



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS INTENSIVOS E PALIATIVOS –
MODALIDADE PROFISSIONAL

Liliam Cristini Gervasi

Serviço de emergência em ginecologia: caracterização da população, queixas e
direcionamentos

Florianópolis

2020

Liliam Cristini Gervasi

Serviço de emergência em ginecologia: caracterização da população, queixas e
direcionamentos

Dissertação apresentada à Banca examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre Profissional do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos - Modalidade Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dra. Roxana Knobel

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Gervasi, Liliam Cristini

Serviço de emergência em ginecologia : caracterização da
população, queixas e direcionamentos / Liliam Cristini
Gervasi ; orientador, Roxana Knobel, 2020.

70 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e
Paliativos, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Cuidados Intensivos e Paliativos. 2. Ginecologia. 3.
Emergências. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Saúde da
Mulher. I. Knobel, Roxana . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Cuidados
Intensivos e Paliativos. III. Título.

Liliam Cristini Gervasi

Serviço de emergência em ginecologia: caracterização da população, queixas e direcionamentos

O presente trabalho em nível de mestrado profissional foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. Roxana Knobel, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Alberto Trapani Junior, Dr.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Evaldo dos Santos, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos.

Prof. Fernando Osni Machado, Dr.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profª. Roxana Knobel, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 18 de dezembro de 2019.

*Ao meu amado irmão William, que sempre
esteve e sempre estará comigo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido, Marcos, pela compreensão nos momentos de ausência, por cuidar de tudo para que eu pudesse me dedicar a minha profissão e aos estudos, por me incentivar e acreditar em mim, até quando eu mesma duvidei. Este trabalho jamais existiria sem seu apoio.

Ao meu irmão, por me presentear com o amor mais puro e fraterno. A quem eu devo grande parte da concretização do sonho de tornar-me médica. Sua partida no decorrer do mestrado me fez pensar em desistir, mas a certeza de que, onde quer que esteja, ele estará feliz e orgulhoso com minha realização me motivou a seguir.

Aos meus pais, Valério e Angela, por serem meus grandes exemplos de ser humano e me mostrarem que com esforço podemos ir mais longe. Pela doação incondicional e por entenderem minhas ausências mesmo quando mais precisavam de mim. Eles são meus tesouros. Palavras não são capazes de expressar minha gratidão por tanto amor.

À minha cunhada Daniela, uma mulher batalhadora e especial, que tivemos a sorte de encontrar na jornada da vida. Por ser como filha para meus pais e como irmã para mim. Mesmo meu irmão não estando mais presente, sua generosidade de continuar conosco na difícil luta contra a saudade nos ajuda a ter força.

À toda minha família, em especial minhas avós Hilda e Laura, pela confiança depositada.

Aos meus sogros, Tereza e Marcos, por apresentarem uma fascinação contagiante pelo mundo acadêmico e sempre torcerem por minhas conquistas.

Aos amigos, por dividirem as alegrias e os pesos da vida e tornarem mais leve e divertida a caminhada.

À minha orientadora, Roxana Knobel, por todo o tempo e paciência dispendidos para que este trabalho fosse concluído.

À querida Daniela Rossi, parceira de trabalho e responsável pelas temidas análises estatísticas, sempre prestativa e doce em suas colocações.

Aos preceptores da residência, por me acolherem e serem exemplos de ginecologistas e obstetras nos quais espelho minhas condutas.

Ao Dr Alberto Trapani por sempre ir além de sua função como chefe da residência médica e aos Drs Sérgio Murilo Steffens, Evaldo dos Santos e Érica Traebert por estimularem a realização do mestrado.

Aos professores do Mestrado Profissional, em especial Dra Mariangela Pimentel Pincelli, Dra Ana Maria Nunes de Faria Stamm e Dr Fernando Osni Machado, por me auxiliarem respectivamente no início, no decorrer e no fim de mais este percurso acadêmico.

Aos colegas professores do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade e divisão de experiências na docência. Ser professora substituta foi uma experiência fantástica que espero poder repetir de forma efetiva.

Às pacientes, por motivarem a pesquisa e aos funcionários da Maternidade do Hospital Universitário e da Maternidade Carmela Dutra, em especial do setor de emergência, por acreditarem que este trabalho tinha relevância e entusiasmarem sua realização.

***“A persistência é o menor caminho
do êxito” (Charles Chaplin)***

RESUMO

Objetivo Caracterizar os atendimentos em um serviço de emergência (SE) ginecológica através do perfil sócio demográfico e queixas das usuárias, particularidades da assistência e do direcionamento pós consulta. **Métodos** Estudo retrospectivo, observacional e quantitativo, com dados de 550 prontuários eletrônicos de atendimentos a mulheres não gestantes no SE da Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis/SC), entre janeiro e fevereiro de 2019. Para a análise dos dados utilizou-se o teste do Qui-quadrado adotando-se o nível de significância de 0,05 e respectivos intervalos de confiança (IC 95%). **Resultados** A maioria das mulheres era jovem (20 a 39 anos), branca, residia no município do serviço, possuía união conjugal e escolaridade entre 5 e 12 anos de estudo. O tempo médio de permanência em atendimento foi de 1h56. As principais queixas foram sangramento uterino anormal, dor pélvica e irregularidade menstrual. Os quadros eram majoritariamente agudos e não urgentes (68,73%). Foi recomendado seguimento ambulatorial para 55,64% das usuárias e internação para 7,09%. Mostrou-se estatisticamente significativa a associação entre o encaminhamento de quadros não urgentes e agudos para unidade básica de saúde e de quadros urgentes e crônicos para especialidades ($p < 0,05$). **Conclusão** Esses achados evidenciam as características e o predomínio de condições não urgentes no SE ginecológico. A associação significativa do tempo de queixa e da gravidade do quadro com o direcionamento adotado pode demonstrar que afecções não urgentes e mais recentes poderiam ser solucionadas na atenção básica. Conhecer as características da demanda feminina nos SE é essencial para o planejamento em ações de saúde.

Palavras-chave: Ginecologia. Emergências. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective To characterize the attendances in a gynecological emergency service (ES) through the socio-demographic profile and complaints of the users, particularities of assistance and post-consultation guidance. **Methods** Retrospective, observational and quantitative study, with data from 550 electronic medical records of care provided to non-pregnant women at the *Maternidade Carmela Dutra* SE (Florianópolis / SC), between January and February 2019. For data analysis, Chi-square was used adopting the significance level of 0.05 and confidence intervals (95% CI). **Results** Most of the women were young (20 to 39 years old), white, lived in the municipality of the service, with marital union and had between 5 and 12 years of schooling. The average length of stay in attendance was 1h 56 min. The main complaints were abnormal uterine bleeding, pelvic pain and menstrual irregularity. The main complaints were abnormal bleeding, pelvic pain and menstrual irregularity. Needs were mostly acute and not urgent (68.73%). The referrals were for outpatient care (55.64%) and hospitalization (7.09%). There was a statistically significant difference for the association between non-urgent and acute referrals to the basic health unit and urgent and chronic referrals to specialties ($p < 0.05$). **Conclusion** These findings highlight the characteristics and predominance of non-urgent conditions in gynecological SE. The significant association of the time of complaint and the severity of the condition with the adopted approach can demonstrate that non-urgent and more recent conditions could be solved in primary care. Knowing the characteristics of female demand in ES is essential for health action planning.

Keywords: Gynecology. Emergencies. Primary Health Care. Women's health.

RESUMEN

Objetivo Caracterizar la asistencia a un servicio de emergencia (SE) ginecológico a través del perfil sociodemográfico, de las quejas de las usuarias, las particularidades de la asistencia y la derivación posterior a la consulta. **Métodos** Estudio retrospectivo, observacional y cuantitativo, con datos de 550 registros médicos electrónicos de atención para mujeres no embarazadas en el SE de la Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis / SC), entre enero y febrero de 2019. Para el análisis de datos, se utilizó el Chi-cuadrado con el nivel de significancia de 0.05 y los respectivos intervalos de confianza (IC 95%). **Resultados** La mayoría de las mujeres eran jóvenes (de 20 a 39 años), blancas, vivían en el municipio del servicio, tenían unión matrimonial y educación entre 5 y 12 años de estudio. La duración promedio de la estancia fue de 1h56. Las principales quejas fueron sangrado uterino anormal, dolor pélvico e irregularidad menstrual. Las quejas fueron en su mayoría agudas y no urgentes (68,73%). Se recomendó un seguimiento ambulatorio para el 55,64% de las usuarias y hospitalización para el 7,09%. La asociación entre la derivación de casos no urgentes y agudos a la unidad básica de salud y los casos urgentes y crónicos a especialidades fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$). **Conclusión** Estos hallazgos demuestran las características y el predominio de condiciones no urgentes en SE ginecológico. La asociación significativa entre la duración de la queja y la gravedad de la afección con la dirección adoptada puede demostrar que las afecciones no urgentes y más recientes podrían resolverse en la atención primaria. Conocer las características de la demanda femenina en SE es esencial para planificar acciones de salud.

Palabras clave: Ginecología. Emergencias Atención Primaria a Salud. Salud de la mujer.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	CONTEXTUALIZAÇÃO	14
2.1	FUNCIONAMENTO DO SUS	14
2.2	REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	14
2.3	ATENDIMENTOS RELACIONADOS À GINECOLOGIA	15
2.4	PROBLEMATIZAÇÃO	16
3	RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA.....	18
4	ARTIGO – VERSÃO PORTUGUÊS.....	19
5	ARTIGO – VERSÃO EM INGLÊS.....	37
	REFERÊNCIAS.....	54
	ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	56
	ANEXO B - Normas para Publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria.....	60

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido como dissertação de mestrado da aluna Liliam Cristini Gervasi, no Programa de Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de 2017 a 2019.

Como produto do trabalho de conclusão do programa foi desenvolvido um artigo original elaborado dentro da proposta do projeto de pesquisa de caracterizar os atendimentos de unidade de emergência ginecológica em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

A estruturação do artigo está de acordo com as normas da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (ISSN 0100-7203) e, os resultados do estudo serão apresentados em sessão pública, seguindo as determinações vigentes no programa de pós-graduação, bem como submetidos à avaliação do corpo editorial da referida revista para fins de publicação.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

Os serviços de emergência (SE) estão cada vez mais funcionando como porta de entrada no sistema de saúde, recebendo todos os tipos de pacientes, desde os realmente graves até os casos mais simples, que poderiam ser resolvidos na atenção básica (BITTENCOURT; HORTALE, 2009). As mulheres são as principais usuárias do sistema de saúde (CFM, 2015), entretanto, existem poucos estudos sobre os atendimentos ginecológicos nos SE.

2.1 FUNCIONAMENTO DO SUS

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que abrange desde atendimentos ambulatoriais até transplantes de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito aos cidadãos do país (BRASIL, 2018).

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema e propõe um atendimento descentralizado e hierarquizado. Preferencialmente o acolhimento da população deve ser realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) – primeiro nível de atenção à saúde – e, conforme a necessidade, deve-se proceder com encaminhamento para outros serviços de maior complexidade como clínicas especializadas e hospitais (BRASIL, 1990).

A atenção básica, segundo o modelo adotado pelo SUS, deve permitir acesso a especialidades básicas: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. Estima-se que esse nível de atenção seja capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde. A média complexidade é constituída por serviços como consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e alguns procedimentos cirúrgicos. Procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo estão inseridos na alta complexidade (BRASIL, 2006).

2.2 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O atendimento de urgência e emergência é um importante componente da assistência à saúde. A assistência às urgências/emergências se dá predominantemente nos serviços que funcionam para este fim, na chamada rede organizada de Atenção às Urgências, dividindo-se

entre as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e os tradicionais prontos-socorros hospitalares. As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e os setores de emergência hospitalares e visam diminuir as demandas dos hospitais que deveriam se destinar a casos de maior gravidade (BRASIL, 2003).

São as condições agudas que, em geral, necessitam de atendimento nas unidades de urgência e emergência. Habitualmente elas apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração e, tendem a se auto limitar. Já as condições crônicas, tem um período de duração mais longo e podem se apresentar de forma definitiva e permanente. Por vezes, as condições crônicas se manifestam em momentos episódicos e de forma exuberante, sob a forma de eventos agudos (VON KORFF et al., 1997; SINGH, 2008). Essa última forma de apresentação, é vista com frequência no cotidiano dos setores de urgência e emergência, o que muitas vezes poderia ser evitado se a atenção básica oferecesse maior efetividade (SILVA et al., 2007).

Abertos nas 24 horas do dia, os SE acabam por funcionar como “portal” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de emergência/urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desviados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população (HONIGMAN et al., 2013).

Esta realidade assistencial é agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de classificação de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso. Outro agravante é a falta de unidades de referência em regiões mais distantes, que obriga muitos usuários a um grande deslocamento (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

2.3 ATENDIMENTOS RELACIONADOS À GINECOLOGIA

O atendimento de ginecologia a nível ambulatorial no SUS deveria ocorrer após a usuária ser atendida em uma UBS e ser constatada a necessidade de assistência ginecológica especializada. No entanto, muitas vezes tal atendimento nem chega a ocorrer, ou caso aconteça o encaminhamento é destinado para o Sistema de Regulação de Saúde (SISREG), que é o responsável pelo agendamento na unidade de referência (BRASIL, 2006). Na rede de urgência e emergência o atendimento ginecológico é realizado usualmente em maternidades, onde a assistência prestada é dividida entre gestantes e não gestantes, configurando as “emergências gineco-obstétricas” (BRASIL, 2003).

A utilização dos SE por situações nem sempre urgentes é conhecida em diversas áreas da medicina (SILVA et al., 2007; DUT, 2017; KILFOYLE et al., 2017; AKSOY et al., 2016). Na área específica de ginecologia, apesar da escassez de trabalhos, o cenário não é diferente. Quadros ginecológicos que possuem caráter emergencial, como sangramento uterino anormal, dor aguda por torção de anexos/massas tumorais, infecção pélvica, vulvovaginites, problemas pós-operatórios, violência sexual, entre outros (OLIVEIRA; MELKI; TAVARES, 2009), mesclam-se com problemas crônicos que não recebem devido acompanhamento na atenção básica e acabam se reincidindo por falta de tratamento adequado (FISHER et al., 2016).

Habitualmente o longo tempo de espera para o atendimento ambulatorial com especialista e a facilidade de obter rapidamente algum tipo de esclarecimento sobre o quadro apresentado acabam levando grande parte das mulheres a enfrentar prolongados períodos nas emergências dos hospitais/maternidades, compartilhando a espera com grávidas e postergando a avaliação de situações com real necessidade de rápido atendimento (MEISLIN et al., 2016).

2.4 PROBLEMATIZAÇÃO

Há uma maior preocupação em realizar pesquisas sobre os SE, não só no Brasil como em todo o mundo (HONIGMAN et al., 2013; USCHER-PINES et al., 2013). Tal fato deve-se ao aumento da busca desses serviços pelo público, acarretando uma deterioração do atendimento, o que demonstra déficits na estruturação da rede assistencial de saúde (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

A superlotação nos SE gineco-obstétrica impõe risco à mulheres, gestantes e fetos (AKSOY et al., 2015). A identificação da demanda ginecológica, seja relacionada a doenças crônicas e problemas passíveis de resolução na baixa complexidade ou acometimentos agudos que necessitem de suporte rápido pode fornecer subsídios para direcionar a educação profissional e populacional, melhorar a organização e a integração dos patamares da atenção à saúde, além de ampliar a resolubilidade e o acesso humanizado e integral às usuárias.

Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha, com abrangência de todo território nacional e uma amostra de 2.069 entrevistas de usuários do SUS de ambos sexos, cerca de dois em cada dez brasileiros atribuem nota zero para a saúde no Brasil e para o SUS. A avaliação específica dos serviços do SUS entre usuários dos postos de saúde e SE revelou que mais de 60% criticam o atendimento, sendo considerado péssimo/ruim/regular cerca de 65% dos atendimentos da atenção básica e 69% dos atendimentos de emergência (CFM, 2015).

Considerando a importância da rede de urgência/emergência e a falta de pesquisas sobre consultas ginecológicas nas emergências gineco-obstétricas, este estudo objetivou identificar a população, as queixas e o direcionamento dado a pacientes não gestantes atendidas na emergência da maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis, Santa Catarina.

3 RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA

Devido à importância do adequado manejo de situações emergenciais, e à escassez de estudos sobre as demandas ginecológicas em unidades de emergência gineco-obstétricas, torna-se relevante caracterizar a população, diagnósticos e fatores relacionados a esse tipo de atendimento. O reconhecimento dos problemas ginecológicos na emergência pode apontar possíveis lacunas na atenção primária e intermediária e amparar o direcionamento de políticas para a melhoria dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade.

4 ARTIGO – VERSÃO PORTUGUÊS

O artigo a seguir encontra-se formatado nas normas do Periódico **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**.

Serviço de emergência em ginecologia: caracterização da população, queixas e direcionamentos

Lilium Cristini Gervasi ⁽¹⁾
Daniela de Rossi Figueiredo ⁽²⁾
Marcos Ximenes Ponte Filho ⁽³⁾
Roxana Knobel ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Mestranda em Cuidados Intensivos e Paliativos pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil. (ligervasi@hotmail.com)

⁽²⁾ Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Grande Florianópolis – Santa Catarina – Brasil. (daniela.derossi@gmail.com)

⁽³⁾ Doutor em Odontologia em Odontopediatria. Professor do Curso de Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Grande Florianópolis – Santa Catarina – Brasil. (marcosximenes@outlook.com)

⁽⁴⁾ Doutora em Ciências Médicas. Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil. (rknobel@gmail.com)

Endereço para correspondência:

Lilium Cristini Gervasi

Rua Manoel Severino de Oliveira, 185, ap 106

Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

CEP 88062-120 / Lagoa da Conceição

Email: ligervasi@hotmail.com

RESUMO

Objetivo Caracterizar os atendimentos em um serviço de emergência (SE) ginecológica através do perfil sócio demográfico e queixas das usuárias, particularidades da assistência e do direcionamento pós consulta.

Métodos Estudo retrospectivo, observacional e quantitativo, com dados de 550 prontuários eletrônicos de atendimentos a mulheres não gestantes no SE da Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis/SC), entre janeiro e fevereiro de 2019. Para a análise dos dados utilizou-se o teste do Qui-quadrado adotando-se o nível de significância de 0,05 e respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

Resultados A maioria das mulheres era jovem (20 a 39 anos), branca, residia no município do serviço, possuía união conjugal e escolaridade entre 5 e 12 anos de estudo. O tempo médio de permanência em atendimento foi de 1h56. As principais queixas foram sangramento anormal, dor pélvica e irregularidade menstrual. Os quadros eram majoritariamente agudos e não urgentes (68,73%). Foi recomendado seguimento ambulatorial para 55,64% das usuárias e internação para 7,09%. Mostrou-se estatisticamente significativa a associação entre o encaminhamento de quadros não urgentes e agudos para unidade básica de saúde e de quadros urgentes e crônicos para especialidades ($p < 0,05$).

Conclusão Esses achados evidenciam as características e o predomínio de condições não urgentes no SE ginecológico. A associação significativa do tempo de queixa e da gravidade do quadro com o direcionamento adotado pode demonstrar que afecções não urgentes e mais recentes poderiam ser solucionadas na atenção básica. Conhecer as características da demanda feminina nos SE é essencial para o planejamento em ações de saúde.

Palavras-chave Ginecologia; Emergências; Atenção básica; Saúde da mulher

ABSTRACT

Objective To characterize the attendances in a gynecological emergency service (ES) through the socio-demographic profile and complaints of the users, particularities of assistance and post-consultation guidance.

Methods Retrospective, observational and quantitative study, with data from 550 electronic medical records of care provided to non-pregnant women at the *Maternidade Carmela Dutra* SE (Florianópolis / SC), between January and February 2019. For data analysis, Chi-square was used adopting the significance level of 0.05 and confidence intervals (95% CI).

Results Most of the women were young (20 to 39 years old), white, lived in the municipality of the service, with marital union and had between 5 and 12 years of schooling. The average length of stay in attendance was 1h 56 min. The main complaints were abnormal bleeding, pelvic pain and menstrual irregularity. The main complaints were abnormal bleeding, pelvic pain and menstrual irregularity. Needs were mostly acute and not urgent (68.73%). The referrals were for outpatient care (55.64%) and hospitalization (7.09%). There was a statistically significant difference for the association between non-urgent and acute referrals to the basic health unit and urgent and chronic referrals to specialties ($p < 0.05$).

Conclusion These findings highlight the characteristics and predominance of non-urgent conditions in gynecological SE. The significant association of the time of complaint and the severity of the condition with the adopted approach can demonstrate that non-urgent and more recent conditions could be solved in primary care. Knowing the characteristics of female demand in ES is essential for health action planning.

Keywords Gynecology; Emergencies; Primary health care; Women's health

INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência (SE) estão cada vez mais funcionando como porta de entrada ao sistema de saúde, recebendo todos os tipos de pacientes desde os realmente graves até os casos mais simples, que poderiam ser resolvidos na atenção básica¹.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde (SUS)². Nas premissas do SUS preferencialmente o acolhimento da população deve ser realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, conforme a necessidade, deve-se proceder com encaminhamento para outros serviços de maior complexidade como clínicas especializadas e hospitais³.

O atendimento de urgência e emergência é um importante componente da assistência à saúde. As Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) são estruturas de complexidade intermediária, capazes de solucionar até 97% dos casos urgentes. Em conjunto com as UBS ajudam a diminuir as filas nos SE dos hospitais, que se destinam a casos de maior gravidade⁴.

São as condições agudas, com evolução inferior a 90 dias que, em geral, necessitam de avaliação em unidades de urgência e emergência. As condições crônicas (curso \geq 90 dias), por vezes se manifestam em momentos episódicos, sob a forma de eventos agudos^{5,6}. Essa forma de apresentação, é vista com frequência no cotidiano dos SE hospitalares⁷.

Abertos nas 24 horas do dia, os SE acabam acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desviados da atenção básica e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população⁸.

A utilização dos SE por situações não urgentes é conhecida em diversas áreas da medicina⁹⁻¹². Na ginecologia, apesar da escassez de trabalhos, o cenário não é diferente. Habitualmente o longo tempo de espera para o atendimento ambulatorial com especialista e, a facilidade de obter rapidamente algum tipo de esclarecimento sobre o quadro apresentado acabam levando um grande número de mulheres a enfrentar prolongadas filas nas emergências gineco-obstétricas das maternidades^{13,14}. Nesses locais a espera por atendimento é dividida com gestantes e a grande procura atrapalha o andamento do serviço e a avaliação de situações ginecológicas que requerem manejo rápido como sangramento anormal, infecção pélvica, dor aguda por torção de anexos/massas tumorais, problemas pós-operatórios, violência sexual, entre outros¹².

Há uma maior preocupação em realizar pesquisas sobre os SE, não só no Brasil como em todo o mundo^{9,15}. A superlotação nos serviços de emergência gineco-obstétrica dificulta e

piora a qualidade do atendimento, colocando muitas vezes em risco mulheres, gestantes e fetos¹². A identificação da demanda ginecológica, seja relacionada a doenças crônicas e problemas passíveis de resolução na baixa complexidade ou a acometimentos agudos que necessitem de suporte rápido, pode fornecer subsídios para direcionar a educação profissional e populacional, melhorar a organização e a integração dos patamares da atenção à saúde, além de ampliar a resolubilidade e o acesso humanizado e integral às usuárias.

Considerando a importância da rede de urgência/emergência e a limitada quantidade de pesquisas sobre os atendimentos ginecológicos nas emergências gineco-obstétricas, este estudo objetivou identificar o perfil das usuárias, caracterizar queixas e fatores associados e o direcionamento dado às pacientes não gestantes atendidas no serviço de emergência da Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis, Santa Catarina.

METODOLOGIA

Para confecção deste artigo foram utilizadas as diretrizes para estudos observacionais STROBE¹⁶.

Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e quantitativo, com dados secundários obtidos de prontuários eletrônicos. Foram seguidas a normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a confidencialidade das informações. O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) aprovou o trabalho sob o parecer 3.418.117.

O local do estudo foi a Maternidade Carmela Dutra (MCD), uma unidade de referência, responsável por grande volume da assistência gineco-obstétrica de SC¹⁷. A população constou de pacientes não gestantes, atendidas no serviço de emergência entre 1º de janeiro e 28 fevereiro de 2019.

Considerando o objetivo de detectar a distribuição de potenciais causas para pacientes não gestantes buscarem atendimento no SE gineco-obstétrica e a ausência de publicações anteriores que forneçam estimativas dessa distribuição, o tamanho da amostra foi calculado para que o estudo fosse capaz de detectar causas que ocorram em pelo menos 5% do total de atendimentos, com uma precisão de +/-2,5% (Intervalo de Confiança (IC) 95%, alfa 5%). A fórmula utilizada foi definida por $n = (Z^2 \times P(1 - P))/e^2$, onde “Z” é o valor da distribuição normal padrão correspondente ao nível de confiança desejado (Z=1.96 para IC 95%), “P” é a expectativa de proporção verdadeira e “e” é a precisão desejada (metade do IC desejado)¹⁸. Assumindo tais parâmetros, o estudo necessitaria incluir 292 atendimentos para ser capaz de

detectar frequências de 5%. Tendo em vista que o número mensal de atendimentos à pacientes não gestantes na emergência da MCD se dá em torno de 500 a 700 atendimentos¹⁷ e, potenciais perdas, foi extrapolada a quantidade mínima da amostra e incluídos 680 prontuários. Foram excluídos da pesquisa mulheres no puerpério, os prontuários que não possuíam as informações pesquisadas e aqueles que o atendimento não ocorreu, pois, a paciente optou por não esperar.

Para identificar o perfil sócio demográfico foram avaliadas as variáveis procedência (município de residência), idade (anos completos), raça (autodeclarada), escolaridade (anos completos) e estado conjugal (autodeclarada).

O atendimento foi caracterizado pelas variáveis:

- Tempo de permanência: desde a abertura do registro de atendimento realizado pela paciente na recepção da maternidade até sua finalização, contabilizado em horas e calculado com o programa Excel a média e o desvio padrão;
- Classificação de risco: realizada pela equipe de enfermagem para indicar a prioridade para início do atendimento em SE, através da aferição de sinais vitais e questionamentos dirigidos sobre a queixa, conforme o Protocolo de Manchester¹⁹: Vermelho/Emergência – imediato, Laranja/Muito urgente – 10 minutos, Amarelo/Urgente – 60 minutos, Verde/Pouco urgente – 120 minutos, Azul/Não urgente – 240 minutos;
- Tempo de evolução da queixa: categorizado em menor que 90 dias (quadro agudo ou crônico agudizado) e, maior ou igual a 90 dias (quadro crônico);
- Intervenções - Solicitação de exames e Prescrição de medicamentos: categorizados de acordo com o ambiente de realização em ambulatoriais, na emergência ou ambos (ambulatoriais e emergência);
- Direcionamento: conforme encaminhamento dado após o atendimento para ambulatório de especialidades, UBS ou internação e
- Internação: segundo a origem da enfermidade que motivou a admissão categorizada em ginecologia, mastologia ou oncoginecologia.

Os diagnósticos encontrados foram agrupados pela representatividade ou englobados conforme similaridade. Foi adotada a impressão do examinador como hipótese diagnóstica, ou a queixa principal relatada pela paciente segundo os dados dos prontuários. Os grupos foram formados seguindo os seguintes critérios:

- Alterações clínicas: quadros de origem não ginecológica, por exemplo, infecção do trato urinário, constipação, cefaleia, etc;

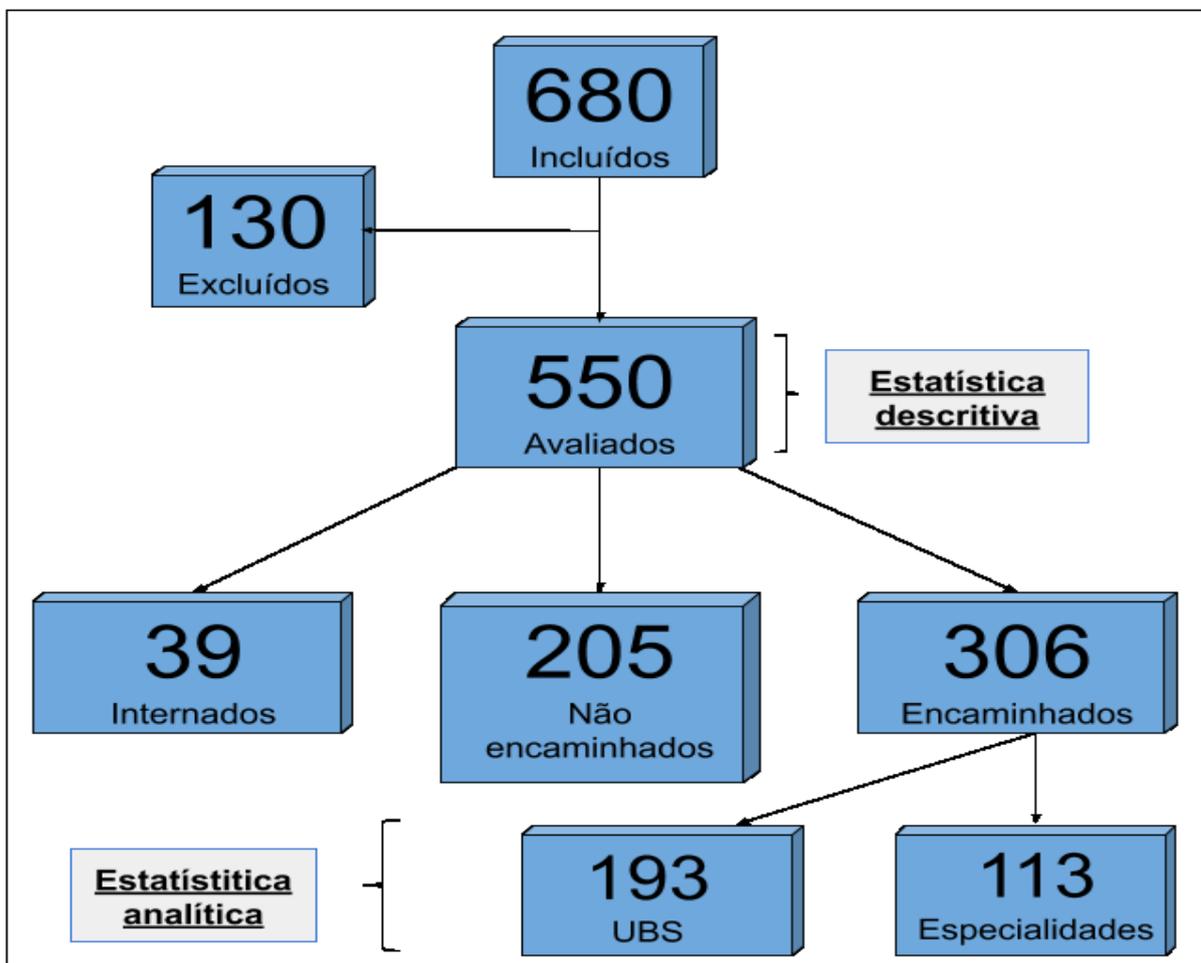
- Alterações da glândula de Bartholin: cistos e infecção da glândula;
- Alterações nas mamas: mastalgia, nodulações, mastites, abscessos, tumores;
- Alterações pós cirúrgicas: relacionadas a procedimentos cirúrgicos ginecológicos, das mamas ou oncoginecológicos;
- Condições associadas a neoplasias: queixas relatadas por mulheres que já possuíam diagnóstico prévio de tumores ginecológicos;
- Dismenorreia: situações de dor relacionada a menstruação, sem outros diagnósticos associados;
- Dor pélvica: atribuída aos quadros em que figurava como queixa principal, entre eles doenças inflamatórias pélvicas, presença de tumorações anexiais, distopias genitais, etc;
- Exames: atendimentos motivados para avaliação de resultados ou coleta de amostras na emergência para fins de seguimento ambulatorial;
- Irregularidade menstrual: queixas relacionadas a alterações do ciclo, sobretudo atraso menstrual sem comprovação de gravidez;
- Lesões genitais: herpes, condilomas, laceração, entre outros;
- Leucorreia: secreções consideradas fisiológicas, relacionadas a vulvovaginites ou cervicites;
- Sangramento uterino anormal: sangramento excessivo associado aos diversos diagnósticos do “*Sistema PALM-COEIN*”,²⁰ e
- Violência sexual: considerada diagnóstico principal mesmo quando outras queixas estavam presentes.

