

TEMPO RESPOSTA NO ATENDIMENTO AS OCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

RESPONSE TIME IN THE MANAGEMENT OF OBSTETRIC EMERGENCIES IN A MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE

TIEMPO DE RESPUESTA EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS

¹Giulia Caroline Oliveira de Lima²Erika Fernanda dos Santos Bezerra Ludwig³Emiliana Cristina Melo⁴Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad⁵Maria José Quina Galdino⁶Maynara Fernanda Carvalho Barreto

¹Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Bandeirantes – PR, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-2528-4308>.

²Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil, <https://orcid.org/0000-0003-3048-9356>.

³Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Bandeirantes-PR, Brasil, <https://orcid.org/0000-0003-1013-4574>.

⁴Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil, <https://orcid.org/0000-0001-7564-8563>.

⁵Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Bandeirantes-PR, Brasil, <https://orcid.org/0000-0001-6709-3502>.

⁶Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Bandeirantes-PR, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-3562-8477>.

Autor correspondente

Giulia Caroline Oliveira de Lima
Ourinhos – SP, Rua Pedro José, 285, COHAB, 19905-310 - Brasil.
Contato: +55 (14) 99791-5565.
carollimagiu@gmail.com.

Submissão: 04-02-2025

Aprovado: 08-09-2025

RESUMO

Objetivo: Analisar o tempo resposta no atendimento a ocorrências obstétricas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da 17ª Regional de Saúde do Paraná. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo, baseado na análise de 836 Relatórios de Atendimento do Socorrista (RAS) entre janeiro de 2019 e dezembro de 2020. Os dados foram organizados em planilhas Excel e analisados estatisticamente com frequências simples e medidas de tendência central para variáveis contínuas. O estudo seguiu normas éticas sob parecer nº 4.350.880. **Resultados:** Dos 13.324 atendimentos realizados no período, 836 (6,27%) foram obstétricos, incluindo casos de crise hipertensiva, sangramento, trabalho de parto e trabalho de parto prematuro. A maioria das gestantes (99,76%) realizou acompanhamento pré-natal e não apresentava comorbidades. O tempo resposta revelou predominância de transferências (66,3%), com maior utilização da Unidade de Suporte Básico (81,6%). **Conclusão:** O estudo destacou a relevância do tempo resposta do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na redução de complicações graves e da mortalidade materna e neonatal. A predominância de transferências inter-hospitalares evidenciou a necessidade de otimização do transporte e agilidade no atendimento. Ressaltou-se a importância da integração do Serviço com a rede de saúde e da capacitação contínua das equipes para emergências obstétricas, além da urgência em implementar estratégias que garantam atendimento pré-hospitalar eficiente, humanizado e de qualidade.

Palavras-chave: Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar; Assistência Perinatal; Tempo de Resposta.

ABSTRACT

Objective: to analyze the response time in the management of obstetric emergencies by the Mobile Emergency Care Service of the 17th Regional Health Department of Paraná. **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional, and quantitative study based on the analysis of 836 Paramedic Care Reports (RAS in Portuguese) between January 2019 and December 2020. Data were organized in Excel spreadsheets and statistically analyzed using simple frequencies and measures of central tendency for continuous variables. The study followed ethical guidelines under approval number 4.350.880. **Results:** Of the 13,324 cases attended during the study period, 836 (6.27%) were obstetric, including cases of hypertensive crisis, bleeding, labor, and preterm labor. Most pregnant women (99.76%) underwent prenatal care and had no comorbidities. Response time analysis revealed a predominance of transfer cases (66.3%), with greater use of the Basic Support Unit (81.6%). **Conclusion:** The study highlighted the importance of response time in the Mobile Emergency Care Service for reducing severe complications and maternal and neonatal mortality. The predominance of inter-hospital transfers underscored the need to optimize transportation and improve response efficiency. It also emphasized the importance of integrating the service with the healthcare network and ensuring continuous training of teams for obstetric emergencies, as well as the urgency of implementing strategies that guarantee efficient, humane, and high-quality pre-hospital care.

