



OCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

OBSTETRIC OCCURRENCES TREATED BY THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE

OCURRENCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA

Jéssica Gomes da Silva¹, Suzel Regina Ribeiro Chavaglia², Mariana Torreglosa Ruiz³, Maria Carolina Belo da Cunha⁴, Kleiton Gonçalves do Nascimento⁵, Eliana Maria Scarelli Amaral⁶

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil das ocorrências obstétricas atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório, com dados retrospectivos. Coletaram-se os dados por meio das fichas de atendimento do SAMU. A amostra foi composta pela análise de 301 fichas de atendimento, e os resultados apresentados por meio de dados estatísticos. **Resultados:** informa-se que os chamados por causas obstétricas representaram 0,40% dos atendimentos do SAMU; a idade média das gestantes foi de 25,08 anos; a maioria era primigesta, estava no terceiro trimestre gestacional, realizou pré-natal e as principais queixas foram relacionadas ao trabalho de parto (91,3%). Houve significância estatística entre o acionamento do SAMU por queixas referentes ao trabalho de parto e o terceiro trimestre gestacional indicando a pertinência dos chamados. **Conclusão:** conclui-se, que ao conhecer as necessidades das mulheres que buscam atendimento no serviço pré-hospitalar e traçar o perfil de atendimentos são informações essenciais para subsidiar as ações e as políticas públicas que possibilitem oferecer assistência de qualidade e reduzir a morbimortalidade materna e neonatal. **Descritores:** Enfermagem Obstétrica; Assistência Pré-Hospitalar; Emergências; Gestante; Enfermagem em Emergência; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of the obstetric occurrences attended by the Mobile Emergency Care Service. **Method:** this is a quantitative, descriptive, exploratory study with retrospective data. The data were collected through the SAMU service records. The sample consisted of the analysis of 301 service records, and the results presented through statistical data. **Results:** it is reported that obstetric calls accounted for 0.40% of the SAMU services; the mean age of pregnant women was 25.08 years; the majority were primigravida, were in the third trimester, performed prenatal care and the main complaints were related to labor (91.3%). There was statistical significance between the activation of the SAMU by complaints regarding labor and the third gestational trimester indicating the relevance of the calls. **Conclusion:** it is concluded that knowing the needs of women seeking care in the pre-hospital service and drawing the profile of care are essential information to subsidize public actions and policies that enable quality care and reduce maternal and child morbidity and mortality. neonatal. **Descriptors:** Obstetric Nursing; Prehospital Care; Emergencies; Pregnant Women; Emergency Nursing; Emergency Medical Services.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de las ocurrencias obstétricas atendidas por el Servicio de Atención Móvil de Urgencia. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, con datos retrospectivos. Se recogen los datos por medio de las fichas de atención del SAMU. La muestra fue compuesta por el análisis de 301 fichas de atención, y los resultados presentados por medio de datos estadísticos. **Resultados:** se informa que los llamados por causas obstétricas representaron el 0,40% de las atenciones del SAMU; la edad media de las gestantes fue de 25,08 años; la mayoría era la primera gestación, estaba en el tercer trimestre gestacional, realizó prenatal y las principales quejas fueron relacionadas al trabajo de parto (91,3%). Hubo significancia estadística entre el accionamiento del SAMU por quejas referentes al trabajo de parto y el tercer trimestre gestacional indicando la pertinencia de los llamados. **Conclusión:** se concluye que al conocer las necesidades de las mujeres que buscan atención en el servicio pre-hospitalario y trazar el perfil de atención son informaciones esenciales para subsidiar las acciones y las políticas públicas que possibilitem ofrecer asistencia de calidad y reducir la morbimortalidad materna y neonatal. **Descriptores:** Enfermería Obstétrica; Atención Pre-Hospitalaria; Urgencias Médicas; Mujeres Embarazadas; Enfermería de Urgencia; Servicios Médicos de Urgencia.

