

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM**

**Casa da gestante e enfermagem hospitalar na  
atenção ao alto risco:  
repercussões em indicadores de saúde maternos e  
perinatais**

**Juliana Vieira Nazareth**

**Belo Horizonte – MG**  
**Escola de Enfermagem da UFMG**  
**2013**

**Casa da gestante e enfermagem hospitalar na  
atenção ao alto risco:  
repercussões em indicadores de saúde maternos e  
perinatais**

**Juliana Vieira Nazareth**

**Juliana Vieira Nazareth**

**Casa da gestante e enfermagem hospitalar na  
atenção ao alto risco:  
repercussões em indicadores de saúde maternos e  
perinatais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Professor Orientador: Adriano Marçal

**Belo Horizonte – MG**  
**Escola de Enfermagem da UFMG**  
**2013**

Nazareth, Juliana Vieira.  
N335c Casa da gestante e enfermagem hospitalar na atenção ao alto risco  
[manuscrito]: repercussões em indicadores de saúde maternos e perinatais.  
/Juliana Vieira Nazareth. - - Belo Horizonte: 2013.  
55f.: il.  
Orientador: Adriano Marçal Pimenta.  
Área de concentração: Saúde e enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola  
de Enfermagem.

1. Gravidez. 2. Gravidez de Alto Risco. 3. Assistência à Saúde. 4.  
Promoção da Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Enfermagem. 7.  
Dissertações Acadêmicas. I. Pimenta, Adriano Marçal. II. Universidade  
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM : WQ 200

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG



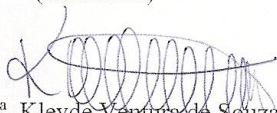
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO/ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836  
 Caixa Postal: 1556 - CEP: 30.130-100  
 Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil  
 E-mail: colgrad@enf.ufmg.br

**ATA DE NÚMERO 400 (QUATROCENTOS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA JULIANA VIEIRA NAZARETH PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

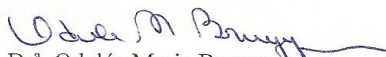
Aos 15 (quinze) dias do mês de março de dois mil e treze, realizou-se no Auditório Maria Sinno da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação *"MODELOS DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE DE ALTO RISCO E REPERCUSSÕES EM INDICADORES DE SAÚDE MATERNO E PERINATAIS"*, da aluna Juliana Vieira Nazareth, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Adriano Marçal Pimenta (orientador), Kleyde Ventura de Souza e Odaléa Maria Bruggemann, sob a presidência do primeiro. Os trabalhos iniciaram-se às 09:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, os examinadores consideraram a necessidade de adequar o título para: *"CASA DA GESTANTE E ENFERMARIA HOSPITALAR NA ATENÇÃO AO ALTO RISCO: REPERCUSSÕES EM INDICADORES DE SAÚDE MATERNO E PERINATAIS"*, sendo assim, a aluna *Juliana Vieira Nazareth foi aprovada e apta a receber o título de mestra em enfermagem após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 15 de março de 2013.



Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta  
(orientador)



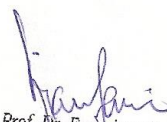
Prof. Dr. Kleyde Ventura de Souza



Prof. Dr. Odaléa Maria Bruggemann



Grazielle Cristine Pereira  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana  
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação  
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 01/04/2013

*Tenho a esperança de que um dia alguns profissionais da saúde  
serão menos vaidosos e aprenderão a trabalhar em equipe,  
formando um precioso time!*

*Dedico este trabalho à minha mãe, Maria das Graças Vieira, e ao meu pai, Gilberto da Silva Porto Reis, por estarem sempre ao meu lado, cada um à sua maneira, com carinho e respeito.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela proteção diária, por me conceder paciência, perseverança e oportunidade de aprendizado!

Aos meus familiares e aos meus irmãos, Fabiana e Renato, pelo apoio e incentivo constante.

Ao meu companheiro, Saulo, pelo carinho, pelo amor e pela paciência nos momentos de cansaço e excesso de trabalho!

Às minhas amigas Cláudia, Melina, Verônica, Regina, Renata, Eliana e Dani, por me apoiarem, por entenderem meu sumiço social (rs) e por estarem sempre presentes na minha vida!

Aos amigos e companheiros da enfermagem, Carol, Galeno, Lidi, Lorena, Maria Clara, Poly, Bela, Carla e Débora, pelo carinho e incentivo.

À enfermeira Eliane Rabelo, pelos ensinamentos e pela dedicação à enfermagem obstétrica.

Ao meu querido professor e orientador, Adriano Marçal, pela compreensão, pela dedicação, pelo apoio, pelo aprendizado e pela disponibilidade! Aprendi demais neste tempo de trabalho e serei sempre grata por tudo!

