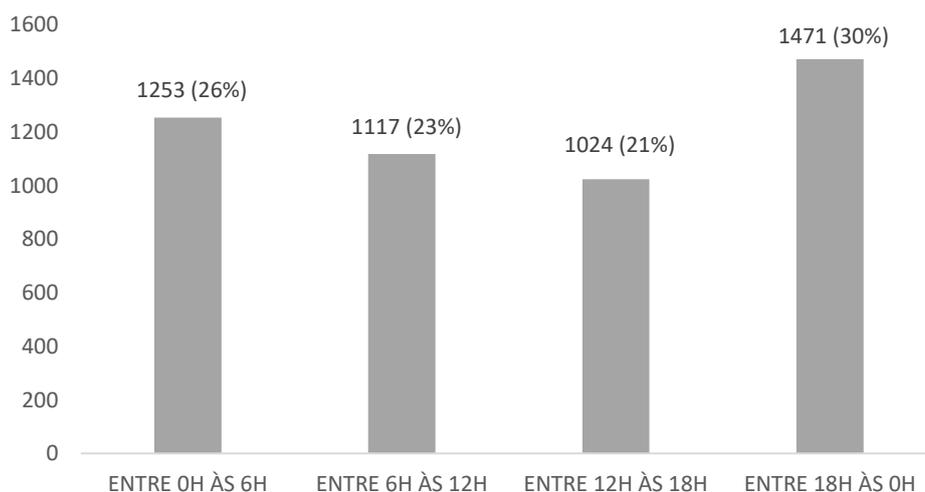
Figura 3 – Veículos enviados para atendimento no período entre 2017 e 2020 pelo SAMU



Fonte: E-SUS SAMU Salvador

Na figura 4, são apresentados os horários de chamadas mais recebidos pelo SAMU Salvador das complicações gineco-obstétricas no período entre 2017 e 2020. O horário com maior frequência de chamadas foi entre 18h e 0h (30%) seguido de 0h e 6h (26%), 6h e 12h (23%) e, por fim, entre 12h e 18h (21%).

Figura 4 – Frequência de horário das chamadas recebidas pelo SAMU – Salvador entre 2017 e 2020.



Fonte: E-SUS SAMU Salvador

Na tabela 1, são apresentados os bairros de Salvador que mais receberam atendimentos de complicações gineco-obstétricas no período entre 2017 e 2020. Itapuã

seguido de Paripe, Cajazeiras, São Cristóvão e Periperi estão entre os 5 bairros que mais tiveram chamadas nesse período relacionados a esse tipo de emergência.

Tabela 1 – Frequência dos bairros que mais receberam atendimentos no período entre 2017 e 2020 em Salvador – BA.

BAIRROS	N	%
Cajazeiras	171	3,51
Itapuã	195	4,00
Paripe	185	3,80
Periperi	157	3,22
São Cristóvão	163	3,35
Demais bairros	3.878	79,7
TOTAL	4.865	100

Fonte: E-SUS SAMU Salvador

6 DISCUSSÃO

Um ponto inicial importante para iniciarmos a discussão sobre os dados é a questão da idade das pacientes. Um estudo semelhante ocorrido em Uberaba – MG no ano de 2018, com 403 chamados, a média de idade das pacientes ficou em torno de 25,1 anos (19). Em Floriano – PI, no ano de 2013, de 1.599 chamados, a faixa etária mais prevalente ficou entre 20 e 29 anos (16). Em Botucatu – SP, no ano de 2012, de 358 registros, a mediana ficou em 22 anos de idade (1). Sendo todas essas médias de idades encontradas dentro da faixa de maior prevalência desse presente estudo.

Um dado importante que cabe considerar é a grande quantidade de chamadas entre 11 e 20 anos de idade. Tendo em vista a alta frequência de chamadas por trabalho de parto, é possível inferir que uma parcela das jovens foi atendida por esse motivo. Tal dado também pode ser reforçado pelos altos índices de gravidez na adolescência no Brasil. A taxa de gestação na adolescência no Brasil é alta, com 400 mil casos/ano. Quanto à faixa etária, os dados revelam que em 2014 nasceram 28.244 filhos de meninas entre 10 e 14 anos e 534.364 crianças de mães com idade entre 15 e 19 anos. Esses dados são significativos e requerem medidas urgentes. Diversos fatores contribuem para a gestação na adolescência. No entanto, a desinformação sobre sexualidade e direitos sexuais e reprodutivos é o principal motivo. Questões emocionais, psicossociais e contextuais também contribuem, inclusive para a falta de acesso à proteção social e ao sistema de saúde, englobando o uso inadequado de contraceptivos (20). Além disso, de acordo com a OMS, em comparação com outras mulheres, as jovens adolescentes enfrentam um maior risco de complicações e mortes como resultado da gravidez (21).

Nessa faixa etária o corpo ainda está dando início a fisiologia hormonal da mulher e preparando-a tanto fisicamente quanto psicologicamente para os momentos que antecedem e que ocorrem durante a gravidez (22). Esse resultado é preocupante, considerando que, pela precocidade da gestação, essas jovens poderiam se deparar com novas demandas familiares, educacionais e laborais, além daquelas próprias da adolescência (16).