Os dados obtidos foram analisados com estatística descritiva. A fim de avaliar se quadros que competem à atenção básica estavam presentes no SE, o tempo de queixa e a classificação de risco (gravidade da queixa) foram associados considerando o desfecho encaminhamento para ambulatório de especialidades ou UBS. Foram excluídos os casos sem encaminhamento e as internações, que potencialmente já haviam sido “solucionados” no SE. As análises foram realizadas através do Software Stata 13.0 segundo tabela de contingência e associação pelo teste do Qui-quadrado adotando-se o nível de significância de 0,05 e respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

RESULTADOS

Os dados dos atendimentos realizados à pacientes não gestantes na emergência da Maternidade Carmela Dutra, coletados a partir dos prontuários eletrônicos, foram organizados conforme o fluxograma da Figura 1. Entre os 680 prontuários selecionados, 19 apresentavam informações insuficientes, 55 eram puérperas e 36 realizaram abertura do cadastro, mas optaram por desistir do atendimento, totalizando 130 exclusões, e avaliação de 550 atendimentos.

Figura 1. Fluxograma da organização do estudo conforme atendimentos à pacientes não gestantes no serviço de emergência da MCD, 2019.



A partir de informações do cadastro foi traçado o perfil sócio demográfico das pacientes (Tabela 1). Em relação a procedência, foram identificados 21 municípios diferentes, sendo a maioria da população residente de Florianópolis, na faixa etária de adulto jovem, branca, que possuía entre 5 e 12 anos de estudo e encontrava-se em união estável.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das pacientes não gestantes atendidas na Emergência da Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, Brasil (n=550).

Variável	n	(%)	IC 95%
Procedência			
Florianópolis	287	52,18	(47,9;56,3)
São José	106	19,27	(16,1;22,7)
Palhoça	64	11,64	(9,2;14,6)
Biguaçu	35	6,36	(4,5;8,7)
Outros	58	10,55	(8,2;13,4)
Idade (anos)			
14-19	57	10,36	(8,0;13,2)
20-39	343	62,36	(58,2;66,3)
40-59	127	23,09	(19,7;26,8)
60-85	23	4,18	(2,7;6,2)
Raça			
Branca	454	82,55	(79,1;85,5)
Parda	35	6,36	(4,5;8,7)
Negra	59	10,73	(8,3;13,6)
Asiática	2	0,36	(0,0;1,4)
Escolaridade (anos)			
<4	2	0,36	(0,0;1,4)
5-8	232	42,18	(38,1;46,3)
9-12	254	46,18	(42,0;50,3)
>12	62	11,27	(8,8;14,2)
Estado conjugal			
Solteira	157	28,55	(24,9;32,4)
Casada	143	26,00	(22,4;29,8)
União estável	218	39,64	(35,6;43,8)
Divorciada	24	4,36	(2,9;6,4)
Viúva	8	1,45	(0,7;2,8)

O tempo médio de permanência em atendimento desde a abertura do registro até a finalização foi de 1 hora e 56 minutos, tendo como desvio padrão 1 hora e 34 minutos, variando, portanto, de 19 minutos a 3 horas e 33 minutos (dados não tabelados).

Predominantemente foi evidenciado a classificação de risco azul (68,73%), denotando o caráter não urgente da maioria das condições. Entre os 550 avaliados, apenas 1 recebeu a classificação de risco indicando necessidade de muita urgência no atendimento (laranja – 0,18%) e 20 de urgência (amarelo – 3,64%). Não houve nenhuma classificação na cor vermelho, onde o atendimento deveria ser imediato. Os quadros em geral foram classificados como agudos (menos de 90 dias de evolução da queixa), cerca de metade da amostra necessitou de exames e mais de 2/3 recebeu algum tipo de prescrição de

medicamentos. As internações representaram pouco mais de 7% dos atendimentos e entre os casos que foram encaminhados, a maior parte teve como destino a Unidade Básica de Saúde com 35,09% contra 20,55% para as especialidades (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição das características relacionadas ao atendimento das pacientes não gestantes na Emergência da Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, Brasil (n=550)

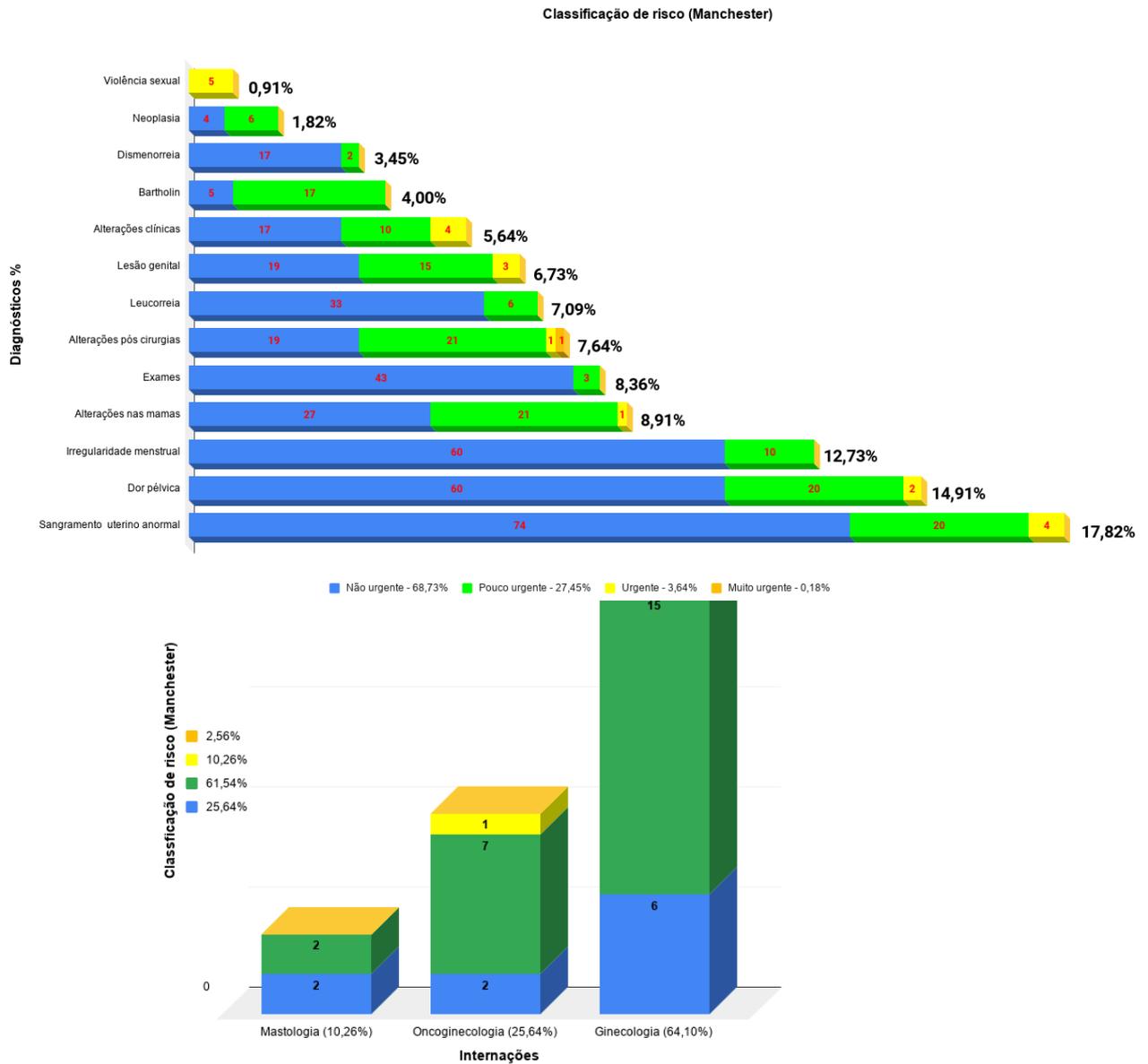
Variável	n	(%)	IC 95%
Classificação de risco*			
Laranja	1	0,18	(0,0;1,2)
Amarelo	20	3,64	(2,3;5,5)
Verde	151	27,45	(23,8;31,3)
Azul	378	68,73	(64,7;72,4)
Tempo de queixas (dias)			
≥ 90	106	19,27	(16,8;22,7)
< 90	444	80,73	(77,2;83,8)
Solicitação de exames			
Não	248	45,09	(40,1;49,9)
Ambulatoriais	175	31,82	(28,0;35,8)
Na emergência	82	14,91	(12,1;18,1)
Ambos	45	8,18	(6,1;10,7)
Prescrição de medicamentos			
Não	169	30,73	(25,8;35,6)
Ambulatoriais	210	38,18	(34,1;42,3)
Na emergência	73	13,27	(10,6;16,3)
Ambos	98	17,82	(14,8;21,2)
Direcionamento			
Não encaminhado	205	37,27	(33,3;41,4)
Encaminhado à especialidade	113	20,55	(17,3;24,1)
Encaminhado à UBS	193	35,09	(31,2;39,1)
Internação	39	7,09	(5,2;9,5)
Internação			
Não	511	92,91	(90,4;94,7)
Ginecologia	25	4,55	(3,0;6,6)
Mastologia	4	0,73	(0,2;1,9)
Oncoginecologia	10	1,82	(0,9;3,3)

*Segundo protocolo de Manchester¹⁹

Em relação às queixas apresentadas, grande parte dos diagnósticos esteve relacionada a condições inerentes à distúrbios menstruais (sangramento uterino anormal, irregularidade e dismenorreia). Dor pélvica e alterações nas mamas tiveram representatividade, assim como, as consultas realizadas especificamente para avaliação ou realização de exames. O Gráfico 1

expõe a prevalência dos diagnósticos e o Gráfico 2 apresenta as internações relacionadas as áreas das enfermidades com suas respectivas classificações de risco.

Gráfico 1. Diagnósticos e classificação de risco atribuída aos atendimentos (n=550)



Associação entre os casos encaminhados e a classificação de risco revelou que as condições com classificação verde e azul (menos urgentes) apresentam maior direcionamento à Unidade Básica de Saúde, enquanto as com classificação em amarelo (urgentes) foram mais encaminhadas às especialidades. Em relação ao tempo de queixa, os quadros representados como crônicos demonstraram-se associados ao encaminhamento às especialidades, enquanto

mais de 80% dos quadros agudos tiveram encaminhamento para a UBS (Tabela 3). Ambas análises tiveram significância estatística ($p < 0,05$).

Tabela 3. Distribuição das pacientes segundo encaminhamento à UBS ou Especialidades conforme classificação de risco e tempo de queixa (n=306)

	Encaminhamento						p
	Especialidade		UBS		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Classificação de risco*							0,005
Laranja	-	-	-	-	-	-	
Amarelo	9	7,96	3	1,55	12	3,92	
Verde	28	24,78	35	18,13	63	20,59	
Azul	76	67,26	155	80,31	231	75,49	
Total	113	100	193	100	306	100	
Tempo de queixa							0,000
< 90 dias	76	67,26	170	88,08	246	80,39	
≥ 90 dias	37	32,74	23	11,92	60	19,61	
Total	113	100	193	100	306	100	

*Segundo protocolo de Manchester¹⁹

DISCUSSÃO

No presente estudo foram analisados 550 atendimentos à pacientes não gestantes no Serviço de Emergência (SE) gineco-obstétrica, sendo a maioria das situações agudas, não urgentes e encaminhadas para seguimento ambulatorial.

Em relação à faixa etária pode-se perceber que a idade de 20 a 39 anos foi mais frequente. Isso demonstra a busca pelo serviço ser predominantemente feita pela população jovem, assim como observado em outros estudos^{12,13,21}. Uma revisão sistemática relacionada a atendimentos em SE geral encontrou que adultos jovens são mais propensos a ter atendimentos por condições consideradas não urgentes em comparação com adultos mais velhos¹⁵. Tal constatação é confirmada pelo perfil encontrado: pacientes mais jovens e atendimentos menos urgentes.

A maioria das pacientes pesquisadas era casada ou vivia em união estável. Dados coincidentes foram encontrados em um estudo realizado na França, onde os autores sugerem que a facilidade de horários no SE atrai pacientes com compromissos familiares¹³. Por outro lado, o fato de haver restrição no horário de funcionamento dos serviços ambulatoriais não influencia a procura pelos SE, já que os picos de demanda por atendimento na emergência

ocorrem quando as unidades básicas e intermediárias estão abertas^{7,9}.

O fator geográfico também tem sido relatado como importante causa na busca de atendimento nos SE clínicos^{7,22,23} e SE gineco-obstétricos^{13,14}. Pouco mais da metade das mulheres deste estudo residiam no município do serviço (Florianópolis), e um total 21 municípios foram catalogados como local de procedência. Esses achados diferem de outros estudos onde os atendimentos à municipais são a grande maioria. Os autores atribuem isso à comodidade e imediatismo da população atendida^{13,23}. Neste levantamento a diferença pode estar relacionada à localização estratégica do serviço, à uma possível proximidade em relação ao trabalho das usuárias e, por tratar-se de uma unidade de referência para alta complexidade, o que pode denotar a escassez de serviços especializados na área de ginecologia em outras regiões.