¹Enfermeira, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba(MG), Brasil. E-mail: jessicagomes36@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9969-0579>; ^{2,3,6} Doutora, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba(MG), Brasil. E-mail: suzel.ribeiro@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7033-0185>; E-mail: marianatorreglosa@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5199-7328>; E-mail: enfermagemcampinas@unip.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6174-6821>; ⁴ Mestra (doutoranda), Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba(MG), Brasil. E-mail: carolindabelo@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2288-8103>; ⁵Mestre (doutorando), Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba(MG), Brasil. E-mail: kleiton_uniube@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2717-6837>

INTRODUÇÃO

Enfatiza-se que a mortalidade materna é um problema de saúde pública enfrentado no mundo todo. Estimou-se que, em 2013, ocorreram aproximadamente 292 mil óbitos.¹ Registraram-se no Estado de Minas Gerais/MG, Brasil, de 2000 a 2011, 82.790 óbitos de mulheres em idade fértil (10-49 anos) e, destes, 1.219 foram classificados como mortes maternas.²

Define-se morte materna, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como: “morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, devido à causa relacionada à gravidez, ou agravada com ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.³

Podem-se classificar as mortes maternas como diretas quando ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, e indiretas quando causadas por doenças que existiam antes da gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.⁴

Sabe-se que a maioria das mortes maternas é evitável. Consideram-se que as hemorragias são as principais causas de mortalidade materna no mundo seguidas pelas complicações decorrentes de: infecções, aumento pressórico durante a gestação, complicações do parto e abortos clandestinos.⁵⁻⁶

Estabeleceram-se, em 2000, pela Organização das Nações Unidas (ONU), oito objetivos do milênio (ODM), sendo que o quinto objetivo se refere à melhoria da saúde materna.⁷ Contemplavam-se as seguintes metas neste objetivo: reduzir em 75% a mortalidade materna no período de 2000 a 2015; atendimento à gestação e ao parto por pessoal qualificado; melhorar o acesso a serviços de saúde reprodutiva (incluindo a assistência pré-natal e o planejamento familiar); reduzir os índices de gravidez na adolescência e melhorar a qualidade das informações e registros sobre nascimentos e óbitos.⁶

Salienta-se, de acordo com o relatório dos objetivos do milênio divulgado pela ONU em 2015, que os progressos foram significativos, mas muito aquém dos objetivos e metas traçados e foram identificadas ainda grandes desigualdades entre as diferentes regiões do mundo.⁶ Constata-se que o índice global de redução da mortalidade materna alcançado foi de 45%, contudo, nota-se que o índice vem diminuindo em todos os países desde 2000. Observa-se, contudo, melhora em regiões com piores índices, como o Sudeste Asiático (64%)

e a África Subsaariana (49%), embora os índices sejam ainda 14 vezes maiores em regiões em desenvolvimento.⁶ Constatou-se no Brasil, nesse período, a taxa de mortalidade materna declinou em apenas 21%.⁸

Observa-se que, visando à melhoria da qualidade da assistência de saúde em geral, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Urgência e Emergência com a finalidade de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país interligando os componentes pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar.⁹

Acrescenta-se que o pré-atendimento móvel ficou também sob a responsabilidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), regulamentado pela Portaria nº 1.864/GM. Ressalta-se que tem, como função, o salvamento e o resgate realizados nas residências, locais de trabalho e vias públicas em todo o território nacional por meio do acesso pela Central de Regulação 192.⁹

Evidencia-se que o SAMU tem, como principal foco, o atendimento em situações de urgência e emergência a usuários com demandas clínica, pediátrica, psiquiátrica, cirúrgica e gineco-obstétrica. Mostra-se nessa última área, fundamental no atendimento e no transporte rápidos de gestantes em trabalho de parto nos quais há risco de morte para a mãe e/ou feto, ou seja, é uma importante ferramenta para reduzir o número de mortes em função do retardo ao acesso e minimizar sequelas decorrentes do atendimento tardio.¹⁰