Keywords: Emergency Medical Services; Perinatal Care; Reaction Time.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el tiempo de respuesta en la atención de urgencias obstétricas por brindada por el Servicio de Atención Médica de Urgencias (SAMU) de la 17ª Regional de Salud de Paraná. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo, basado en el análisis de 836 Reportes de Atención del Socorrista (RAS) entre enero de 2019 y diciembre de 2020. Los datos fueron organizados en planillas Excel y analizados de forma estadística con frecuencias simples y medidas de tendencia central para variables continuas. El estudio siguió el código de ética n.º 4.350.880. **Resultados:** De los 13.224 atendimientos realizados en ese período, 836 (6,27%) fueron obstétricos, incluyendo casos de crisis hipertensiva, sangrado, trabajo de parto y parto prematuro. La mayoría de las gestantes (99,76%) realizaron el seguimiento prenatal y no presentaron comorbilidades. El tiempo de respuesta indicó predominancia de transferencias (66,3%), con la mayor utilización de la Unidad de Soporte Básico (81,6%). **Conclusión:** El estudio destacó la relevancia del tiempo de respuesta del Servicio de Atención Médica de Urgencias en la reducción de complicaciones graves, de la mortalidad materna y neonatal. La predominancia de transferencias interhospitalarias evidenció la necesidad de optimizar el transporte y la agilidad en la atención. Resaltó la importancia de la integración del Servicio con la red de Salud y de la capacitación continua de los equipos para las emergencias obstétricas, además de la urgencia de implementar estrategias que garanticen una atención prehospitalaria eficiente, humanizada y de calidad.

Palabras clave: Servicios Médicos de Urgencia; Atención Perinatal; Tiempo de Reacción.



INTRODUÇÃO

A partir de 2010, o Sistema Único de Saúde (SUS) adotou as Redes de Atenção à Saúde como modelo organizacional para garantir maior eficácia na assistência à saúde no Brasil. Essas redes se configuram como um sistema policêntrico composto por diferentes pontos de atenção, conectados por mecanismos de coordenação que promovem a continuidade e a integralidade do cuidado. Essa abordagem visa não apenas a melhoria dos indicadores de saúde da população, mas também assegurar um atendimento mais abrangente e eficaz⁽¹⁾.

Entre as prioridades dessa política, destacam-se redes temáticas que abordam áreas específicas de atenção, como a Rede Cegonha; a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; a Rede de Atenção Psicossocial; a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência; e a Rede de Atenção às Doenças Crônicas. Cada uma dessas redes contribui para transformar o modelo de cuidado, promovendo ações mais integradas e centradas nas necessidades dos usuários do SUS⁽¹⁾.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências foi criada com o propósito de articular e integrar os diversos serviços de saúde, visando expandir e qualificar o acesso dos usuários que se encontram em situações de urgência e emergência, de maneira rápida e eficiente. Entre os componentes que fazem parte dessa rede estão ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde; a atenção básica; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; as salas de

estabilização; a Força Nacional de Saúde; as Unidades de Pronto Atendimento; os hospitais; e a atenção domiciliar⁽¹⁾.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é o componente móvel da política nacional de urgências e emergências. Sua operação é coordenada pelas Centrais de Regulação das Urgências, que desempenham um papel estratégico como observatórios do sistema de saúde. Essas centrais são compostas por profissionais capacitados para gerenciar os atendimentos, realizando a triagem e a classificação dos chamados com base na gravidade e na prioridade das situações. Esse processo permite organizar os fluxos de atendimento de forma eficiente, assegurando uma resposta adequada e ágil às demandas emergenciais⁽²⁾.