O grau de escolaridade pode ser considerado um marcador de status socioeconômico e está associado a chances reduzidas de desenvolver algumas alterações ginecológicas e, a melhores cuidados de saúde, como o acompanhamento regular com ginecologista¹⁴. Apenas 11,27% das mulheres avaliadas apresentavam escolaridade acima de 12 anos de estudo (ou graduação completa). Esse achado é semelhante ao descrito por Lega et al numa investigação que revela a usual escolha dos SE ao invés da atenção básica²⁴.

Variadas hipóteses diagnósticas podem ser encontradas em uma emergência ginecológica, e eles podem diferir muito entre si sobre a gravidade e a necessidade de avaliação no ambiente de pronto-atendimento^{12,14}. Para Curtis et al²⁵, quase metade das consultas em emergências com atendimento ginecológico se devem a infecções de trato genital, enquanto que neste e em outros estudos os motivos mais comuns de consulta foram sangramento e dor pélvica^{13,26}. Os distúrbios menstruais (dismenorreia, irregularidade e sangramento anormal), majoritariamente classificados como pouco/não urgentes, tiveram grande representatividade nas queixas relatadas no SE pesquisado. Isso é distinto da análise dos atendimentos em um ambulatório de ginecologia realizada no Brasil²⁷. A disparidade entre o encontrado no SE e no serviço ambulatorial pode indicar que as mulheres estão procurando mais a emergência nessas condições, ou que existe uma falha na identificação e no manejo dessas queixas na atenção básica.

A finalidade da classificação de risco é organizar o serviço de saúde afim de definir prioridades de atendimento pela gravidade, por riscos de agravamento do quadro clínico dos pacientes e por maior sofrimento ou vulnerabilidade dos mesmos⁸. Somente o grupo das mulheres que sofreram violência sexual recebeu em sua totalidade a classificação urgente. Em todos os demais diagnósticos predominaram as classificações de pouca ou nenhuma urgência.

Segundo Aksoy et al¹² cerca 30% das mulheres consultam o SE por razões não urgentes. Justamente o inverso desse estudo, que as situações não urgentes atingiram quase 70%. A explicação para isso pode ser relacionada ao fato de tal avaliação incluir gestantes e, muitas condições da gestação mesmo que fisiológicas, como trabalho de parto e ruptura de membranas, indicam maior prioridade no atendimento¹¹.

Conforme Silva et al, existe uma preferência pelos SE devido as potencialidades diagnósticas e terapêuticas⁷. Diferente dos SE clínica, onde a média pode chegar a 7 horas²², foi encontrado que o tempo de permanência em atendimento no SE ginecológica teve média próxima a 2 horas, mesmo as afecções sendo na maioria das vezes de baixa prioridade. Essa agilidade e garantia de atendimento de alguma forma pode direcionar a preferência das usuárias, o que também acontece em outras áreas^{10,11}.

Em relação a utilização de recursos, Honigman e cols relatam que mesmo as condições não urgentes recebem na maioria dos casos alguma intervenção no SE. As diferenças na prática clínica entre profissionais da atenção básica e profissionais do SE podem influenciar o grande número de intervenções⁹. O atual levantamento revela que quase todas as pacientes receberam solicitação de exames e/ou prescrição de medicamentos. A maioria dessas intervenções foi indicada para ser realizada a nível ambulatorial, o que demonstra a adoção de condutas não tipicamente inerentes ao SE. Essa consideração reforça o encontrado no estudo de Fisher et al, onde 61% das mulheres relataram acreditar ter recebido melhor recomendação de exames no SE¹⁴. O fato de receber intervenções pode gerar satisfação e uma falsa sensação de segurança nas pacientes. No entanto, essas condutas representam aumento nos custos do sistema de saúde sem necessariamente significar melhores cuidados, pois, sabe-se que os resultados positivos estão mais relacionados ao acompanhamento médico regular²⁸.

A oferta de recursos terapêuticos e diagnósticos em menor tempo que nos serviços ambulatoriais pode agilizar o gerenciamento médico de pacientes, porém, não é a real finalidade dos SE¹⁵. Ficou evidente na pesquisa que a maior proporção de classificações não urgentes se deu aos atendimentos motivados para avaliação ou solicitação de exames. O uso da emergência nesses casos indica mais um fator para a superlotação do setor. Além disso, com esse cenário, os casos graves, que realmente necessitam da assistência na emergência, são prejudicados pela demora no atendimento^{23,24}.

Os atendimentos foram encaminhados para assistência ambulatorial na maioria das vezes, o que revela a necessidade de seguimento dos casos. A disponibilidade encontrada nos SE nem sempre é obtida na atenção básica e especializada, que restringem as consultas de demanda espontânea e organizam seus atendimentos com agendamento, exigindo uma

programação por parte das usuárias²². Um estudo demonstrou que a facilidade de obter cuidados não programados foi o motivo da escolha do SE para quase metade das pacientes⁹.

Quando comparado as classificações de risco e o tempo de queixa, foi significante estatisticamente o maior direcionamento das condições urgentes e crônicas às especialidades. Esse fenômeno pode demonstrar que afecções mais graves e prolongadas deveriam passar por uma avaliação especializada, enquanto as de menor gravidade e recentes poderiam ser solucionadas na atenção básica. Embora exista dificuldade no agendamento de consultas médicas a nível ambulatorial, um estudo mostra que mesmo podendo consultar um médico ou um ginecologista em 48 horas, muitas mulheres ainda optariam pelo atendimento no SE¹⁴. Nesse mesmo sentido, Tsai et al relatam que mais da metade dos pacientes que se apresentam nos SE não vem devido a emergências reais, e geralmente são portadores de patologias crônicas²³.

Entre os casos que necessitaram de internação (7,09%) a proporção de classificações com algum grau de urgência (verde, amarelo, laranja) foi maior. Alguns autores relatam que quando são encaminhados para o SE de referência os pacientes apresentam quadros com maior chance de hospitalização²⁸. Isso é exatamente o recomendado pela Rede de Atenção às Urgências e Emergências: UBS e UPAs na retaguarda para que a demanda espontânea nas emergências hospitalares seja menor, a fim de priorizar quadros reais de urgências/emergências⁴.

O uso dos SE por casos não urgentes como os encontrados, sugere uma desorganização do serviço de saúde: a atenção básica não consegue fornecer às usuárias a assistência que necessitam, as pacientes chegam às unidades de maior complexidade sem uma avaliação prévia, e os quadros que requerem acompanhamento a longo prazo continuam sem resolução¹. A avaliação dos serviços do SUS entre usuários de UBS e SE revelou que cerca de 65% dos atendimentos da atenção básica e 69% dos atendimentos de emergência são considerados péssimo/ruim/regular²⁹. Isto levanta a questão de outro fator relevante: os pacientes estando insatisfeitos não utilizam os serviços de saúde adequadamente. Seja por dificuldades de acesso, por comodidade ou por ignorar como o sistema funciona. Destaca-se a importância de estabelecer um programa de educação em saúde para a população em larga escala, uma vez que pacientes e médicos parecem discordar em relação à necessidade do atendimento nos SE^{9,14}.

Como limitações do estudo é importante ressaltar que os atendimentos avaliados se referiram a um curto tempo de observação e as condições categorizadas como agudas abrangeram tanto queixas novas quanto queixas crônicas agudizadas, o que pode subestimar

substancialmente a quantidade de quadros crônicos no SE. Os meses em que os dados foram coletados (verão) podem impor predominância de certas condições associadas a sazonalidade. Devido à possíveis omissões de registro em prontuário, não foram contabilizados casos encaminhados. A comparação dos dados foi dificultada pois todos os estudos em SE gineco-obstétricas enquadravam pacientes gestantes. Além disso, por tratarem-se de dados secundários algumas informações podem ter sido omitidas, dificultando a extrapolação de certos achados. Por outro lado, pelo estudo incluir um número significativo de pacientes e corresponder à demanda usual do serviço, espera-se que os resultados possam ser generalizados. A localidade pesquisada não conta com SE ginecológica no nível de atenção secundária, ou seja, não existem UPAs que disponibilizem atendimento ginecológico às usuárias, o que pode caracterizar outro fator para a excessiva demanda no serviço.

A sociedade tem uma cultura imediatista, onde os “consumidores” esperam acesso e tratamento fáceis e rápidos. Há uma hipermedicalização da saúde, onde pacientes se sentem melhor tratados se recebem prescrições ou solicitações de exames e médicos também tendem à hipermedicalização e hiperdiagnóstico. Concomitantemente, há lentidão do atendimento na atenção primária e uma organização precária do sistema de saúde³⁰. Essa realidade demonstrando que casos não emergenciais muito frequentemente comparecem ao serviço de emergência para um manejo que poderia e deveria estar ocorrendo ambulatorialmente está cada vez mais evidente³¹. Planejar o investimento de recursos adequando o ensino à prática, voltando o enfoque para doenças mais frequentes, bem como a formação de profissionais que estejam cientes do perfil da demanda que irão vivenciar, poderá contribuir muito com a melhoria dos serviços de saúde, sobretudo de emergência.

CONCLUSÃO

O SE gineco-obstétrica estudado atendeu em sua maioria mulheres não gestantes jovens de 20 a 39 anos, brancas, vivendo em união conjugal, com escolaridade entre 5 e 12 anos de estudo. Pouco mais da metade residia no mesmo município do serviço e 21 cidades diferentes foram listadas como local de procedência. O tempo médio de permanência em atendimento foi próximo a 2 horas. As principais queixas foram sangramento anormal, dor pélvica e irregularidade menstrual. Os quadros eram predominantemente agudos e as condições não urgentes representaram 2/3 dos atendimentos. As internações ocorreram em 7,09% dos casos. Em relação ao direcionamento para serviços ambulatoriais, a UBS foi o principal local de encaminhamento. A associação entre os quadros urgentes e crônicos com o

encaminhamento para especialidades e quadros não urgentes e agudos com encaminhamento para UBS demonstrou-se significativa estatisticamente.

Este é um estudo inédito que avalia as queixas ginecológicas apenas em mulheres não gestantes. A falta de estudos semelhantes dificulta a comparação dos dados obtidos, mas conhecer a demanda dessa população e suas características é essencial para o planejamento em ações de saúde.

FINANCIAMENTO

O trabalho foi financiado com recursos próprios dos autores.

AGRADECIMENTOS

Aos funcionários da Maternidade Carmela Dutra do Serviço de Informática e do Serviço de Emergência e aos docentes da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e do Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos da Universidade Federal de Santa Catarina.

REFERÊNCIAS]

1. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação em emergência hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009; 25(7):1439-1454.
2. Ministério da Saúde (BR). O Ministério, Histórico. Portal da Saúde, *online*. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>.
3. Brasil. Lei orgânica da Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Portal da Saúde, *online*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
4. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção às urgências, 2003. Portal da Saúde, *online*. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf.
5. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med*. 1997 Dec 15; 127(12): 1097–1102.
6. Singh D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen: World Health Organization-WHO. 2008.
7. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arq Catarin Med*. 2007;36(4):18-25.

8. Oliveira DA, Guimarães JP. A importância do acolhimento com classificação de risco. *Cad Saúde e Desenvolvimento*. 2013;2:25-44.
9. Honigman LS, Wiler JL, Rooks S, Ginde, AA. National study of non-urgent emergency department visits and associated resource utilization. *Western J Emerg Med*. 2013;6(11):609-616.
10. Dut R. Non-emergent pediatric emergency admissions. *Eurasian J Emerg Med* 2017; 16: 23-8.
11. Kilfoyle KA, Vrees R, Raker CA, Matteson KA. Nonurgent and urgent emergency department use during pregnancy: an observational study. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216:181.e1-7.
12. Aksoy H, Aksoy U, Ozturk M, Ozyurt S, Acmaz G, Karadag OI, Yucel B, Aydin T. Utilization of emergency service of obstetrics and gynecology: a cross-sectional analysis of a training hospital. *J Clin Med Res*. 2015;7(2):109-114.
13. Calvo J, Louges MA, Sanchez S, Lipere A, Duminil L, Graesslin O. Gynecological emergencies: A prospective study about patients purpose of consultation and outcome. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*. 2016 Nov;45(9):1060-1066.
14. Fisher R, Peltzer-Jones J, Anker L, Liroff M, Caldwell M, Zimny E, Klausner H. Understanding Non-urgent Emergency Department Visits for Gynecological Complaints. *Annals of Emergency Medicine*. 2016;68(4):S118-S119.
15. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency Department Visits for Nonurgent Conditions: Systematic Literature Review. *Am J Manag Care*. 2013;19(1):47-59.
16. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):559-65.
17. Secretaria do Estado da Saúde (SC). Maternidade Carmela Dutra. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10340-maternidade-carmela-dutra-2>).
18. Fontelles MJ, Simões MG, Almeida JC, Fontelles RGS. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. *Revista Paraense de Medicina* 2010;24(2):57-64.
19. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Sistema Manchester de Classificação de Risco. *Classificação de Risco na Urgência e Emergência*. 1º ed. Brasil, 2010.

20. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS; FIGO Menstrual disorders working group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril*. 2011; 95(7):2204-8.
21. Meislin R, Lee S, Datkhaeva I, Tsai M. The effect of health access inequity on emergency department visits of women with gynecologic complaints. *Obstetrics & Gynecology*. 2016;127:143S.
22. Acosta AM, Lima MADS. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(2):337-44.
23. Tsai JC, Liang YW, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and emergency department convenience. *J Formos Med Assoc* 2010;109:533-42.
24. Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*. 2008; 88:326–338
25. Curtis KM, Hillis SD, Kieke Jr BA, Brett KM, Marchbanks PA, Peterson HB. Visits to emergency departments for gynecologic disorders in the United States, 1992-1994. *Obstet Gynecol*. 1998;91:1007-12.
26. Alouini S, Mesnard L, Coly S, Dolique M, Lemaire B. Urgences gynécologiques: nature et degré de gravité. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2012;41:48-54.
27. Cintra KA, França LFA, Scalia M, Ferreira GMC. Análise das principais queixas ginecológicas no ambulatório escola da Universidade de Franca e correlação com dados epidemiológicos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;11(9), p. e368.
28. Lang T, Davido A, Diakitè B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *J Epidemiol Community Health*. 1996;50:456-62.
29. Datafolha, Instituto de Pesquisas. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área da saúde, 2015. Portal do Conselho Federal de Medicina, *online*. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/pesquisadatafolhacfm2015.pdf>.
30. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(9):2012-20.
31. Lima ACMG, Nichiata LYI, Bonfim D. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03414.

5 ARTIGO – VERSÃO EM INGLÊS

The following article is formatted in the norms of the Journal RBGO Gynecology and Obstetrics.

Emergency service in gynecology: population characterization, complaints and referrals

Liliam Cristini Gervasi ⁽¹⁾
 Daniela de Rossi Figueiredo ⁽²⁾
 Marcos Ximenes Ponte Filho ⁽³⁾
 Roxana Knobel ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Master candidate at Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil. (ligervasi@hotmail.com)

⁽²⁾ PhD in Dentistry. Professor at Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Grande Florianópolis – Santa Catarina – Brasil. (daniela.derossi@gmail.com)

⁽³⁾ PhD in Dentistry. Professor at Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Grande Florianópolis – Santa Catarina – Brasil. (marcosximenes@outlook.com)

⁽⁴⁾ PhD in Medical Science. Professor at Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil. (rknobel@gmail.com)

Address:

Liliam Cristini Gervasi
 Rua Manoel Severino de Oliveira, 185, ap 106
 Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
 ZIP: 88062-120 / Lagoa da Conceição
 Email: ligervasi@hotmail.com

ABSTRACT

Objective To characterize the attendances in a gynecological emergency service (ES) through the socio-demographic profile and complaints of the users, particularities of assistance and post-consultation guidance.