Revela-se que, como, no Brasil, não foi alcançada a meta de redução da mortalidade materna, foram criadas algumas iniciativas para melhorar a qualidade da assistência às gestantes como a “Rede Cegonha” (2011) e a “Saúde Mais Perto de Você” (2013). Estas iniciativas têm, como foco, a melhoria nos quatro componentes: pré-natal; nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança, além do sistema logístico, vinculado ao SAMU, que inclui os componentes transporte e regulação.⁸

Indica-se, dessa forma, para reduzir a mortalidade materna e possibilitar novos avanços, que é preciso primeiro compreender as causas das mortes, conhecer as principais queixas das usuárias do serviço de saúde e identificar o acesso destas gestantes ao serviço, justificando a realização deste estudo.

OBJETIVO

- Descrever o perfil das ocorrências obstétricas atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório com uso de dados retrospectivos.

Percebe-se que as evidências científicas para a prática de Enfermagem dependem de pesquisas descritivas. Observa-se que há uma progressão lógica de expansão do conhecimento, sendo de grande importância, para a área da saúde, estudos descritivos que documentem a prevalência, a natureza e a intensidade de condições e comportamentos.¹¹ Constroem-se estudos exploratórios retrospectivos com uma base de dados que pode embasar estudos prospectivos mais rigorosos.¹¹

Autorizou-se e aprovou-se projeto deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob o parecer nº 1.777.162, atendendo rigorosamente à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e à Norma Operacional nº 001/2013 do CNS.

Coletaram-se os dados por meio da análise das fichas dos atendimentos do SAMU/Uberaba ocorridos no período de janeiro de 2014 a junho de 2016. Determinou a amostra por conveniência. Incluíram-se todas as fichas de atendimento onde constavam, como motivo de ocorrência, causas obstétricas. Solicitaram-se nesse período, 403 chamados por causas obstétricas, contudo, a amostra final foi composta pela análise de 301 fichas de atendimento. Excluíram-se das fichas não encontradas e com informações incompletas, o que resultou em um percentual de perdas de 34%.

Utilizou-se, para a coleta de dados, um instrumento estruturado pelos próprios pesquisadores baseado nos dados descritos nas fichas de atendimento. As fichas de atendimento continham as seguintes informações/variáveis: idade da gestante; idade gestacional; queixa principal; realização de pré-natal; número de gestações; número de partos prévios e tipos (normal ou cesárea), número de abortos e local de encaminhamento da gestante.

Armazenaram-se os dados, após a coleta, em planilha do Excel® transportando-os para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)®*, versão 20, e analisando-os

por meio de estatística descritiva simples com a apresentação dos resultados em tabelas.

RESULTADOS

Mostra-se, no período de janeiro de 2014 a junho de 2016, que foram atendidos 102.002 chamados pelo SAMU de Uberaba - MG, com média de 3400,0±1254 chamados/mensais, variando de 2.401 chamados (novembro/2015) a 9.550 chamados (abril/2015). Totalizaram-se 403 chamados as causas obstétricas nesse período, com média de 13,4±8,6 chamados mensais, variando de um (outubro/2014) a 33 (dezembro/2014). Representaram-se 0,40% dos atendimentos do SAMU as chamados por causas obstétricas. Ressalta-se que os dados apresentados a seguir representam a análise das 301 fichas de atendimento por motivos obstétricos encontradas e com informações completas sobre a ocorrência.

Detalha-se que a idade das gestantes atendidas variou de 13 a 42, com média de 25,1±6,6 anos, sendo que, destas, 15,3% eram adolescentes e 10,6% possuíam idade superior a 35 anos. Variou-se a idade gestacional de quatro a 42 semanas, com média de 33,8 ±8,4 semanas gestacionais, e a maioria das gestantes encontrava-se no terceiro trimestre gestacional - 243 (80,7%).