No contexto das demandas obstétricas, durante o período gestacional, a mulher enfrenta condições de saúde particulares decorrentes do próprio estado gravídico. Contudo, em algumas circunstâncias, podem surgir complicações clínicas ou obstétricas que colocam em risco a saúde materna e/ou fetal. Nessas situações, é fundamental que a gestante seja encaminhada de forma responsável e ágil a serviços de referência especializados. Esse encaminhamento deve garantir uma integração efetiva entre os diferentes níveis de atenção à saúde, assegurando que o acesso e o trânsito entre os serviços ocorram de maneira facilitada⁽³⁾.

Logo, o trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência se mostra fundamental no atendimento e no transporte

rápido dessas pacientes, ou seja, é uma importante ferramenta para reduzir o número de mortes em função do retardo ao acesso e minimizar agravos⁽⁴⁾.

Há um consenso global sobre a importância de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, que são indicadores da qualidade dos serviços de saúde oferecidos a mulheres e crianças. Tanto a Organização das Nações Unidas quanto a Organização Mundial da Saúde têm promovido esforços mundiais para reduzir esses índices, estabelecendo metas globais como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre 1990 e 2015, e, atualmente, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visam reduzir mortes evitáveis até 2030⁽⁵⁾.

A pandemia de COVID-19 impactou significativamente a assistência ao pré-natal, comprometendo o cuidado integral à mãe e ao bebê. A crise sanitária dificultou o alcance de metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, como a redução da mortalidade materna para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030. O aumento da mortalidade materna foi atribuído tanto às infecções pelo vírus quanto à dificuldade de acesso ao pré-natal e à redução de nascimentos assistidos por profissionais qualificados evidenciando a fragilidade do sistema de saúde diante de emergências globais e destacando a vulnerabilidade do sistema de saúde frente a emergências sanitárias e a necessidade de fortalecer a assistência em períodos críticos⁽⁶⁾.

Em 2020, o Brasil registrou 71,97 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos. No ano seguinte, 2021, subiu para 107,53 por 100 mil, representando um aumento de 77% em comparação ao período anterior. A partir de 2022, os índices começaram a cair e voltaram a níveis próximos aos do período pré-pandêmico, registrando-se 50,65 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2022 e 49,08 em 2023. Apesar dessa queda, o cenário ainda se mantém preocupante, uma vez que o país permanece distante da meta estabelecida pelo ODS⁽⁷⁾.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo⁽⁸⁾, transversal de abordagem quantitativa. O estudo foi conduzido no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (192) do Complexo Regulador, vinculado à uma Regional de Saúde do Estado do Paraná. O Serviço foi regulamentado pela Portaria nº 2.137/GM/MS em 7 de outubro de 2004. Em 2012, a Portaria nº 1.010 implementou a regionalização da Central, transformando-a no Complexo Regulador de Urgência. Este complexo cobre o atendimento de 21 municípios da região, servindo aproximadamente 970.000 habitantes⁽⁹⁾.

Para organização do atendimento, o SAMU foi dividido em dois polos de atendimento, denominados A e B. O polo A compreendia sete municípios, com 696.030 pessoas, dispondo de três unidades de suporte avançado, uma unidade aeromédico de asa rotativa e seis unidades de suporte básico.



Enquanto, o polo B representava 14 municípios, com 273.970 pessoas, e contava com uma unidade de suporte avançado e cinco unidades de suporte básico⁽¹⁰⁾.

O objeto deste estudo foi composto pelos Relatórios de Atendimento do Socorrista, referentes aos atendimentos obstétricos realizados no período de 1º de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2020. No total, foram analisados 13.324 relatórios, dos quais 836 (6,27%) eram de natureza obstétrica, constituindo assim a amostra desta pesquisa.