Methods Retrospective, observational and quantitative study, with data from 550 electronic medical records of care provided to non-pregnant women at the *Maternidade Carmela Dutra* SE (Florianópolis / SC), between January and February 2019. For data analysis, Chi-square was used adopting the significance level of 0.05 and confidence intervals (95% CI).

Results Most of the women were young (20 to 39 years old), white, lived in the municipality of the service, with marital union and had between 5 and 12 years of schooling. The average length of stay in attendance was 1h 56 min. The main complaints were abnormal bleeding, pelvic pain and menstrual irregularity. The main complaints were abnormal bleeding, pelvic pain and menstrual irregularity. Needs were mostly acute and not urgent (68.73%). The referrals were for outpatient care (55.64%) and hospitalization (7.09%). There was a

statistically significant difference for the association between non-urgent and acute referrals to the basic health unit and urgent and chronic referrals to specialties ($p < 0.05$).

Conclusion These findings highlight the characteristics and predominance of non-urgent conditions in gynecological SE. The significant association of the time of complaint and the severity of the condition with the adopted approach can demonstrate that non-urgent and more recent conditions could be solved in primary care. Knowing the characteristics of female demand in ES is essential for health action planning.

Keywords Gynecology; Emergencies; Primary health care; Women's health

INTRODUCTION

Emergency services (ES) are increasingly functioning as a gateway to the health system, receiving all types of patients from the really serious to the simplest cases, which could be resolved in primary care¹.

In Brazil, the Federal Constitution of 1988 determined that it is the State's duty to guarantee health to the entire population and, for this purpose *Sistema Único de Saúde* (SUS) was created². In the premises of the SUS, the population should preferably be hosted in *Unidades Básicas de Saúde* (UBS) and, as needed, should be referred to other services of greater complexity such as specialized clinics and hospitals³.

Emergency care is an important component of health care. In Brazil, *Unidades de Pronto Atendimento* (UPAs) are structures of intermediate complexity, capable of solving up to 97% of urgent cases. Together with the UBS, they help to reduce the queues in the hospitals' ES, which are intended for more severe cases⁴.

It is the acute conditions, with an evolution of less than 90 days that, in general, require evaluation in emergency units. Chronic conditions (course ≥ 90 days) sometimes manifest at episodic moments in the form of acute events^{5,6}. This condition is frequently seen hospital's ES⁷.

Open 24/7, the ES end up receiving urgent patients themselves, patients with conditions perceived as urgent, patients deviated from basic and specialized care and social emergencies. Such demands are mixed in the units overcrowding them and compromising the quality of care provided to the population⁸.

The use of ES for non-urgent situations is known in several areas of medicine⁹⁻¹². In gynecology, despite the scarcity of work, the scenario is no different. Usually the long waiting time for specialist outpatient care and the ease of quickly obtaining some kind of clarification on the presented picture end up leading a large number of women to face long lines in gynecological obstetric emergencies^{13,14}. In these places the waiting for care is divided with

pregnant women and the high demand hinders the progress of the service and the assessment of gynecological situations that require rapid management such as abnormal bleeding, pelvic infection, acute pain by torsion of the attachments / tumor masses, postoperative problems. , sexual violence, among others¹².

There is a greater concern in conducting research on ES, not only in Brazil but worldwide^{9,15}. Overcrowding in gynecological and obstetric emergency services hinders and worsens the quality of care, often putting women, pregnant women and fetuses at risk¹². The identification of gynecological demand, whether related to chronic diseases and problems that can be solved in low complexity or to acute illnesses that need rapid support, can provide subsidies to direct professional and population education, improve the organization and integration of care levels. And more, increasing the resolubility and the humanized and integral access to the users.

Considering the importance of the emergency service and the few publications on gynecological care in gynecological-obstetric emergencies, this study aimed to identify the profile of users, including the main complaints and the direction given to non-pregnant patients treated at the *Maternidade Carmela Dutra* Emergency Service, in Florianópolis, Santa Catarina.

METHODOLOGY

For the preparation of this article, the guidelines for STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) were used¹⁶.

This is a retrospective, observational and quantitative study, with secondary data obtained from electronic medical records. The rules of Resolution 466/12 of the National Health Council were followed, ensuring the confidentiality of the information. The Research Ethics Committee of the *Secretária de Saúde de Santa Catarina* (SES / SC) approved the research (#3.418.117).

Maternidade Carmela Dutra, a reference unit for ES for gynecological-obstetric emergencies¹⁷, was choose as host for the research. The population consisted of nonpregnant patients, treated at the ES between January 1st and February 28th 2019.

Considering the objective of detecting the distribution of potential causes for non-pregnant patients seeking gynecological obstetric care and the absence of previous publications providing estimates of this distribution, the sample size was calculated so that the study was able to detect at least 5% of total calls, with an accuracy of +/- 2.5% (Confidence

Interval (CI) 95%, alpha 5%). The formula used was defined by $n = (Z^2 \times P(1 - P)) / e^2$, where “Z” is the value of the standard normal distribution corresponding to the desired confidence level ($Z = 1.96$ for 95% CI), “P” is the expectation of true proportion and “e” is the desired accuracy (half of the desired CI)¹⁸. Assuming such parameters, the study would need to include 292 calls to be able to detect 5% frequencies. Considering that the monthly number of visits to non-pregnant patients in the emergency of MCD occurs around 500 to 700 visits¹⁷ and potential losses, the minimum amount of the sample was extrapolated and included 680 medical records. Women in the postpartum period were excluded from the study, medical records that did not have the researched information and those that did not attend, because the patient chose not to wait.

To identify the sociodemographic profile, the variables origin (municipality of residence), age (complete years), race (self-declared), education (complete years) and marital status (self-declared) were evaluated.

The attendance was characterized by the variables:

- Length of stay: from the opening of the patient care record at the maternity reception until its completion, counted in hours and calculated with the Excel program the mean and standard deviation;
- Risk classification: carried out by the nursing staff to indicate the priority for starting care in ES, by assessing vital signs and directed complaints about the complaint, according to the Manchester Protocol¹⁹: Red / Emergency - Immediate, Orange / Very urgent - 10 minutes, Yellow / Urgent - 60 minutes, Green / Not urgent - 120 minutes, Blue / Non-urgent - 240 minutes);
- Complaint evolution time: categorized into less than 90 days (acute or chronic acute) and greater than or equal to 90 days (chronic);
- Interventions - Request for exams and Prescription drugs: categorized according to the environment of outpatient, emergency or both (outpatient and emergency);
- Direction: according to the referral given after the service to the specialty, UBS or hospitalization
- Hospitalization: according to the origin of the disease that motivated the admission categorized in gynecology, mastology or onco gynecology.

The diagnoses found were grouped by representativeness or encompassed according to similarity. The examiner's impression was adopted as a diagnostic hypothesis, or the main complaint reported by the patient according to the medical records data. The groups were formed according to the following criteria:

- Clinical changes: non-gynecological conditions, eg urinary tract infection, constipation, headache, etc.;
- Bartholin's gland changes: cysts and gland infection;
- Breast changes: breast tenderness, nodulation, mastitis and abscesses;
- Post-surgical changes: related to gynecological, breast or oncogynecological surgical procedures;
- Conditions associated with neoplasms: complaints reported by women who already had a previous diagnosis of gynecological tumors;
- Dysmenorrhea: menstruation-related pain situations, without other associated diagnoses;
- Pelvic pain: attributed to the cases in which it was the main complaint, including pelvic inflammatory diseases, presence of adnexal tumors, genital dystopias, among others;
- Exams: motivated consultations for results evaluation or emergency sampling for outpatient follow-up purposes;
- Menstrual irregularity: complaints related to cycle changes, especially menstrual delay without proof of pregnancy;
- Genital lesions: herpes, condyloma, laceration, among others;
- Leukorrhea: secretions considered
- Abnormal bleeding: associated with the various diagnoses of the “PALM-COEIN System”²⁰;
- Sexual violence: considered a major diagnosis even when other complaints were present.

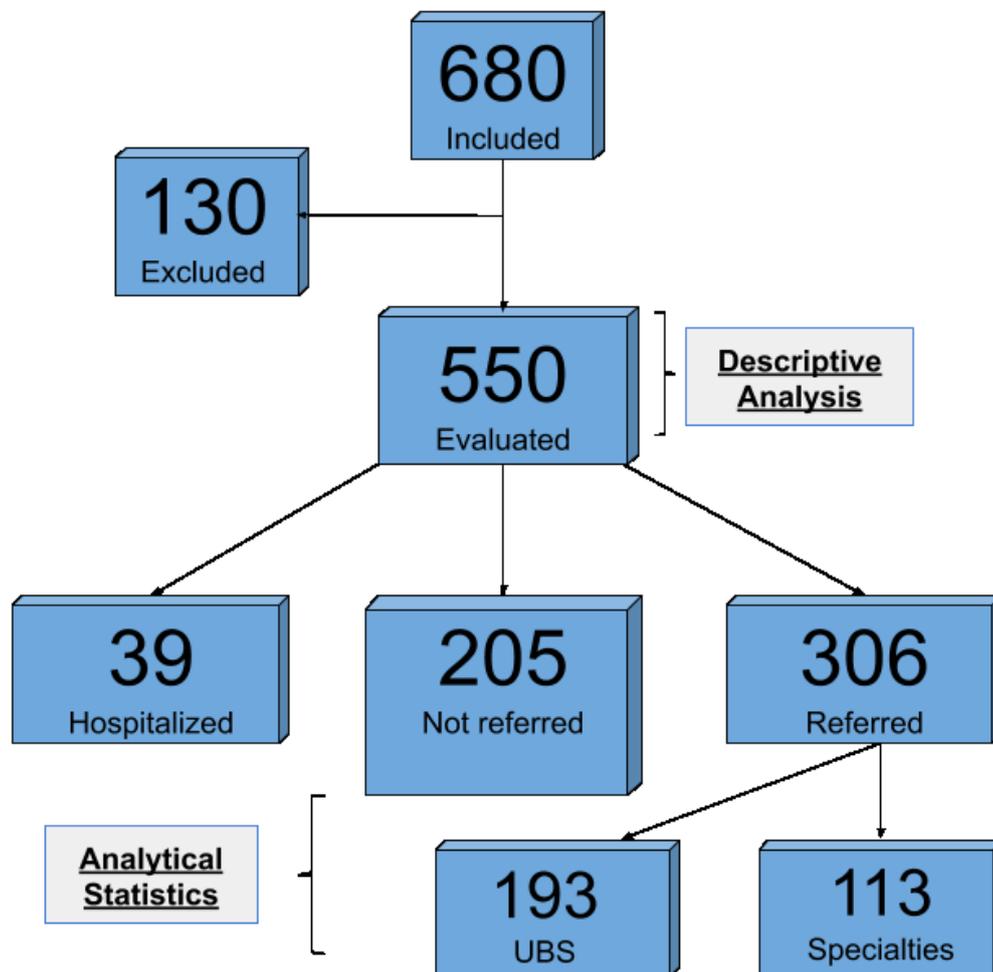
The data obtained were analyzed with descriptive statistics. In order to assess whether conditions competing for primary care were present in the ES, the time of complaint and the risk classification (severity of complaint) were associated considering the outcome referral to specialties or UBS. Cases without referral and hospitalizations that had potentially been “resolved” in the ES were excluded. The analyzes were performed using the Stata 13.0 Software according to the contingency table and association by the Chi-square test, adopting a significance level of 0.05 and respective confidence intervals (95% CI).

RESULTS

The data of the care provided to non-pregnant patients in the emergency of *Maternidade Carmela Dutra*, collected from the electronic medical records, were organized

according to the flowchart of Figure 1. In the period surveyed, 3951 consultations were carried out between pregnant and non-pregnant women in the emergency room. Non-pregnant women represented 27.36% of the emergency users (1081/3951). Among the 680 selected medical records, 74 had insufficient information and 36 opened the register, but opted to give up the service, totaling 130 exclusions, and evaluation of 550 services.

Figure 1. Study organization flowchart according to care provided to non-pregnant patients at the MCD emergency service, 2019



From information on the register, the sociodemographic profile of the patients was traced (Table 1). In terms of origin, 21 different cities were identified, most of the resident population of Florianópolis. Patients were in the age group of young, white adults, with 5 to 12 years of study and were in stable union.

Table 1. Sociodemographic profile of nonpregnant patients attending the Maternity Emergency Carmela Dutra, Florianópolis, Brazil (n = 550)

Variable	n	(%)	IC 95%
Residence			
Florianópolis	287	52.18	(47.9;56.3)
São José	106	19.27	(16.1;22.7)
Palhoça	64	11.64	(9.2;14.6)
Biguaçu	35	6.36	(4.5;8.7)
Outros	58	10.55	(8.2;13.4)
Age (years)			
14-19	57	10.36	(8.0;13.2)
20-39	343	62.36	(58.2;66.3)
40-59	127	23.09	(19.7;26.8)
60-85	23	4.18	(2.7;6.2)
Race			
White	454	82.55	(79.1;85.5)
Pardo	35	6.36	(4.5;8.7)
Black	59	10.73	(8.3;13.6)
Asian	2	0.36	(0.0;1.4)
Schooling (anos)			
<4	2	0.36	(0.0;1.4)
5-8	232	42.18	(38.1;46.3)
9-12	254	46.18	(42.0;50.3)
>12	62	11.27	(8.8;14.2)
Marital status			
Singles	157	28.55	(24.9;32.4)
Married	143	26.00	(22.4;29.8)
Stable Union	218	39.64	(35.6;43.8)
Divorced	24	4.36	(2.9;6.4)
Widow	8	1.45	(0.7;2.8)

* Following Manchester protocol¹⁹

The average time spent in care from opening of registration until completion was 1 hour and 56 minutes, with a standard deviation of 1 hour and 34 minutes, thus ranging from 19 minutes to 3 hours and 33 minutes (data not tabulated).

Predominantly the blue risk classification (68.73%) was evidenced, denoting the less urgent character of most conditions. Among the 550 evaluated, only 1 received the risk rating indicating the need for very urgent care (orange - 0.18%) and 20 urgency (yellow - 3.64%). There was no classification in red, where the service should be immediate. The cases were

generally classified as acute (less than 90 days of complaint progress), about half of the sample required examinations and more than 2/3 received some type of medication prescription. Hospitalizations accounted for just over 7% of the visits and among the cases that were referred, most of them were sent to the Basic Health Unit with 35.09% against 20.55% for the specialties (Table 2).