Os motivos mais atendidos durante o período foram com relação a dor, seguida do trabalho de parto. A dor sendo o motivo mais frequente pode estar relacionado ao fato de ser um sintoma inespecífico que pode englobar diversas causas, desde neoplasias até infecções urinárias, sendo assim, não se restringindo a somente uma faixa etária de período fértil, por exemplo. O trabalho de parto e outras complicações relacionadas como abortamento e sangramento uterino são também bastante frequentes por conta da maior prevalência de atendimento para mulheres entre 21 e 30 anos e de 31 a 40 anos relatados neste estudo. Assim como em Salvador, outros estudos nacionais quantitativos (1,16,19) relataram a predominância de atendimentos obstétricos relacionados ao trabalho de parto e dor.

Ao analisar os tipos de veículos, um fator limitante foi o alto número de casos em que não foi especificado qual tipo de veículo foi utilizado. Dessa forma, mais de 50% dos prontuários analisados estavam sem a informação devida sobre o tipo veicular. Dentre os dados especificados dos veículos que foram enviados para os atendimentos dos casos, observou-se que a grande maioria eram unidades de suporte básico de vida. A partir desses dados podemos inferir que grande parte das ocorrências não existia risco iminente de morte, tanto para mãe quanto para o feto. Em 2012, na cidade de Botucatu – SP, um estudo com 358 atendimentos registrou que 275 (76,8%) deles foi utilizada a unidade de suporte básico de vida (1).

Porém, deve-se observar que a escolha do atendimento por parte da equipe médica é fundamentalmente tomada com base nas respostas do paciente ou socorrista primário, por conta da natureza desse tipo de serviço. Desta forma, respostas incoerentes por parte da vítima ou do socorrista primário podem influenciar na correta demanda de assistência. Além disso, o envio de uma ambulância de suporte básico pode não corresponder à necessidade real da paciente, tendo em vista que, por vezes, devido à grande demanda de atendimentos o recrutamento da equipe de socorro adequada é insuficiente (16).

Com relação aos horários das chamadas, a prevalência de agravos foi durante o período entre 18h e 0h. Em um estudo realizado em Florianópolis – PI, em 2013, de 1.599 ocorrências, 460 (28,8%) foram realizadas entre 18h e 0h e 428 (26,8%) foram realizadas entre 0 e 6h da manhã (16). Uma das possíveis explicações para tal prevalência desse horário é devido ao cansaço ou stress que as mulheres ao desenvolver as atividades diárias possam vir a ter no final do dia e que, por conseguinte, venha a causar desconfortos, fazendo com que aumente a necessidade de atendimento especializado (16). Outro fator, em particular da cidade de Salvador, que pode implicar nesse dado, é a inexistência de transporte público ou outra modalidade de encaminhamento das pacientes às unidades hospitalares neste horário (mais especificamente após horário comercial), fazendo com que elas optem pelo SAMU como meio de transporte, o qual funciona 24h. Recentemente, a gestão municipal implantou um programa chamado “Mãe Salvador”, que disponibiliza recursos para gestantes irem a consulta pré-natal utilizando transporte público gratuitamente, realizar exames laboratoriais e ultrassonografias, podendo até receber um enxoval novo para o bebê (23).

Os bairros com maior prevalência de solicitações gineco-obstétricas realizados pelo SAMU foram em regiões periféricas da cidade. Vale destacar que as pessoas que vivem nas periferias das cidades, na grande maioria, pertencem aos estratos socioeconômicos mais baixos, o que não somente dificulta o acesso a serviços de saúde como também pode contribuir para maior risco de doenças e complicações. Esses dados demonstram uma demanda de promoção da saúde à população que mora nessas áreas para assim garantir orientações e tratamentos adequados. Além disso, vale mencionar que, com exceção do bairro de Cajazeiras, os bairros de Itapuã, Paripe e Periperi não dispõem de maternidade na região, dificultando o acesso das gestantes as maternidades que precisam de maior deslocamento. Esse fato pode indicar que muitas vezes a gestante pode estar utilizando do SAMU como um meio de transporte para a maternidade ao invés de uma solicitação de atendimento de urgência, desvirtuando o serviço pelo aspecto da valência social da solicitação.

Vale ressaltar que durante a pesquisa bibliográfica de fontes científicas relacionadas a este projeto não foi possível encontrar estudos semelhantes relacionadas às urgências gineco-obstétricas nas capitais do país, demonstrando uma precariedade de dados para diversos órgãos municipais, estaduais e federal acerca do tema. Além disso,

não existem dados consolidados nacionais no Ministério da Saúde sobre o tema em seus sistemas de informação ministeriais.

A partir dos resultados obtidos neste estudo, vale chamar a atenção para o grande número de casos “não informados” durante esse período que foram contabilizados. A ausência de mais dados concretos, negligenciados no prontuário, pode ser uma limitação deste estudo, podendo ter afetado a frequência real dos resultados de forma fidedigna ao que ocorre na dinâmica dos atendimentos.