Para a coleta de dados, foi elaborado um banco de dados utilizando o Microsoft Excel for Windows®. Este banco de dados foi dividido em duas partes: 1) informações sobre a caracterização das ocorrências obstétricas e dados pessoais, incluindo idade e presença de comorbidades; e, 2) atendimentos, abrangendo a origem e natureza do atendimento, o motivo da solicitação, o tipo de recurso enviado, bem como o indicador tempo de resposta, que foi categorizado conforme as etapas de atendimento do SAMU, conforme descrição a seguir:

- Tempo 01(**T1**): Tempo entre a ligação 192 e acionamento da ambulância;
- Tempo 02(**T2**): Tempo entre o acionamento da ambulância e início de deslocamento;
- Tempo 03(**T3**): Tempo entre o início do deslocamento e chegada no local;

- Tempo 04(**T4**): Tempo de atendimento no local;
- Tempo 05(**T5**): Tempo de saída do local e chegada no destino.

Os dados foram inseridos em planilhas de Excel 365® versão 2019, onde foram codificados e categorizados para posterior análise estatística descritiva. Foram utilizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas e média ou mediana, dependendo da distribuição dos dados, para variáveis contínuas.

O desenvolvimento do estudo foi realizado considerando as normas nacionais e internacionais de ética em investigação, sob parecer de nº 4.350.880.

RESULTADOS

Neste estudo foram investigados 836 Relatórios de Atendimento do Socorrista, relacionados a atendimentos obstétricos, que representaram 6,27% do total de 13.324 atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no período estudado. A tabela 1 mostra o perfil das ocorrências conforme faixa etária, comorbidades, origem do atendimento, natureza da ocorrência e recurso.

Tabela 1 – Perfil das ocorrências obstétricas atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, conforme faixa etária, comorbidades, origem do atendimento, natureza da ocorrência e recurso. Londrina, 2024. (n=836)

Variáveis	Total (n)	Total (%)
Faixa etária		
11 a 17 anos	78	9,3
18 a 35 anos	651	77,9
Acima de 35 anos	84	10
Não preenchido	23	2,8
Comorbidades		
Não	590	70,6
Sim	237	28,3
Não Preenchido	9	1,1
Origem do atendimento		
Centro de Atenção Psicossocial II	1	0,1
Centro de Especialidades	1	0,1
Delegacia	1	0,1
Hospital Geral de Alta Complexidade	1	0,1
Hospital Geral de Média Complexidade	466	55,7
Maternidade Municipal	7	0,8
Residência	275	32,9
Unidade Básica de Saúde	47	5,6
Unidade de Pronto Atendimento	30	3,6
Via pública	2	0,2
Não Preenchido	5	0,6
Natureza da Ocorrência		
Socorro	281	33,6
Transferência	554	66,3
Não preenchido	1	0,1
Recurso		
USB	682	81,6
USA	154	18,4

Fonte: Autoria própria, 2024.

Foi identificado um total de 86 motivos de atendimentos obstétricos realizados pelo serviço do estudo. Destes, destacaram-se crise/pico hipertensivo, sangramento, trabalho de parto e trabalho de parto prematuro. Acrescenta-se que 160 mulheres apresentaram mais de um motivo

para a solicitação do socorro ou da transferência (Tabela 2).

Tabela 2 – Motivos das solicitações de atendimento do Serviço, para ocorrências obstétricas. Paraná, Brasil, 2024.

Motivo	Total (n)	Total (%)
Aborto	13	1,55
Agressão	3	0,35
Convulsão	8	0,95
Crise/pico hipertensivo	166	19,87
Diminuição de movimento fetal	5	0,59
Dor lombar	27	3,22
Êmese	12	1,43
Gestação de alto risco	24	2,87
Gestação ectópica	15	3,22
Gestação gemelar	14	1,67
Hipotensão	9	1,07
Sangramento	82	9,80
Trabalho de parto (bolsa rota, perda de líquido, contrações e perda de tampão mucoso)	451	53,94
Trabalho de parto prematuro	56	6,69
Uso de droga e álcool	6	0,71
Outros	135	16,14

Fonte: Autoria própria, 2024.