Destaca-se, quanto à história obstétrica prévia, que a maioria, 193 (64,1%), relatou ser a primeira ou a terceira gestação; 86 (28,6%) tiveram quatro a seis gestações; 21 (7%), sete a dez gestações e apenas uma (0,3%) teve 11 a 13 gestações prévias. Em relação aos partos prévios, 115 (38,2%) já tiveram de um a três partos normais; 35 (11,6%), de quatro a seis e quatro (1,3%), de sete a dez. Considerou-se a cesárea o desfecho prévio de 96 (31,9%) gestantes com um a três partos e sete (2,3%) tiveram de quatro a seis partos operatórios. Apenas 4,3% das gestantes atendidas tinham história de aborto anterior.

Informa-se que quase a totalidade das gestantes atendidas (281 - 93,4%) fez acompanhamento pré-natal e 20 (6,6%) relataram não ter realizado nenhuma consulta pré-natal.

Alerta-se que, quando analisadas, as queixas principais das gestantes ao realizarem o chamado apresentadas foram: 133 (44,2%) apresentavam características de trabalho de parto como contrações uterinas (69 - 22,9%) e dor em baixo ventre (64 - 21,3%); a ruptura das membranas amnióticas foi a segunda causa mais frequente (102 - 33,9%) seguida pelo sangramento vaginal (36 - 12%).

Motivaram-se os chamados ainda por: crise convulsiva (cinco); perda de tampão mucoso

(quatro); hipoglicemia e pré-eclâmpsia (ambos com três chamados); intoxicação exógena, desmaio, vômitos e mal-estar geral (dois chamados em cada categoria) e as queixas trauma automobilístico, fraqueza, dor torácica, vertigem, queda da própria altura e picada de escorpião receberam um chamado por causa.

Encaminharam-se as gestantes principalmente para as duas maternidades de referência do município que prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme pactuação municipal - hospital público de ensino, 148 (49,2%), e hospital particular de ensino, 140 (46,5%). Três (1,0%) foram encaminhadas para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e dez (3,3%) recusaram atendimento após o chamado e permaneceram no domicílio.

Demonstra-se que as gestantes encaminhadas para a Unidade de Pronto Atendimento possuíam o seguinte perfil: duas tinham oito semanas de gestação e uma, 34 semanas. A principal queixa foi a de dor em

baixo ventre (67%) e uma gestante de oito semanas possuía queixa de bolsa rota. Já as gestantes que recusaram atendimento tinham entre 18 a 40 semanas de gestação e as queixas principais eram: dor em baixo ventre (40%); contrações uterinas (20%); hipoglicemia (20%); bolsa rota (10%) e sangramento vaginal (10%). As queixas de hipoglicemia foram feitas por gestantes com 18 e 24 semanas, respectivamente, e as demais queixas foram realizadas por gestantes no terceiro trimestre gestacional.

Apresentam-se, na tabela a seguir (Tabela 1), os resultados da correlação de Pearson entre a pertinência da queixa e o trimestre gestacional. Pode-se verificar que a pertinência entre o trimestre gestacional e a queixa foi significativa ($p < 0,001$): gestantes no terceiro trimestre gestacional acionaram mais o SAMU por queixas referentes ao trabalho de parto (dor em baixo ventre; contrações; bolsa rota; sangramento vaginal e perda do tampão mucoso).

Tabela 1. Correlação de Pearson entre a pertinência da queixa (queixa de trabalho de parto e outras queixas) com o trimestre de gestação entre os chamados registrados no SAMU. Uberaba (MG), Brasil, 2016.

Trabalho de parto		Outras queixas	Total	p
3° trimestre	230	13	243	<0,001
1° e 2° trimestres	45	13	58	
Total	275	26	301	

DISCUSSÃO

Caracteriza-se o número de chamados por causas obstétricas atendidos pelo SAMU no período analisado (30 meses) como inferior a dados de outros municípios brasileiros. No município de Botucatu (SP), no período de um ano, foram realizados 358 chamados por causas obstétricas.¹² Viu-se que ao analisar os percentuais de chamados frente aos chamados totais, esse número também se apresentou inferior a outros municípios brasileiros em que o percentual variou de 2,5 a 8,6% dos atendimentos totais.¹³⁻⁵