O sistema do SAMU fornecido pelo Ministério da Saúde possui muitas limitações, além de ser um sistema de código fechado, impossibilitando ajustes e adequações de acordo com as necessidades. Devido a tal fato e visando a aprimorar o sistema de informação do SAMU Salvador, em fevereiro de 2021 foi implementado um novo sistema de informações na central do SAMU Salvador (SAMU+), o que irá possibilitar uma melhor qualificação dos dados.

Apesar dessa limitação, acredita-se que estes dados são fundamentais para a Secretária de Saúde Municipal de Salvador planejar novos projetos e estratégias de saúde pública. Além disso, a instituição SAMU terá um maior conhecimento, percepção e entendimento da dinâmica das urgências gineco-obstétricas, podendo levar a uma melhor eficácia em seus atendimentos e traçar estratégias voltadas para as mulheres que procuram o serviço pré-hospitalar. Espera-se, a partir dessas informações, mostrar a importância do aperfeiçoamento de programas de assistência destinados a essa população, principalmente em regiões periféricas da cidade, bem como aperfeiçoar a atenção primária a saúde das gestantes, dessa forma, possibilitando a diminuição dos índices de intercorrências urgentes a saúde e morbimortalidade materna e perinatal.

7 CONCLUSÃO

O SAMU tem um papel importante no atendimento as urgências, e neste contexto, com os dados apresentados, percebe-se a importância no atendimento a pacientes com motivação gineco-obstétrica. A apresentação dos dados mostra que os quadros de dor prevalecem como principal motivação, não sendo claro com apenas essa mínima descrição se decorre do início de um trabalho de parto ou outra possibilidade de dor na gestante, sendo um termo muito genérico, podendo essa informação ser mais qualificada no sistema informatizado de regulação para possibilitar um diagnóstico mais preciso. A maior incidência no período noturno podendo estar relacionada com a utilização do

serviço como apenas um meio de transporte poderia ensejar novos estudos que possam indicar a possibilidade de se criar um serviço específico para esse tipo de transporte, não sobrecarregando o SAMU com uma atividade que não constitui um serviço de urgência.

REFERÊNCIAS

1. Michilin NS, Jensen R, Jamas MT, Pavelqueires S, Parada CMG de L. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Rev Bras Enferm. 2016;69(4):669–75.
2. Saúde M da. PORTARIA N° 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002 [Internet]. Biblioteca Virtual em Saúde; 2002. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
3. Saúde M da. PORTARIA N° 1863, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003 [Internet]. 2003. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html
4. Saúde M da. PORTARIA N° 1.864, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003 [Internet]. 2003. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html
5. Saúde M da. PORTARIA N° 1.010, DE 21 DE MAIO DE 2012 [Internet]. 2012. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html
6. Saúde M da. PORTARIA N° 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011 [Internet]. 2011. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
7. WHO. World Health Statistics [Internet]. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
8. Saúde M da. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna [Internet]. 2019. Available from: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>
9. Saúde M da. PORTARIA N° 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 - Rede Cegonha [Internet]. 2011. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
10. DF S de S do. “Vaga sempre” para gestantes do DF [Internet]. 2013. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/gestantes-do-df-tem-vaga-garantida-na-rede->

publica/

11. Brasil, Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM nº 1451/1995, de 10 março 1995. Diário Of da União. 1995;Seção 1(D):3666.
12. Salvador P de. DECRETO Nº 15.676, DE 30 DE MAIO DE 2005. [Internet]. 2005. Available from: <http://leismunicipa.is/lctns>
13. Saúde M da. Manual Dos Comitês [Internet]. 2002. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_13.pdf
14. Cabral AP de S, Souza WV de. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(4):530–40.
15. Manguiera DEFDE, Essenciais ADEÓ. Prevalência dos atendimentos realizados pelo serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/GV) nos anos 2009-2013. 2010;(Ivcm):2010.
16. Monteiro MM, Sá GG de M, Oliveira Neto JG de, Lopes DCL, Carvalho DA, Martins M do C de C e. Emergências obstétricas: características de casos atendidos por serviço móvel de urgência. Rev Interdiscip. 2016;9(2):136–44.
17. IBGE. Panorama das cidades [Internet]. Salvador; 2019. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>
18. Saúde M da. e-SUS-SAMU [Internet]. 2020. Available from: <http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/regulacao/samu>
19. Silva JG da, Chavaglia SRR, Ruiz MT, Cunha MCB da, Nascimento KG do, Amaral EMS. Ocorrências obstétricas atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. Rev Enferm UFPE line. 2018;12(12):3158.
20. Saúde M da. 01 a 08/02 – Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência [Internet]. 2020. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3123-01-a-08-02-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia>
21. Brasil O. Folha informativa - Mortalidade materna [Internet]. 2018. Available from:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820

22. Slovinski L. Fisiologia da puberdade [Internet]. 2009. Available from: https://infomedica.fandom.com/pt-br/wiki/Fisiologia_da_puberdade
23. Salvador SM da S de. Salvador deverá ganhar programa de assistência integral à gestante e bebê [Internet]. 2020. Available from: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/salvador-devera-ganhar-programa-de-assistencia-integral-a-gestante-e-bebe/>