A análise dos indicadores tempo resposta do atendimento, por tipo de ocorrência e recurso, mostrou que a média do tempo entre a ligação para o número do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e acionamento da ambulância foi maior nas ocorrências de transferência (64 minutos) e unidade de suporte básico (46 minutos). A média do tempo entre o início do deslocamento e chegada no local foi maior para as ocorrências de socorro (10

minutos) e unidade de suporte avançado (13 minutos). A média do tempo entre o início do deslocamento e chegada no local foi de 32 minutos para as ocorrências por transferência e 57 minutos no caso de unidade de suporte avançado. Quanto ao tempo de saída do local e chegada no destino, a média foi maior para as ocorrências por transferência (41 minutos) e unidade de suporte avançado (57 minutos) (tabela 3).

Tabela 3 - Indicadores tempo resposta do atendimento realizado pelo Serviço, por tipo de ocorrência e recurso. Paraná, Brasil, 2024. (n=827)

	Ocorrência		Recurso	
	Socorro	Transferência	USA	USB
T1				

Média	27	64	46	53
Desvio Padrão	0,039	0,065	0,046	0,062
Mediana	14	33	21	24
Intervalo	0 – 819	0 – 1297	0 – 437	0 – 1297

T2

Média	10	06	13	6
Desvio Padrão	0,064	0,026	0,040	0,043
Mediana	01	00	3	0
Intervalo	0 – 1431	0 – 606	0 – 606	0 – 1431

T3

Média	19	25	45	18
Desvio Padrão	0,059	0,079	0,101	0,064
Mediana	12	11	21	11
Intervalo	0 – 1401	0 – 1430	0 – 1430	0 – 1391

T4

Média	10	32	19	26
Desvio Padrão	0,009	0,085	0,011	0,078
Mediana	07	16	18	12
Intervalo	0 – 130	0 – 1435	0 – 116	0 – 1435

T5

Média	31	41	57	34
Desvio Padrão	0,090	0,063	0,089	0,071
Mediana	09	30	31	23
Intervalo	0 – 1242	0 – 910	0 – 910	0 – 1242

T1 - Tempo entre a ligação 192 e acionamento da ambulância; **T2** - Tempo entre o acionamento da ambulância e início de deslocamento; **T3** - Tempo entre o início do deslocamento e chegada no local; **T4** - Tempo de atendimento no local; **T5** - Tempo de saída do local e chegada no destino.

Fonte: Autoria Própria.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados evidenciou uma predominância de atendimentos realizados por meio de transferências, que teve como média o tempo de 64 minutos, especialmente utilizando a unidade de suporte básico, que teve como média o tempo de 46 minutos. Isso sugere que a maioria dos casos envolveu transferências inter-hospitalares, ou seja, de locais com menor suporte, como hospitais secundários, para hospitais de média ou alta complexidade.

Em situações classificadas como urgência ou emergência, o fator tempo, junto com o tipo de serviço prestado, desempenha um papel crucial no atendimento. A ativação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, por possibilitar acesso rápido e eficaz ao serviço de referência, contribui significativamente para melhorar o prognóstico dos pacientes. Esse atendimento pré-hospitalar se mostra uma ferramenta essencial para reduzir a mortalidade associada à demora no acesso aos cuidados de saúde e para minimizar o risco de sequelas que poderiam surgir devido a um atendimento tardio⁽⁴⁾.

No Brasil, o principal serviço público de atendimento pré-hospitalar móvel é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, regulamentado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, que preconiza, em situações de urgência, um transporte seguro e atendimento especializado a pessoas que apresentem agravos à saúde, incluindo emergências de natureza clínica e obstétrica⁽³⁾.

A ocorrência de complicações de saúde relacionadas à gravidez exige a identificação precoce de riscos, o que implica a necessidade de cuidados especializados, incluindo exames, avaliações e acompanhamento adicional. Para garantir equidade e acesso adequado ao atendimento em situações de urgência, é essencial que os serviços pré-hospitais adotem uma triagem baseada em critérios de gravidade⁽³⁾.