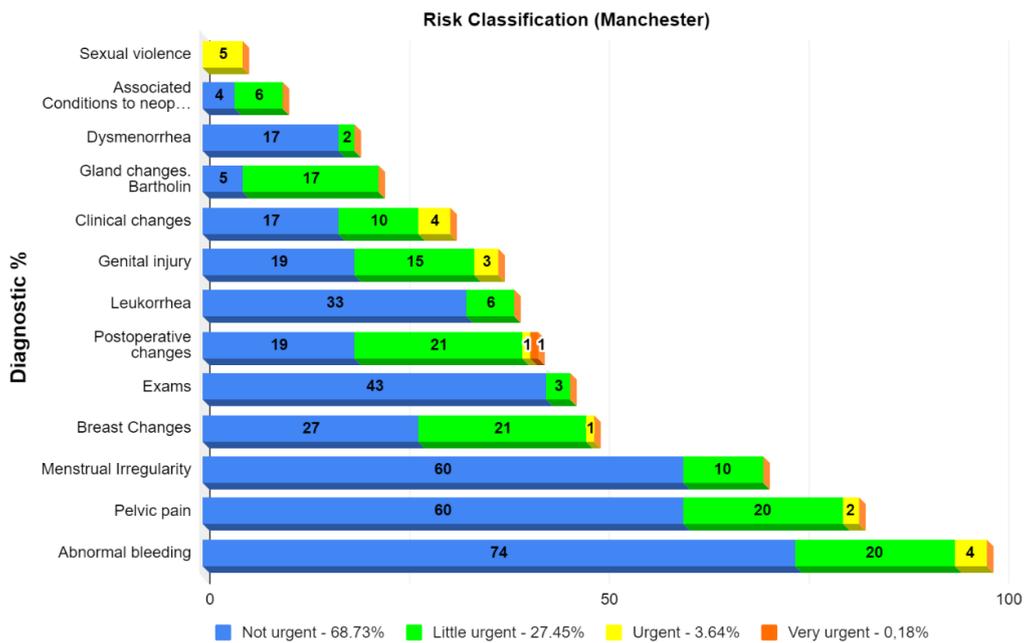
Table 2. Description of characteristics related to the care of non-pregnant patients in the emergency of *Maternidade Carmela Dutra*, Florianópolis, Brazil (n = 550)

Variable	n	(%)	IC 95%
Risk classification*			
Orange	1	0.18	(0.0;1.2)
Yellow	20	3.64	(2.3;5.5)
Green	151	27.45	(23.8;31.3)
Blue	378	68.73	(64.7;72.4)
Complaint period (days)			
≥ 90	106	19.27	(16.8;22.7)
< 90	444	80.73	(77.2;83.8)
Exams request			
None	248	45.09	(40.1;49.9)
Ambulatory	175	31.82	(28.0;35.8)
In the emergency	82	14.91	(12.1;18.1)
Both	45	8.18	(6.1;10.7)
Prescription Medication			
Not	169	30.73	(25.8;35.6)
Ambulatory	210	38.18	(34.1;42.3)
In the emergency	73	13.27	(10.6;16.3)
Both	98	17.82	(14.8;21.2)
Medical referral			
Not forwarded	205	37.27	(33.3;41.4)
Not forwarded	113	20.55	(17.3;24.1)
Referred to specialty	193	35.09	(31.2;39.1)
Forwarded to UBS	39	7.09	(5.2;9.5)
Hospitalization			
Hospitalization	511	92.91	(90.4;94.7)
None	25	4.55	(3.0;6.6)
Gynecology	4	0.73	(0.2;1.9)
Mastology	10	1.82	(0.9;3.3)
Oncogynecology			

* Following Manchester protocol¹⁹

Regarding the complaints presented, most of the diagnoses were related to conditions inherent to menstrual disorders (abnormal bleeding, irregularity and dysmenorrhea). Pelvic pain and changes in the breasts were representative, as well as consultations made specifically for evaluation or exams. Graph 1 shows the prevalence of diagnoses with their respective risk classifications.

Graph 1. Diagnostics and risk classification (n = 550)



Association between referred cases and risk classification revealed that the conditions with green and blue classification (less urgent) are more directed to UBS, while those with yellow classification (urgent) were more referred to specialties. Regarding the time of complaint, the cases represented as chronic were associated with referral to specialties, while more than 80% of acute cases were referred to the UBS (Table 3). Both analyzes were statistically significant ($p < 0.05$).

Table 3. Distribution of patients according to referral to UBS or Specialties according to risk classification and time of complaint (n = 306)

	Medical referral						p
	Specialty		UBS		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Risk classification*							0.005
Orange	-	-	-	-	-	-	
Yellow	9	7.96	3	1.55	12	3.92	
Green	28	24.78	35	18.13	63	20.59	
Blue	76	67.26	155	80.31	231	75.49	
Total	113	100	193	100	306	100	
Complaint period							0.000
< 90 days	76	67.26	170	88.08	246	80.39	
≥ 90 days	37	32.74	23	11.92	60	19.61	
Total	113	100	193	100	306	100	

* Following Manchester protocol¹⁹

DISCUSSION

In the present study, 550 consultations to non-pregnant patients in the gynecological obstetric ES were analyzed, most of which were acute, non-urgent and referred for outpatient follow-up.

Regarding the age group it can be noticed that the age of 20 to 39 years was more frequent. This demonstrates the search for the service to be predominantly done by the young population, as observed in other studies^{12,13,21}. A systematic review related to care in general ES found that young adults are more likely to have care for conditions considered non-urgent compared to older adults¹⁵. This finding is confirmed by the profile found: younger patients and less urgent care.

Most of the patients surveyed were married or living in a stable union. Coincident data were found in a study conducted in France, where the authors suggest that the flexibility of hours in the ES attracts patients with family commitments¹³. On the other hand, the fact that there is a restriction on the opening hours of outpatient services does not influence the demand for ES, since the peaks in demand for emergency care occur when the basic and intermediate units are open^{7,9}.

The geographical factor has also been reported as an important cause in seeking care in clinical ES^{7,20,21} and gynecological-obstetric ES^{13,14}. Just over half of the women in this study lived in the service municipality (Florianópolis), and a total of 21 municipalities were

cataloged as their place of origin. These findings differ from other studies where the attendance to the citizens is the great majority. The authors attribute this to the convenience and immediacy of the population attended^{13,23}. In this survey the difference may be related to the strategic location of the service, a possible proximity to the work of users and, as it is a reference unit for high complexity, which may denote the lack of specialized services in the area of gynecology in other regions

Several diagnostic may be found in a gynecological emergency, and they may differ greatly in severity and the need for assessment in emergency room^{12,14}. For Curtis et al²⁵, almost half of emergency consultations with gynecological care are due to genital tract infections, while in present study and another research the most common reasons for consultation were bleeding and pelvic pain^{13,26}. Menstrual disorders (dysmenorrhea, irregularity and abnormal bleeding), mostly classified as low / non-urgent, had great representation in the complaints reported in the ES surveyed. This is different from the analysis of care at a gynecology outpatient clinic in Brazil²⁷. The disparity between what is found in the ES and outpatient service may indicate that women are seeking more emergency in these conditions, or that there is a failure to identify and manage these complaints in primary care.

The purpose of the risk classification is to organize the health service in order to define care priorities by severity, risk of worsening clinical condition of patients and greater suffering or vulnerability⁸. Only the group of women who suffered sexual violence received in its entirety the urgent classification. In all other diagnoses predominated the ratings of little or no urgency. According to Aksoy et al¹² about 30% of women consult the ES for non-urgent reasons. As the opposite of the present data, which non-urgent situations reached almost 70%. The explanation for this may be related to the fact that such assessment includes pregnant women and many pregnancy conditions, even physiological, such as labor and rupture of membranes, indicate higher priority in care¹¹.

According to Silva et al, there is a preference for ES due to diagnostic and therapeutic potential⁷. Unlike the clinical ES, where the average can reach 7 hours²², it was found that the length of stay in care in the gynecological ES had an average of less than 2 hours, even though the conditions were mostly low priority. This agility and guarantee of care can somehow drive the preference of users, which also happens in other area^{10,11}.

Regarding resource utilization, Honigman et al report that even non-urgent conditions receive in most cases some intervention in the ES. Differences in clinical practice between primary care professionals and ES professionals may influence the large number of

interventions⁹. The current survey reveals that almost all patients received exams and / or prescription medications. Most of these interventions were indicated to be performed on an outpatient basis, which demonstrates the adoption of behaviors not typically inherent in ES. This consideration reinforces that found in the study by Fisher et al, where 61% of women reported believing to have received better recommendation for tests in ES¹⁴. Receiving interventions can generate satisfaction and a false sense of security in patients. However, these behaviors represent an increase in health system costs without necessarily implying better care, since positive results are known to be more related to regular medical care²⁸.

Providing treatment and diagnostics in less time than outpatient services can speed up the medical management of patients, but it is not the real purpose of ES¹⁵. It was evident in the research that the highest proportion of non-urgent classifications was given to the attendances motivated for evaluation or requesting exams. The use of emergency in these cases indicates one more factor for overcrowding in the sector. In addition, with this scenario, severe cases that really require emergency care are hampered by delayed care^{23,24}.

In most cases referral was made to outpatient care, which reveals the need for follow-up of cases. The availability of ES is not always obtained in basic and specialized care, which restricts spontaneous demand consultations and organizes their appointments with scheduling, requiring programming by users²⁰. One study demonstrated that the ease of obtaining unscheduled care was the reason for choosing ES for almost half of patients⁹.

When comparing the risk classifications and the time of complaint, it was statistically significant the greater direction of urgent and chronic conditions to the specialties. This phenomenon may demonstrate that more severe and prolonged conditions should undergo specialized evaluation, while those with less severe and recent conditions could be addressed in primary care. Although there is difficulty in scheduling outpatient medical appointments, one study shows that even though they can see a doctor or gynecologist within 48 hours, many women would still prefer ES¹⁴. And more, more than half of patients presenting with ES do not come due to real emergencies, and usually have chronic pathologies²³.

Among the cases requiring hospitalization (7.09%) the proportion of classifications with some degree of urgency (green, yellow, orange) was higher. Some authors report that when patients are referred to the ES, they are more likely to be hospitalized²⁸. This is exactly what is recommended by the Emergency Care Network: UBS and UPAs being used so that spontaneous demand in hospital emergencies is lower, in order to prioritize real emergencies⁴.

The use of ES by non-urgent cases, such as those found, suggests a disorganization of the health service: primary care cannot provide users with the care they need, patients reach

the most complex units without prior assessment and cases that require long-term follow-up remains unresolved. The evaluation of SUS services among users of UBS and ES revealed that about 65% of primary care and 69% of emergency care are considered poor / regular²⁹. This raises the question of another relevant factor: patients who are dissatisfied do not use health services properly. Whether due to access difficulties, convenience or ignoring how the system works. The importance of establishing a health education program for the large-scale population is emphasized, since patients and doctors seem to disagree about the need for care in the ES^{9,14}.

As limitations of the study, it is important to highlight that the evaluated consultations referred to a short observation period and the conditions categorized as acute included both new complaints and acute chronic complaints, which can substantially underestimate the number of chronic conditions in the ES. The months in which data were collected (summer) may impose a predominance of certain conditions associated with seasonality. Due to possible omissions in the medical record, the cases referred were not counted. The comparison of the data was made difficult because all the studies in gynecological obstetric ES included pregnant patients. In addition, since they are secondary data, some information may have been omitted, making it difficult to extrapolate certain findings. On the other hand, since the study includes a significant number of patients and corresponds to the usual demand for the service, it is expected that the results can be generalized. The researched region does not have gynecological ES at the level of secondary care which may characterize another factor for the excessive demand in the service.

Community has an immediate culture where “consumers” expect quick and easy access and treatment. There is a overmedicalization of health, where patients feel better treated if they receive prescriptions or exam requests and doctors also tend to overmedicalization and overdiagnosis. At the same time, there is a slowness in primary care and a precarious organization of the health system³⁰. This reality showing that non-emergency cases very often come to the emergency service for management that could and should be occurring on an outpatient basis is becoming increasingly evident³¹. Planning the investment of resources adapting teaching to practice, focusing on more frequent diseases, as well as the training of professionals who are aware of the demand profile they will experience, can contribute greatly to the improvement of health services, especially emergency services.

CONCLUSION

The study mostly attended young non-pregnant women from 20 to 39 years, white, living in conjugal union, with education between 5 and 12 years of study. Just over half lived in the same municipality of the service and 21 different cities were striped as a place of origin. The average length of stay in care was close to 2 hours. The main complaints were abnormal bleeding, pelvic pain and menstrual irregularity. The conditions were predominantly acute and non-urgent conditions represented 2/3 of the visits. Hospitalizations occurred in 7.09% of cases. With regard to outpatient referral, UBS was the primary referral site. The association between urgent and chronic conditions with referral to specialties and non-urgent and acute conditions with referral to UBS was statistically significant.

This is an unprecedented study that assesses gynecological complaints only in nonpregnant women. The lack of similar studies makes it difficult to compare the data obtained but knowing the demand of this population and its characteristics is essential for planning health actions.

FUNDING

The work was funded with the authors' own resources.

ACKNOWLEDGMENT

To the Informatic and Emergency Service's staff at *Maternidade Carmela Dutra*. Also to the staff of the Medical Residency in Gynecology and Obstetrics and to the professors at *Universidade Federal de Santa Catarina*.

REFERENCES

1. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação em emergência hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009; 25(7):1439-1454.
2. Brasil, Ministério da Saúde. O Ministério, Histórico. Portal da Saúde, *online*. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>.
3. Brasil, Presidência da República. Lei orgânica da Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Portal da Saúde, *online*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências, 2003. Portal da

- Saúde, *online*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf.
5. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med*. 1997 Dec 15; 127(12): 1097–1102.
 6. Singh D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen: World Health Organization-WHO. 2008.
 7. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arq Catarin Med*. 2007;36(4):18-25.
 8. Oliveira DA, Guimarães JP. A importância do acolhimento com classificação de risco. *Cad Saúde e Desenvolvimento*. 2013;2:25-44.
 9. Honigman LS, Wiler JL, Rooks S, Ginde, AA. National Study of Non-urgent Emergency Department Visits and Associated Resource Utilization. *Western J Emerg Med*. 2013;6(11):609-616.
 10. Dut R. Non-emergent Pediatric Emergency Admissions. *Eurasian J Emerg Med* 2017; 16: 23-8.
 11. Kilfoyle KA, Vrees R, Raker CA, Matteson KA. Nonurgent and urgent emergency department use during pregnancy: an observational study. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216:181.e1-7.
 12. Aksoy H, Aksoy U, Ozturk M, Ozyurt S, Acmaz G, Karadag OI, Yucel B, Aydin T. Utilization of Emergency Service of Obstetrics and Gynecology: A Cross-Sectional Analysis of a Training Hospital. *J Clin Med Res*. 2015;7(2):109-114.
 13. Calvo J, Louges MA, Sanchez S, Lipere A, Duminil L, Graesslin O. Gynecological emergencies: A prospective study about patients purpose of consultation and outcome. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*. 2016 Nov;45(9):1060-1066.
 14. Fisher R, Peltzer-Jones J, Anker L, Liroff M, Caldwell M, Zimny E, Klausner H. Understanding Non-urgent Emergency Department Visits for Gynecological Complaints. *Annals of Emergency Medicine*. 2016;68(4):S118-S119.
 15. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency Department Visits for Nonurgent Conditions: Systematic Literature Review. *Am J Manag Care*. 2013;19(1):47-59.
 16. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica*.