Relata-se que a média da idade das gestantes (25,1±6,6 anos) que realizaram o chamado foi superior aos dados encontrados na literatura em que a maioria das gestantes encontrava-se na faixa etária entre 15 a 24 anos de idade.¹²⁻⁶ Observou-se em um estudo chileno, a média de idade das mulheres foi igual ou superior a 29 anos.¹⁷

Considera-se ainda, ao analisar a idade das gestantes, neste estudo, um elevado percentual de gestantes adolescentes, com idade entre 13 a 18 anos (15,3%). Caracteriza-

se a gestação na adolescência com um problema de saúde pública. Observou-se que, de acordo com estudo realizado em Botucatu/SP com 220 adolescentes, 73 tiveram as gestações em idade precoce (13 a 16 anos) e 147, tardias (17 a 19 anos). Mostrou-se em estudo que o perfil de adolescentes com gestação em idades precoces, em sua maioria, trabalhava, não tinha companheiro, era primigesta, tinha menor renda e realizou o parto no SUS.¹⁸

Complementa-se que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) caracteriza o perfil de gestantes adolescentes, de 15 a 19 anos, com predomínio de residência na região Nordeste (35,8%); 69% são pretas ou pardas; possuem média de anos de estudo de 7,7 anos; somente 20,1% ainda estavam estudando no momento da gestação e 59,7% não estudavam e não trabalhavam.¹⁹

Adverte-se que esse grupo de gestantes merece especial atenção dos profissionais de saúde devido ao despreparo físico, emocional e social que a gestação causa no organismo materno. Considera-se esse grupo mais propenso a apresentar complicações como

abortamento, doença hipertensiva da gestação, síndromes hemorrágicas, infecções urinárias e rotura prematura de membranas.²⁰ Considera-se entre os recém-nascidos de mães adolescentes, prevalência maior de prematuridade e baixo peso ao nascer.²¹

Enfoca-se que houve predomínio de chamados de gestantes no terceiro trimestre gestacional (80,7%), assim como em um estudo que analisou os chamados obstétricos do SAMU em um município da Bahia. Mostraram-se, entretanto, que 69% das fichas não continham a informação da idade gestacional,¹⁵ o que pode comprometer a avaliação e a qualidade do atendimento.

Explica-se que, ao contrário dos resultados de outros estudos,^{12,15} a maioria das gestantes atendidas pelo SAMU era primigesta, e, entre as que tiveram partos prévios, o parto normal prévio (38,2%). Realizou-se estudo em um serviço de emergências na fronteira entre os Estados Unidos e México mostrou que, entre as gestantes que já tinham filhos, 84,6% tinham história de parto normal e 15,4% tinham realizado cesariana previamente.¹⁶

Ressalta-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a taxa de cesarianas não ultrapasse 15%⁽²²⁾, contudo, na declaração publicada em 2015, sugere-se que esses índices não ultrapassem 10% e que seja adotada a Classificação de Robson para detectar o perfil de mulheres submetidas à cesariana.²³ Inoforma-se que a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar vidas quando indicada por motivos justificáveis, entretanto, taxas superiores a 10% não foram associadas à redução de mortalidade e aumentaram os índices de complicações.²³

Mostra-se que estudo de base nacional intitulado “Nascer no Brasil” apontou que 51,9% dos nascimentos ocorreram por meio de partos cesáreos.²⁴ Constatou-se que em 2015, o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) registrou 3.017.668 nascimentos, sendo que houve o predomínio de partos cesarianos (55,5%).²⁵

Sinaliza-se que quase a totalidade das gestantes atendidas pelo SAMU (93,4%) realizou o acompanhamento pré-natal. Vê-se que essa tendência à maior adesão ao pré-natal tem sido observada no Brasil com percentuais acima de 90% de adesão.^{19,26} Observaram-se em estudos que entrevistaram gestantes mostram que as mesmas reconhecem os benefícios da assistência pré-natal para o nascimento de um bebê saudável.^{20,27}