Um estudo realizado por Cyrino⁽²⁾ destaca que nos últimos anos houve um crescimento significativo nas solicitações de atendimento pré-hospitalar que não se enquadram como casos urgentes ou pertinentes. Essa categorização pode trazer desafios tanto para a gestão dos serviços quanto para os próprios pacientes, impactando diretamente a qualidade do atendimento prestado, podendo gerar insatisfação entre os profissionais da saúde e acarretar consequências relevantes, como maior tempo de espera para os pacientes, elevação nas taxas de mortalidade e aumento dos custos para o sistema de saúde⁽²⁾.

Adicionalmente, observa-se um número significativo de informações relevantes para a assistência obstétrica que não são devidamente registradas no prontuário das pacientes. Porém, é importante ressaltar o papel do conhecimento que a gestante adquire ao longo do período gestacional, principalmente por meio das consultas de pré-natal. Um estudo realizado por Freitas⁽³⁾ traz que 58% das gestantes afirmaram não ter recebido orientações adequadas sobre os sinais de alerta e de trabalho de parto durante esse acompanhamento⁽³⁾.

Esse déficit informacional reforça a necessidade de implementação de estratégias de educação em saúde em diferentes contextos e instituições. Essas estratégias devem proporcionar momentos de troca de experiências, consolidação de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas⁽³⁾.

O pré-natal conduzido pelo enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção de uma gestação saudável e no desenvolvimento fetal adequado, ao possibilitar a prevenção e a detecção precoce de possíveis complicações patológicas. Através de uma abordagem integral e sistematizada, o enfermeiro realiza acolhimento e acompanhamento qualificado, estabelecendo um vínculo de confiança com a gestante⁽¹¹⁾.

Esse vínculo é essencial para garantir uma assistência humanizada, promovendo não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional da mulher ao longo do ciclo gravídico. Durante o pré-natal, o enfermeiro realiza consultas periódicas, procedimentos,

exames e atividades educativas que visam esclarecer a gestante sobre os cuidados necessários nesse período, como sinais de risco, amamentação e hábitos saudáveis. Essas ações contribuem diretamente para a promoção e a qualidade da saúde materna e fetal, fortalecendo o papel do enfermeiro como agente essencial na atenção primária à saúde⁽¹¹⁾.

Neste estudo, as comorbidades mais recorrentes foram crise/pico hipertensivo, sangramento vaginal, trabalho de parto e trabalho de parto prematuro.

A Hipertensão Arterial e as Síndromes Hipertensivas da Gravidez são condições prevalentes, afetando cerca de 10% das gestantes e representando uma das principais causas de mortalidade materna no mundo. O diagnóstico dessas síndromes é estabelecido quando a pressão arterial sistólica é ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica é ≥ 90 mmHg, em duas aferições com intervalo de 4 horas⁽¹²⁾.

Essas síndromes incluem cinco categorias: hipertensão crônica (prévia à gestação), hipertensão gestacional (início após a 20ª semana), pré-eclâmpsia (hipertensão com proteinúria ≥ 300 mg/24h), eclâmpsia (convulsões associadas à pré-eclâmpsia) e pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica (agudização da hipertensão pré-existente com sinais como proteinúria ou disfunções hepáticas/trombocitopenia após a 20ª semana)⁽¹²⁾.

O sangramento vaginal durante a gestação pode ser causado por diversas condições, como aborto, gravidez ectópica, lesões no colo do

útero ou na vagina, infecção uterina e doença trofoblástica. No primeiro trimestre, afeta entre 20% e 40% das gestantes, enquanto após a 20ª semana ocorre em 4% a 5% das gestações. Dentre as causas mais comuns no segundo e terceiro trimestres, destacam-se a placenta prévia (20% dos casos) e o descolamento prematuro de placenta (DPP) (30%). Casos mais raros incluem rotura uterina e vasa prévia, embora muitas vezes a etiologia permaneça indefinida⁽¹³⁾.