- 2010;44(3):559-65.
17. Santa Catarina, Secretaria do Estado da Saúde. Maternidade Carmela Dutra *online*. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10340-maternidade-carmela-dutra-2>).
 18. Fontelles MJ, Simões MG, Almeida JC, Fontelles RGS. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. *Revista Paraense de Medicina* 2010;24(2):57-64.
 19. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Sistema Manchester de Classificação de Risco. *Classificação de Risco na Urgência e Emergência*. 1º ed. Brasil, 2010.
 20. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril*. 2011; 95(7):2204-8.
 21. Meislin R, Lee S, Datkhaeva I, Tsai M. The Effect of Health Access Inequity on Emergency Department Visits of Women With Gynecologic Complaints. *Obstetrics & Gynecology*. 2016;127:143S.
 22. Acosta AM, Lima MADS. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(2):337-44.
 23. Tsai JC, Liang YW, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and emergency department convenience. *J Formos Med Assoc* 2010;109:533-42.
 24. Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*. 2008; 88:326–338
 25. Curtis KM, Hillis SD, Kieke Jr BA, Brett KM, Marchbanks PA, Peterson HB. Visits to emergency departments for gynecologic disorders in the United States, 1992—1994. *Obstet Gynecol*. 1998;91:1007-12.
 26. Alouini S, Mesnard L, Coly S, Dolique M, Lemaire B. Urgences gynécologiques: nature et degré de gravité. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2012;41:48-54.
 27. Cintra KA, Ferreira de Almeida França L, Scalia M, Magno Costa Ferreira G. Análise das principais queixas ginecológicas no ambulatório escola da Universidade de Franca e correlação com dados epidemiológicos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;11(9), p. e368.
 28. Lang T, Davido A, Diakitè B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the

- hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *J Epidemiol Community Health*.1996;50:456-62.
29. Datafolha, Instituto de Pesquisas. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área da saúde, 2015. Portal do Conselho Federal de Medicina, *online*. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/pesquisadatafolhacfm2015.pdf>.
30. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(9):2012-20.
31. Lima ACMG, Nichiata LYI, Bonfim D. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03414.

REFERÊNCIAS

- AKSOY, H. et al. Utilization of emergency service of obstetrics and gynecology: a cross-sectional analysis of a training hospital. **J Clin Med Res.** v. 7, n. 2, p. 109-114, 2015.
- BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação em emergência hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.
- BRASIL. Lei orgânica da Saúde - **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Portal da Saúde, *online*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Entendendo o SUS**, 2006. Portal da Saúde, *online*. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O Ministério, Histórico**. Portal da Saúde, *online*. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Acesso em: 11 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**, 2003. Portal da Saúde, *online*. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em: 13 mar. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Datafolha, Instituto de Pesquisas. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área da saúde**, 2015. Portal do Conselho Federal de Medicina, *online*. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/pesquisadatafolhacfm2015.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.
- DUT, R. Non-emergent Pediatric Emergency Admissions. **Eurasian J Emerg Med**, v. 16, p. 23-28, 2017.
- FISHER, R. et al. Understanding Non-urgent Emergency Department Visits for Gynecological Complaints. **Annals of Emergency Medicine**. v. 68, n. 4, p. S118-S119, 2016.
- HONIGMAN, L.S. et al. National study of non-urgent emergency department visits and associated resource utilization. **Western J Emerg Med**. v. 6, n. 11, p. 609-616, 2013.
- KILFOYLE, K.A. et al. Nonurgent and urgent emergency department use during pregnancy: an observational study. **Am J Obstet Gynecol**. v. 216, n. 181, p. 1-7, 2017.
- MEISLIN, R. et al. The effect of health access inequity on emergency department visits of women with gynecologic complaints. **Obstetrics & Gynecology**. v. 127, p. 143S, 2016.
- OLIVEIRA, D.A.; GUIMARÃES, J.P. A importância do acolhimento com classificação de risco. **Cad Saúde e Desenvolvimento**. v. 2, p. 25-44, 2013.
- OLIVEIRA, M.A.P.; MELKI, L.A.H.; TAVARES, R.C.S. Abdome Agudo Ginecológico. **Rev Hosp Univ Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 81-88, 2009.

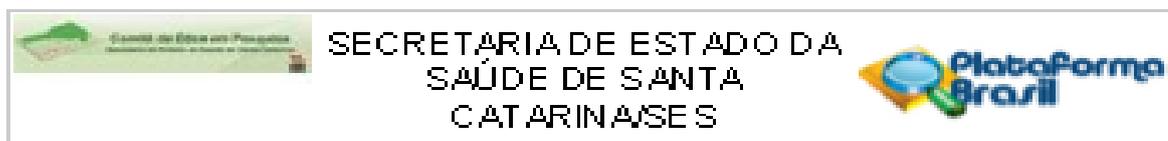
SILVA, V.P.M. et al. Caracterização do Perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Arq Catarin Med.** v. 36, n. 4, p. 18-25, 2007.

SINGH, D. **How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?** Copenhagen: WHO, 2008.

USCHER-PINES, L. et al. Emergency Department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. **Am J Manag Care.** v. 19, n. 1, p. 47-59, 2013.

VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Ann Intern Med.** v. 15, n. 127, p. 1097-1102, Dec. 1997.

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Serviço de Emergência em ginecologia - caracterização da população atendida e das queixas apresentadas

Pesquisador: Roxana Knobel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15563819.4.0000.0115

Instituição Proponente: Maternidade Carmela Dutra

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.418.117

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado ao Mestrado Profissional associado à Residência Médica em Cuidados Intensivos e Palliativos da UFSC. Diante da importância da rede de urgência/emergência, das lacunas existentes na atenção primária e da falta de pesquisas sobre o tema, tornou-se importante conhecer a motivação do grande volume de atendimentos no pronto-socorro gineco-obstétrico. O presente estudo pretende caracterizar o atendimento às pacientes com queixa ginecológica na emergência da maternidade Carmela Dutra, verificando fatores associados e os motivos para utilização do serviço. Será uma pesquisa observacional, retrospectiva e quantitativa. Os dados serão obtidos de prontuário eletrônico, sendo incluídas pacientes atendidas

com queixas ginecológicas na emergência da MCO no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019, ou até que seja atingida a quantidade definida pela amostra (N=252). O perfil demográfico será obtido através das variáveis idade e procedência, descritas respectivamente em anos completos e município de residência. Serão registrados também a Classificação de Risco, o tempo de evolução da queixa referida, o diagnóstico segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), o tempo de permanência em atendimento descrito em horas completas e as intervenções adotadas (necessidade de exames e medicação, ambas classificadas quanto a realização no ambiente hospitalar ou a nível ambulatorial). Será testado a associação entre o tempo de evolução do quadro e os indicadores estudados através do teste do Qui-Quadrado de Independência linear.

Endereço: Rua Calisto Junior, 990-Anexo I - 2ª andar
 Bairro: Centro CEP: 88.015-120
 UF/SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (47) 3224-1212 Fax: (47) 3224-1244 E-mail: ceg@sa.gov.br



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINENSES



Continuação do Formulário nº 01.117

nível de significância considerado será 005.

O levantamento ajudará a conhecer a demanda de atendimento da população feminina e planejar melhor o fluxo do serviço de emergência e a distribuição de recursos. Auxiliará também a reconhecer as lacunas na atenção primária e a propor medidas de melhoria. Os dados poderão demonstrar a necessidade de direcionar os currículos das escolas de medicina e enfermagem para as queixas mais frequentes e graves na área de ginecologia, e a necessidade de tomar educação continuada para profissionais da rede e especialistas. Outro ponto importante, será identificar pacientes com doenças crônicas e em cuidados paliativos que buscam a emergência, a fim de ajudar a estabelecer melhores protocolos de cuidado. Critérios de Inclusão: Serão incluídas no estudo mulheres de qualquer idade com queixas ginecológicas atendidas na emergência da MOE e como Critérios de exclusão: Pacientes gestantes ou com dados incompletos no sistema.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o atendimento à paciente com queixa ginecológica na emergência da maternidade Carmela Dutra. Traçar o perfil demográfico das mulheres. Descrever a classificação de risco para o atendimento. Identificar o tempo de evolução da queixa apresentada. Identificar a prevalência das patologias que motivaram a busca pelo atendimento. Estimar a média do tempo de permanência em atendimento. Identificar as intervenções adotadas no ambiente de emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco assumido é essencialmente de quebra da confidencialidade dos dados coletados. Serão adotados todos os cuidados para minimizar tais riscos com o a proteção por senha pessoal e intransferível dos computadores dos pesquisadores, assim como, a senha de acesso ao sistema de prontuário eletrônico. Os benefícios serão indiretos, pois, o resultado poderá auxiliar o aprimoramento do serviço de saúde. A pesquisa poderá servir como instrumento para gestores identificarem qual a real demanda ginecológica.

Comentário e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância acadêmica, considerando que poderá apontar diretrizes para a melhoria do serviço prestado à saúde da mulher.

Considerações sobre o Termo de Apresentação Obrigatória:

Apresentou todos os termos obrigatórios para o desenvolvimento da pesquisa.

Endereço: Rua Calvo de Jesus, 920-Anexo I - 2º andar
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48) 3224-1213 Fax: (48) 3224-1244 E-mail: coga@saude.sc.gov.br



SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINENSES



Contingência Processamento

Recomendações:

Sem recomendações.

Condição de Pendência ou Lista de Inadequações:

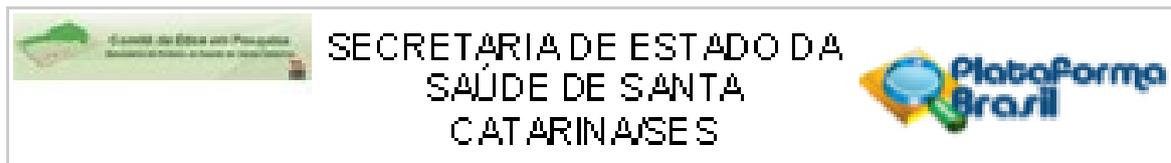
Projeto de pesquisa aprovado.

Considerações Analisa anterior da CEP:

Este parecer foi elaborado baseado no documento cabalio relacionado:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÃO_BÁSICAS_DO_PROJETO_1350410.pdf	24/05/2019 18:38:57		Azião
Projeto de Edital / Brochura Inscritivo	MC IP Projeto Uitem Geruzes 2019 Completo.pdf	24/05/2019 18:37:59	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião
Outros	MC IP Termo de Compromisso Entrega Pesquisas Centro Estudos.pdf	24/05/2019 18:33:06	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião
Outros	MC IP Declaração Acesso Dados Secundários.pdf	24/05/2019 18:30:26	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião
Outros	MC IP Termo de Confidencialidade.pdf	24/05/2019 18:27:09	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião
Outros	MC IP Termo de Autorização de servuolunários da Pesquisa.pdf	24/05/2019 18:25:04	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião
Outros	MC IP Termo de Autorização Compromisso Uso de Prontuários.pdf	24/05/2019 18:22:18	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião
TC LE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MC IP Justificativa Assentimento TC LE.pdf	24/05/2019 18:17:37	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião
Orçamento	MC IP Orçamento.pdf	24/05/2019 18:16:12	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião
Declaração de Pesquisadores	MC IP Declaração Pesquisadores.pdf	24/05/2019 18:15:22	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião
Declaração de Inscrição e Intenção Futura	MC IP Declaração Inscrição.pdf	24/05/2019 18:13:52	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião
Cronograma	MC IP Cronograma.pdf	24/05/2019 18:12:23	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião
Brochura Pesquisa	MC IP Projeto Uitem Geruzes 2019 MC D.pdf	24/05/2019 18:04:55	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião
Folha de Rosto	MC IP Folha de Rosto.pdf	24/05/2019 17:55:46	LILIAM CRISTINA GERVAESI	Azião

Endereço: Rua Calceva Junco, 250 - Anexo I - 2º andar
Bairro: Centro CEP: 88.015-150
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (47) 3264-1213 Fax: (47) 3264-1244 E-mail: cep@sa.gov.br



Contato: 48 3246 7000 - 1º e 2º andares

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessidade de Aprovação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 27 de Junho de 2019

Assinado por:

Aline Dalana Bohlind Klein
(Coordenadora)

Endereço: Rua Estevão Junco, 990-Anexo 1- 2º andar
Bairro: Centro CEP: 88.015-190
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48) 3246-1213 fax: (48) 3246-1244 e-mail: conep@saude.sc.gov.br

ANEXO B - Normas para Publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Filial de Ginecologia e Obstetrícia Brasileira

BRASILÓLOGIA

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 1201 - Jd. Paulista - São Paulo - SP - Brasil - CEP: 01301-001 - Fone: (51) 3271-2919

SECRETARIA EXECUTIVA

Av. Luis Antônio, 1105 - Jd. Tupy - Rio de Janeiro - RJ - Brasil - CEP: 22250-001 - Fone: (51) 2417-6116

www.febrasgo.org.br

Sobre nós

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev. Bras. Ginecol. Obstet., ISSN 1806-9339), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar resultados de pesquisa sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista recebe submissões apenas no idioma inglês.

Subáreas de conhecimento em Ginecologia e Obstetrícia de interesse:

- Atuação primária;
- Ciclo básico e translacional;
- Cirurgia ginecológica e ultraginecologia;
- Contracepção;
- Doenças do trato genital inferior;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Endocrinologia ginecológica;
- Endoscopia ginecológica;
- Estilho e Tratamento;
- Epidemiologia e estatística;
- Ética;
- Fisiologia do Sistema Reprodutor Feminino;
- Ginecologia geral;
- Ginecologia pediátrica e do adolescente;
- Grandeza de risco;
- Imagem;
- Mastologia;
- Medicina fetal;
- Menopausa;
- Microscopia;
- Obstetrícia;
- Oncologia ginecológica;
- Qualidade de vida;

- Reprodução humana e fertilização assistida;
- Sexualidade.

Fontes de Indexação

- ISI-Web of Science - Web of Knowledge (Emerging)
- Scopus - SciVerse
- SciELO - Scientific Electronic Library on-line
- LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
- SCImago - SCImago Journal & Country Rank
- PubMed Central/ Medline

Propriedade Intelectual

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#) do tipo atribuição BY.

A revista on-line tem acesso aberto e gratuito.

Instruções aos Autores

Escopo e Política

 Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade intelectual da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Fecundago.

Avaliação dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à revista são recebidos pelo Escritório Editorial, que realiza a conferência das documentações obrigatórias, bem como avalia se as normas editoriais contidas nas Instruções aos Autores foram cumpridas. Se o processo estiver em conformidade, o manuscrito será enviado ao Editor-Chefe que fará uma avaliação de mérito do manuscrito submetido. Se o Editor-Chefe concluir que o trabalho está em condições científicas e técnicas satisfatórias, o manuscrito será encaminhado aos Editores Associados, que, por sua vez, designarão pareceristas (processo *double blind*) para avaliar o trabalho. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reescrever o texto com as modificações sugeridas no prazo solicitado. Ao resubmeter o manuscrito, as correções solicitadas devem estar em destaque no texto (gritadas em amarelo). Em casos de não concordância com as sugestões,

leia as observações nos balões comentários. Seja assertivo e pontual com a liquidação, inclua sustentando a hipótese com referências. **IMPORTANTE!** Os Autores devem cumprir os prazos, visto que o não atendimento resultará atraso de sua publicação ou até mesmo no arquivamento do processo. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a suspensão do processo e a retirada do trabalho, exceto quando o manuscrito estiver aceito para publicação. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Objetivos

Como Missão, a RBGO pretende se tornar um periódico reconhecido internacionalmente como referência de pesquisas em Ginecologia e Obstetrícia, tornando-se uma das principais revistas da especialidade no ranking mundial. RBGO deverá ser em seu âmbito contribui essencial para os programas de pós-graduação no Brasil, na divulgação da produção científica de alunos e orientadores e pesquisadores.