Sabe-se que o adequado acompanhamento na gestação possibilita a identificação de

problemas e riscos em tempo oportuno para intervenções e, assim, evita complicações e diminui danos. A porcentagem de adesão às setes consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (seis durante a gestação e uma no puerpério) tem aumentado ao longo dos anos de 46%, em 2000, para 61%, em 2010.²²

Apresentaram-se, em estudos nacionais e internacionais sobre atendimentos obstétricos de urgência realizados pelo SAMU, as mesmas características dos chamados da amostra, ou seja, a maioria das gestantes apresentava sinais de trabalho de parto, sendo mais frequentes as queixas de contrações uterinas, perda de tampão vaginal, perda de líquido amniótico, sangramento vaginal e dor em baixo ventre.^{12,14-7,28}

Entende-se, em relação à pertinência dos chamados, que houve significância estatística entre o acionamento do SAMU por queixas referentes ao trabalho de parto e o terceiro trimestre gestacional. Destaca-se que os atendimentos obstétricos do SAMU têm, por foco, o atendimento e o transporte rápidos de gestantes em trabalho de parto.¹⁰ Identificou-se em um estudo sobre a pertinência, de acordo com a Classificação de Riscos para gestantes do Ministério da Saúde, que 93,3% dos chamados obstétricos foram pertinentes.¹²

Limitou-se este estudo pelo preenchimento inadequado das fichas, com dados incompletos, dificultando traçar o perfil de todas as ocorrências atendidas com alto percentual de perdas (34%). Nesse sentido, a Organização das Nações Unidas também identificou a qualidade das informações como sendo um componente que necessita de atenção e intensas melhorias para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.⁶ Citam-se como dificultador, nesse processo, as anotações realizadas de forma manual, uma vez que se esses dados fossem informatizados, contendo um *checklist*, possibilitariam maior facilidade e agilidade na hora do preenchimento.

CONCLUSÃO

Pode-se delinear, a partir dos dados desse estudo, o seguinte perfil: os chamados por causas obstétricas representaram 0,40% dos atendimentos do SAMU; a idade média das gestantes foi de 25,08 anos; a maioria era primigesta, estava no terceiro trimestre gestacional, realizou pré-natal e as principais queixas foram relacionadas ao trabalho de parto. Houve significância estatística entre o acionamento do SAMU por queixas referentes ao trabalho de parto e o terceiro trimestre gestacional indicando a pertinência dos chamados.

Identificou-se, no entanto, alto percentual de fichas de atendimento com preenchimento incompleto demonstrando a necessidade de melhoria nas informações dos atendimentos.

Conclui-se que os dados deste estudo são fundamentais para a Secretária de Saúde propor avanços e planejar novos projetos e estratégias de saúde pública. Faz-se imprescindível conhecer as necessidades das mulheres que buscam atendimento no serviço pré-hospitalar, assim como traçar o perfil de atendimento para subsidiar ações e políticas públicas que possibilitem oferecer assistência de qualidade e reduzir a morbimortalidade materna e neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014 Sept;384(9947):980-1004. Doi: [10.1016/S0140-6736\(14\)60696-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6)
2. Martins EF, Almeida PFB, Paixão CO, Bicalho PG, Errico LSP. Multiple causes of maternal mortality related to abortion in Minas Gerais State, Brazil, 2000-2011. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(1):1-11. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00133116>.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos comitês de mortalidade materna [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2018 June 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_13.pdf
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna [Internet]. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2018 June 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014 June;2(6):e323-33. Doi: [10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
6. United Nations. The millennium development goals report [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2018 May 28]. Available from: http://www.un.org/millenniumgoals/2015_M
7. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento [Internet]. Brasília: Ipea; 2014 [cited 2018 May 12]. Available from: http://www.ipea.gov.br/porta/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf
8. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BR). Os objetivos de desenvolvimento do milênio [Internet]. Brasília: Governo Federal; 2017 [cited 2018 Apr 18]. Available from: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>
9. Ministério da Saúde (BR), Política nacional de atenção às urgências [Internet]. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2018 Apr 17]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Mar 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf
11. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7th ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
12. Michilin NS, Jensen R, Jamas MT, Palvequeires S, Parada CMGL. Analysis of obstetric care provided by the Mobile Emergency Care Service. *Rev Bras Enferm*. 2016 July/Aug; 69(4):669-75. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690408i>
13. Dias JMC, Lima MSM, Dantas RAN, Costa IKF, Leite JEL, Dantas DV. Profile of state prehospital mobile emergency care service. *Cogitare Enferm*. 2016 Jan/Mar; 21(1): 01-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.42470>
14. Monteiro MM, Sá GGM, Oliveira Neto JG, Lopes KDCL, Carvalho DA, Martins MCC. Emergency obstetric: case features served in mobile service urgente. *R Interd* [Internet]. 2016 Apr/June [cited 2018 Apr 21]; 9(2):136-44. <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu>