O trabalho de parto é um processo natural dividido em três fases: a primeira, a segunda e a terceira. A primeira fase começa com as contrações regulares e fortes, podendo ser espontânea ou induzida, e é subdividida em fase latente (0 a 6 cm de dilatação) e fase ativa (de 6 cm até a dilatação completa de 10 cm). A segunda fase inicia com a dilatação completa e termina com o nascimento do neonato, sendo influenciada por fatores como a posição do feto e a intensidade dos esforços expulsivos. A terceira fase começa com o nascimento do feto e termina com a expulsão da placenta⁽¹⁴⁾.

O trabalho de parto prematuro é uma das principais complicações gestacionais, associado a elevados índices de morbidade e mortalidade neonatal. Caracteriza-se pelo início espontâneo do parto entre a 22ª e a 36ª semanas de gestação, com contrações uterinas regulares que provocam afinamento do colo uterino (80% ou mais) e dilatação cervical de pelo menos 1 cm, indicando o progresso do trabalho de parto antes do tempo ideal, com riscos para mãe e feto. Fatores de risco para o trabalho de parto prematuro incluem idade materna, tabagismo, paridade e

intercorrências gestacionais, como infecção do trato urinário⁽¹⁵⁾.

Para finalizar, acrescenta-se que as limitações deste estudo estão relacionadas a dificuldade na coleta de dados devido ao preenchimento incompleto de algumas variáveis, bem como a falta de padronização das informações. No entanto, os resultados podem servir como ferramenta para gestores e profissionais de saúde no atendimento a ocorrências obstétricas, sobretudo nos casos de transferência e no uso da estrutura de suporte básico de vida por terem apresentado maior tempo de acionamento da ambulância.

Esses dados ressaltam a necessidade de otimizar o tempo de resposta nas transferências inter-hospitalares e garantir a estrutura adequada para atender às demandas obstétricas, reduzindo assim riscos e complicações.

CONCLUSÃO

O tempo de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um fator crítico para garantir a eficácia do serviço, especialmente em ocorrências obstétricas que frequentemente envolvem alto risco tanto para a mãe quanto para o feto. Este estudo evidencia que a maior parte dos atendimentos realizados pelo serviço foram compostos por transferências inter-hospitalares, com tempos médios de 64 minutos, e atendimentos utilizando a unidade de suporte básico registraram uma média de 46 minutos. Esses intervalos destacam a necessidade de contínua otimização nos

processos de triagem e deslocamento, considerando que o tempo é um determinante essencial para desfechos positivos em situações de urgência.

No contexto obstétrico, condições como síndromes hipertensivas da gestação, trabalho de parto prematuro, sangramentos vaginais, e outras condições graves demandam uma resposta ágil e bem estruturada. A demora no atendimento pode agravar significativamente os riscos de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Apesar dos desafios enfrentados, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência se posiciona como um recurso indispensável, fornecendo suporte vital em momentos críticos e garantindo transporte seguro para unidades hospitalares de maior complexidade.

Para aprimorar os indicadores relacionados ao tempo de resposta, é fundamental investir em estratégias que incluam a qualificação das equipes, a adoção de tecnologias para a otimização de rotas, a redução de chamadas indevidas e o fortalecimento da integração entre os serviços de saúde. No campo das urgências obstétricas, essas medidas podem contribuir para minimizar complicações e salvar vidas, reforçando o papel do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência como um serviço essencial no atendimento pré-hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Tofani LFN, Furtado LAC, Andreazza R, Bigal AL, Feliciano DGCF, Silva GR, et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. Saúde

Soc. 2023 Jun 26;32(1):e220122pt. doi: 10.1590/S0104-12902023220122pt.

2. Cyrino CMS, Castro MCN, Nunes HRC, Deodato S, Dell'Acqua MCQ, Juliani CMM. Fatores relacionados às readmissões ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Esc Anna Nery. 2023;27:e20230004. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2023-0004pt.