A RBGO tem como Missão contribuir para o desenvolvimento da pesquisa brasileira em Ginecologia e Obstetrícia, assim como auxiliar os alunos de pós-graduação e jovens pesquisadores no aprimoramento de sua capacitação científica e como órgão facilitador da divulgação dos resultados de suas pesquisas, que possam contribuir para a melhoria da assistência e da qualidade de vida da mulher.

Os valores centrados por RBGO serão sempre a honestação e o compromisso com a qualidade, em respeito à Ética na pesquisa e nas suas edições.

Preparando um manuscrito para submissão

Documentos obrigatórios para submissão

Ao submeter um manuscrito à RBGO anexa os documentos listados abaixo na plataforma de submissão SciELO One. Cabe ressaltar que o não encaminhamento resultará no cancelamento do processo de submissão. Documentação obrigatória para a submissão online:

- Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada com o documento suplementar) **Modelo**;
- Em conformidade com o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, no Brasil, pesquisas e envolvendo seres humanos necessitam informar o número do registro referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) ou o número do parecer de aprovação da pesquisa (CEP/CO-NEP) no Comitê de Ética. Manuscritos internacionais devem apresentar a documentação ética local para seguir no processo de submissão;
- Carta de Apresentação (Cover Letter): deve ser redigida com o propósito de justificar a publicação. Deve-se identificar os autores, a titulação da equipe que pretende publicar, instituição de origem dos autores e a intenção de publicação;
- Página de Título;
- Manuscrito.

Página de Título

- Título do manuscrito, no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;

- Nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis);
- Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);
- Afiliação institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Conflitos de interesse: os autores devem informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;
- Agradecimentos: os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RIBGO, para os autores brasileiros, solicita que os financiamentos das agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras, sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas.
- Contribuições: conforme os critérios de autoria científica do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente: 1. Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Manuscrito

Instruções aos Autores

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia publica as seguintes categorias de manuscritos:

Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.

Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada.

Artigos de Revisão, incluindo *comprehensive reviews* meta-análises ou revisões sistemáticas. Contribuições esporádicas são aceitas. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo e conclusões. Ver a seção "Instruções aos Autores" para informações quanto ao corpo do texto e página de título;

Cartas ao Editor, tratando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao Editor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente;

Editorial, somente a convite do editor.

Título

Ao escrever um artigo científico, o pesquisador deve se orientar na elaboração do título do manuscrito. O título é o cartão de visitas de qualquer publicação. Deve ser elaborado com muito cuidado e de preferência escrito apenas após a finalização do artigo. Um bom título é aquele que descreve adequadamente o conteúdo do manuscrito. Geralmente, ele não é uma frase, pois não contém o sujeito, além de verbos e objetos arranjados. Os títulos raramente devem conter abreviações, fórmulas químicas, adjetivos acessivos, nome de cidades entre outros. O título dos manuscritos submetidos à RBGO deve conter no máximo 18 palavras.

Resumo

O resumo deve fornecer o contexto ou a base para o estudo e deve estabelecer os objetivos do estudo, os procedimentos básicos, os principais resultados e as principais conclusões. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Pe bato de os resumos serem a única parte substantiva do artigo indexada em muitas bases de dados eletrônicas, os autores devem cuidar para que os resumos reflitam o conteúdo do artigo de modo preciso e destacar. No Resumo não utilize abreviações, símbolos e referências. No caso de artigos originais oriundos de ensaios clínicos, os autores devem informar o número de registro ao término da redação.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original

Os resumos dos artigos originais submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em quatro seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.

Método: Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo.

Resultado: O que foi encontrado, o achado principal, se necessário, os achados secundários.

Conclusão: O que foi concluído; a resposta para a questão formulada.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo de revisão sistemática

Dentre os itens a serem incluídos, estão o objetivo da revisão à pergunta formulada, a fonte de dados, os procedimentos de seleção dos estudos e de coleta de dados, os resultados e as conclusões. Os resumos dos artigos de revisão sistemática submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em sete seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: Declarar o objetivo principal do artigo.

Fonte dos dados: Descrever as fontes de dados examinadas, com datas, termos de indexação e imagens incluídas.

Seleção dos estudos: Especificar o número de estudos incluídos e os critérios empregados em sua seleção.

Coleta de dados: Resumir a conduta utilizada para extrair os dados e como ela foi usada.

Síntese dos dados: Expor os resultados principais da revisão e os métodos empregados para obtê-los.

Conclusões: Indicar as conclusões principais e sua utilidade clínica.

Resumo Informativo, do tipo não estruturado, de artigos de revisão, e sobre revisão sistemática e estudos de caso

Deve conter a essência do artigo, abrangendo a finalidade, o método, os resultados e as conclusões ou recomendações. Expõe detalhes suficientes para que o leitor possa decidir sobre a conveniência da leitura de todo o texto (Limite de palavras: 150).

Palavras-chave

As palavras-chave de um trabalho científico indicam o conteúdo temático do texto que representam. De entre os objetivos dos termos mencionados considera-se como principais a identificação do conteúdo temático, a indexação do trabalho nas bases de dados e a rápida localização e recuperação do conteúdo. Os sistemas de palavras-chave utilizados pela RBO são o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – Indexador LILACS) e o MeSH (Medical Subject Headings – Indexador MEDLINE-Pub Med). Por gentileza, escolha cinco descritores que representem o seu trabalho nestas plataformas.

Corpo do manuscrito (Os manuscritos submetidos à RBO devem possuir no máximo 4000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências.)

Introdução

A seção introdução de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para a leitura da investigação e a justificativa de sua realização. O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação. O objetivo de pesquisa normalmente tem um foco mais preciso quando é formulado como uma pergunta. Tanto os objetivos principais quanto os secundários devem estar claros e quaisquer análises em um subgrupo pré-especificados devem ser descritas; dar somente referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo estudado.

Métodos

Métodos, segundo o dicionário Houaiss, “é um processo organizado, lógico e sistemático de pesquisa”. Método compreende o material e os procedimentos adotados na pesquisa de modo a poder responder à questão central de investigação. Estruture a seção Métodos da RBO iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e época em que se desenvolveu); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (e controle) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação. Ao pensar na redação do delineamento do estudo reflita se o delineamento é apropriado para alcançar o objetivo da investigação, se a análise dos dados reflete o delineamento e se foi alcançado o que se esperava com o uso daquele delineamento para

pesquisar o tema. A seguir os delineamentos utilizados em pesquisa clínica ou epidemiológica e que devem constar na seção Métodos do manuscrito enviado à RBGO:

<p>Tipos de estudo (adaptado de <i>Manana, 2017</i>).</p>
<p>Relato de Caso (Estudo de Caso): Investigação aprofundada de uma situação, na qual estão envolvidas uma ou poucas pessoas (de 10 ou menos, geralmente);</p>
<p>Série de Casos: Conjunto de pacientes (por exemplo, mais de 10 pessoas) com o mesmo diagnóstico ou submetidos a mesma intervenção. Trata-se, em geral, de série consecutiva de doentes, vistos em um hospital ou em outra instituição de saúde, durante certo período. Não há grupo-controle interno composto simultaneamente. A comparação é feita em controles externos. Dá-se o nome de controle externo ou histórico ao grupo usado para comparação dos resultados, mas que não teria sido constituído ao mesmo tempo, no interior da pesquisa: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.</p>
<p>Estudo Transversal (Ou Seccional): Investigação para determinar prevalência; para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.</p>
<p>Estudo de caso-controle: Particular forma de investigação etiológica, de caráter retrospectivo; parte-se do efeito em busca das causas. Grupos de indivíduos, respectivamente, com um determinado agravio à saúde e, sem este, são comparados com respeito a exposições que sofreram no passado de modo que se teste a hipótese de a exposição a determinados fatores de risco serem causas contribuintes da doença. Por exemplo, indivíduos acometidos por dor lombar são comparados com igual número de indivíduos (grupo-controle), de mesmo sexo e idade, mas sem dor lombar.</p>
<p>Estudo de coorte: Particular forma de investigação de fatores etiológicos; parte-se da causa em busca dos efeitos; portanto, o contrário do estudo de caso-controle. Um grupo de pessoas é identificado, e é coletada a informação pertinente sobre a exposição de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo e se verifica os que não desenvolveram a doença em foco e se essa exposição prévia está relacionada à ocorrência de doença. Por exemplo, os fumantes são comparados com controles não fumantes; a incidência de câncer de bexiga é determinada para cada grupo.</p>
<p>Estudo randomizado: Tem a conotação de estudo experimental para avaliar uma intervenção; daí a sinonímia estudo de intervenção. Pode ser realizado em ambiente clínico; por vezes designado simplesmente como ensaio clínico ou estudo clínico. Também é realizado em nível comunitário. No ensaio clínico, os participantes são alocados, aleatoriamente, para formar grupos, chamados de estudo (experimental) e controle (ou testemunho), a serem submetidos ou não a uma intervenção (aplicação de um medicamento ou de uma vacina, por exemplo). Os participantes são acompanhados para verificar a ocorrência de desfecho de interesse. Dessa maneira, a relação entre intervenção e efeito é examinada em condições controladas de observação, em geral, com avaliação duplo-cega. No caso de estudo randomizado informe o número do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) e/ou o número do <i>International Clinical Trials Registration Platform</i> (ICTRP/ISRCTN), na página de título.</p>

Estudo ecológico: Pesquisa realizada com estatísticas; a unidade de observação e análise não é constituída de indivíduos, mas de grupo de indivíduos; daí, seis subdivisões: estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticas ou comunitários. Por exemplo, a investigação sobre a variação, entre países europeus, dos coeficientes de mortalidade por doenças do sistema vascular e do consumo *per capita* de uísque.

Revisão Sistemática e Meta-análise: Tipo de revisão em que há uma pergunta claramente formulada e são usados métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e também para coletar e analisar dados a partir dos estudos que estão incluídos na revisão. São aplicadas estratégias que limitam vieses, na localização, na seleção, na avaliação crítica e na síntese dos estudos relevantes sobre determinado tema. A meta-análise pode fazer ou não parte da revisão sistemática. Meta-análise é a revisão de dois ou mais estudos, para obter estimativa global, quantitativa, sobre a questão ou hipótese investigada; empregam métodos estatísticos para combinar resultados dos estudos utilizados na revisão.

Fonte: Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

Roteiro para revisão crítica de trabalhos científicos originais

Objetivo do estudo: O objetivo do estudo está suficientemente descrito, incluindo hipóteses pré-estabelecidas?

Delimitamento: O delimitamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto?

Características da amostra: Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidar com os dados não disponíveis (missing data)?

Coleta de dados (mensuração dos resultados): Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutibilidade dos métodos empregados foram consideradas?

Tamanho da amostra: Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas?

Métodos estatísticos: O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor p, o nível usual de confiança, o nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a exclusão de casos e a exclusão de outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença estatisticamente significativa não é devida a algum

Uês (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distribuição na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clinicamente relevante. O teste é unilateral/bilateral? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde e como o teste ou teste são utilizados.

Resumo: O resumo contém síntese adequada do artigo?

Recomendação sobre o artigo: O artigo está em padrão estatístico aceitável para publicação? Em caso negativo, o artigo poderá ser aceito após revisão adequada?

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

IMPORTANTE!

A RBGO aderiu à iniciativa do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas. Consulte as guias internacionais relacionadas:

Ensaio clínico randomizado:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>

Revisões sistemáticas e metanálises:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

Estudos observacionais em epidemiologia:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>

Estudos qualitativos:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sqr/>

Resultados

O propósito da seção **Resultados** é mostrar o que foi encontrado na pesquisa. São os dados originais obtidos e utilizados pelo autor, com o intuito de fornecer resposta à questão que motivou a investigação. Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes. Não repita no texto todas as informações das tabelas ou ilustrações; em vez disso, resuma apenas observações importantes. Materiais adicionais ou suplementares e detalhes técnicos podem ser colocados em um apêndice, no qual estarão acessíveis, mas não interromperão o fluxo do texto. Como alternativa, essas informações podem ser publicadas apenas na versão eletrônica da Revista. Quando os dados são resumidos na seção resultados, dar os resultados numéricos não apenas em valores derivados (por exemplo, percentuais), mas também em valores absolutos, a partir dos quais os derivados foram calculados, e especificar os métodos estatísticos usados para analisá-los. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Quando for clinicamente apropriado, as análises dos dados com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser incluídas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

ATENÇÃO!

As seções Métodos e Resultados nos Estudos de Caso devem ser substituídas pelo termo Descrição do Caso.

Discussão

Na seção Discussão enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões dele derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentadas nas seções de Introdução ou de Resultados. Para estudos experimentais, é útil iniciar a discussão resumindo brevemente os principais achados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes, declarar as limitações do estudo e explicar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Evite alegar precedência e aludir a trabalhos que não estejam completos. Não dicte dados que não são diretamente relacionados aos resultados da pesquisa apresentada. Proponha novas hipóteses quando justificável, mas qualifique-as claramente como tal. No último parágrafo da seção Discussão informe qual a informação do seu trabalho que contribui relativamente para o avanço ou o conhecimento.

Conclusão

A seção Conclusão tem por função relacionar as conclusões com os objetivos do estudo, mas o autor deve evitar afirmações sem embasamento e conclusões que não tenham sustentação adequada pelos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios e econômicos e custos, a menos que seu original inclua análises econômicas e dados apropriados.

Referências

Uma pesquisa é fundamentada nos resultados de outras que a precederam. Uma vez publicada, passa a ser apoio para trabalhos futuros sobre o tema. No relato que faz de sua pesquisa, o autor assinala os trabalhos consultados que julga pertinente informar aos leitores, daí a importância de escolher boas Referências. As referências adequadamente escolhidas dão credibilidade ao relato. Elas são fonte de conhecimento do leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados.

Atenção! Para os manuscritos submetidos à RBGO, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregue citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexadas). Busque citar as referências primárias e consorciais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (auto-citação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e serem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos legítimos (não citar capítulos ou resumos). O número de referências deve ser de 35, exceto para artigos de revisão. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências.

Para formatar as suas referências, consulte o American Medical Association (AMA) Citation Style .

As instruções aos Autores deste periódico foram elaboradas baseadas na obra *Maneira Artigos Científicos: Como redigir, publicar e avaliar* de Maurício Gomes Pereira, Editora Guanabara Koogan, 2014.

Envio de manuscrito

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://mc.manuscriptcentral.com/rbgo-scielo>

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Endereço: Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 3421, 01401-001, sala 903, Jardim Paulista, São Paulo, SP, Brasil.

Tel.: +55 11 5573.4919

Email: editorialoffice@rbgo.org.br

Home Page: <https://www.ti.kms-connect.com/products/ejournal/issue/10.1055/s-006-33175>