Silva JG da, Chavaglia SRR, Ruiz MT et al.

Ocorrências obstétricas atendidas pelo serviço...

u.br/index.php/revinter/article/view/948/pdf_320

15. Gusmão NVS, Souza ZCSN, Fonseca MCC. Care provided to pregnant women and puerperal mothers by the mobile emergency care service. *Ciênc Cuid Saúde*. 2016; 15(1):11-8. Doi:

<http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i1.2376>

16. McDonald JA, Riskel K, Escobedo MA, Arellano DE, Cunningham TJ. Obstetric emergencies at the United States-Mexico border crossing in El Pano, Texas. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37 (2): 76-82. PMID: [25915011](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25915011/)

17. Portiño MC, Novoa DG, González-Burboa A, Aguilera CL, Fernández NP, Astorga PV. Evaluación de la categorización de las urgências gineco-obstétricas en un hospital de sur de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016 Apr;81(2):105-12. Doi:

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000200004>

18. Costa CC, Carnevalheira APP, Gomes CB, Duarte MTC, Borgato MH, Parada CMGL. Early and late pregnant adolescents and neonatal results: a cohort study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 9];12(4):773-81. Available from:

http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4269/html_64

19. Governo do Brasil. Cidadania e Justiça. Taxa de fecundidade caiu 18,6% em 10 anos no País. [Internet]. Brasília: Governo Federal; 2015 [cited 2018 May 19]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/12/taxa-de-fecundidade-caiu-18-6-em-10-anos-no-pais>

20. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ESVB, Azevedo LMR, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (São Paulo)*. 2015 Oct/Dec;13(4):618-26. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3127>

21. Queiroz MVO, Brasil EGM, Alcântara CM, Carneiro MGO. Profile of pregnancy in adolescence and related clinical-obstetric occurrences. *Rev RENE*. 2014;15(3):455-62. Doi: [10.15253/2175-6783.2014000300010](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000300010)

22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais [Internet]. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 Mar 25]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf

23. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015 June;12(1):57. Doi: [10.1186/s12978-015-0043-6](https://doi.org/10.1186/s12978-015-0043-6)

24. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl 1): S17-S32. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

25. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde. Nascidos Vivos Brasil 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 May 22] Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

26. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Prenatal primary care in the municipality of João Pessoa, in the Brazilian State of Paraíba: characterization of services and users. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2013 Jan/Mar; 13(1):29-37. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000100004>

27. Ceron MI, Barbieri A, Fonseca LM, Fedosse E. Prenatal care in the perception of postpartum women from different health services. *Rev CEFAC*. 2013 May/June; 15 (3): 653-62. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000081>

28. Dantas AKC, Castro GLT, Silva HC, Davim RMB, Carvalho JBL. Characterization of obstetrical service attended by occurrences of Mobile Service of Urgency/Samu. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2017 June 8];7(10):6156-61. Available from:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12251/14877>

Submissão: 26/08/2018

Aceito: 12/09/2018

Publicado: 01/12/2018

Correspondência

Suzel Regina Ribeiro Chavaglia
Curso de Graduação em Enfermagem
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Praça Manoel Terra, 330
Bairro Abadia
CEP: 38025-015 - Uberaba (MG), Brasil