3. Freitas VCA, Quirino GS, Giesta RP, Pinheiro AKB. Situação clínica e obstétrica de gestantes que solicitam o serviço médico de emergência pré-hospitalar. Rev Bras Enferm. 2020;73:e20190058. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0058.

4. Oliveira ETA, Balduino ACS, Silva AS, Alves DS, Santos FR, Cavalcante AEO, et al. Distribuição espaço-temporal das ocorrências obstétricas socorridas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. Braz J Dev. 2020 Nov 13;6(11):87622-35.

5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério [Internet]. Brasília: CONASS; 2023 [citado 2024 Nov 13]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-da-mulher-na-gestacao-parto-e-puerperio/>.

6. Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, Alves MTSSB, Poty NARC, Thomaz EBAF. Do pré-natal ao puerpério: mudanças nos serviços de saúde obstétricos durante a pandemia da COVID-19. Texto Contexto Enferm. 2022 Jan;31:e20220206. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2022-0206en.

7. Secretaria Municipal de Saúde (Porto Alegre). Comitê Municipal de Mortalidade Materna. Relatório Anual do Comitê de Mortalidade Materna de Porto Alegre – 2023 [Internet]. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde; 2024 [citado 2024 Ago 10]. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_do_c/hotsites/sms/bvaps-biblioteca-virtual-de-atencao-primaria-saude/Comit%C3%AA%20-%20Mortalidade%20Materna%20-%20Relat%C3%B3rio%20Anual%20-%202023..pdf.

8. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

9. Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. Mais moderno do Paraná, SAMU de Londrina unifica atendimentos de urgência da região [Internet]. Curitiba: Secretaria da Saúde do Estado do Paraná; 2023 [citado 2024 Nov 10]. Disponível em:

<https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Mais-moderno-do-Parana-SAMU-de-Londrina-unifica-atendimentos-de-urgencia-da-regiao>.

10. Ludwig EFSB. Indicadores de qualidade de um serviço de atendimento móvel de urgência [tese]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2024.

11. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Esc Anna Nery. 2021;25(1):e20200098. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098.

12. Damasceno AAA, Malta MB, Neves PAR, Lourenço BH, Bessa ARS, Rocha DS, et al. Níveis pressóricos e fatores associados em gestantes do Estudo MINA-Brasil. Cien Saude Colet. 2020 Nov;25(11):4583-92. doi:10.1590/1413-812320202511.31742018.

13. Carvalho ECC, Hase EA. Desordens hemorrágicas e anemia na vida da mulher: sangramento na gravidez. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), editor. 2021. v.4, cap.3. p.12-46.

14. Hutchison J, Mahdy H, Hutchison J. Stages of labor [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan 30 [citado 2023 Nov 10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>.

15. Alves ISG, Sanches METL, Santos AAP, et al. Trabalho de parto prematuro: condições associadas. Rev Enferm UFPE on line. 2021;15:e245860.

Fomento:

A pesquisa não recebeu financiamento.

Creritrios de autoria (contribuiçoes dos autores)

Lima, G. C. O. de. contribuiu substancialmente na concepção do estudo; na análise e



interpretação dos dados; na redação, revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Ludwig, E. F. S. B. contribuiu substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, na análise e interpretação dos dados; na redação, revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Melo, E. C. contribuiu substancialmente na concepção do estudo; na redação, revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Haddad, M. C. F. L. contribuiu substancialmente no planejamento do estudo; na análise e interpretação dos dados; na redação, revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Galdino, M. J. Q. contribuiu substancialmente na concepção do estudo; na análise e interpretação dos dados; na redação, revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Barreto, M. F. C. contribuiu substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na análise e interpretação dos dados; na redação, revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Declaração de conflito de interesses

Nada a declarar.

Editor Científico: Francisco Mayron Moraes Soares. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7316-2519>