Às professoras Eunice Francisca, Marta Amaral e Edna Resende, por estarem sempre presentes em minha vida acadêmica, sendo exemplo de profissionais a ser seguido.

À professora Kleyde Ventura, pelo carinho, pela dedicação e por confiar e acreditar no meu potencial.

Às minhas queridas amigas do mestrado, Ana, Ísis, Lu e Polly; caminhamos lado a lado e fortalecemos a amizade nos momentos alegres, de desabafo, de críticas e de aprendizado nos mais diversos assuntos!

Às acadêmicas Bruna Santos, Cinthia Flávia e Carina Maia, pela ajuda na coleta de dados e pela disponibilidade; vocês foram fundamentais nesta pesquisa.

Aos funcionários do Same dos hospitais envolvidos, Sérgio, Sebastião, Nilton e Maria Helena, por me receberem tão bem em seus ambientes de trabalho, com dedicação e educação.

Aos professores da pós-graduação, pela troca de conhecimento.

Aos funcionários do colegiado de pós-graduação, da Escola de Enfermagem e do *campus* Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).



NAZARETH, Juliana Vieira. **Casa da gestante e enfermagem hospitalar na atenção ao alto risco: repercussões em indicadores de saúde maternos e perinatais.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

## RESUMO

As gestantes de alto risco representam 15% das grávidas, por isso é essencial que os profissionais de saúde estejam preparados para reconhecer os riscos e encaminhá-las de forma efetiva para o serviço de maior complexidade. Apesar do incentivo e da existência dos programas ministeriais, como a Casa da Gestante, não há estudos que comprovem sua efetividade e a justificativa de sua adoção para a saúde das gestantes de alto risco. O objetivo deste trabalho foi analisar a associação dos modelos de assistência à gestante de alto risco (Casa da Gestante *versus* enfermagem hospitalar) com os indicadores de saúde maternos e perinatais. Trata-se de um estudo epidemiológico, de coorte retrospectivo, realizado em duas maternidades de referência para gestante de alto risco de Minas Gerais: em uma é desenvolvido o programa Casa da Gestante e na outra as internações são feitas exclusivamente em enfermagem hospitalar. A amostra foi composta por 312 gestantes de risco, internadas, sendo 65 na enfermagem e 247 na Casa da Gestante, em 2010, com idade gestacional entre 22 e 36,6 semanas e que preencheram o critério de inclusão da pesquisa. As seguintes variáveis foram analisadas: idade materna, paridade, cor, escolaridade, estado civil, procedência materna, antecedentes patológicos pessoais, número de consultas de pré-natal, início do trabalho de parto, tipo de parto, episiotomia, ocitocina no trabalho de parto, analgesia para parto normal, idade gestacional à internação, data de internação; e variáveis relacionadas às condições do recém-nascido (sexo, idade gestacional ao nascimento, setor de encaminhado do recém-nascido após o parto, peso e índice de Apgar no 5<sup>o</sup> minuto, reanimação em sala de parto e morte em sala de parto). Os dados foram analisados por estatística descritiva, bivariada e multivariada, em nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Os resultados demonstraram que as gestantes internadas no modelo tradicional apresentaram: maior prevalência de diagnóstico relacionado à pressão arterial à internação, independentemente da história pregressa de hipertensão arterial crônica (RP = 1,45; IC 95%: 1,10 – 1,90); mais de seis consultas de pré-natal à internação, independentemente da procedência ou diagnóstico de internação (RP: 1,58; IC 95%: 1,21 – 2,07); maior incidência de cesariana, independentemente do diagnóstico de internação (HR: 1,73; IC 95%: 1,19 – 2,52); e maior número de partos normais com episiotomia e analgesia. Na Casa da Gestante prevaleceram as internações relacionadas ao trabalho de parto prematuro e à ruptura prematura de membranas pré-termo, com mães provenientes do interior. Não houve diferença estatística quanto ao encaminhamento dos recém-nascidos para a neonatologia nos modelos assistenciais estudados. O modelo assistencial da Casa da Gestante mostra-se menos intervencionista que o da enfermagem hospitalar tradicional. A assistência na Casa da Gestante pode ser considerada efetiva, pois apresentou resultados maternos e perinatais tão favoráveis quanto o modelo assistencial tradicional de enfermagem.

**Palavras-chave:** gravidez; gravidez de alto risco; assistência à saúde; enfermagem; promoção da saúde; sistema único de saúde.

NAZARETH, Juliana Vieira. **House of Pregnant and ward hospital in attention to high risk: repercussions on indicators of maternal and perinatal health.** Dissertation (Master Degree in Nursing) – Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

## ABSTRACT

The high-risk pregnancies represents 15% of pregnant women, so it is essential that the health professionals are trained to recognize risk and refer them effectively to the service of greater complexity. Although the existence of encouragement and ministerial programs, such as the House of Pregnancy, doesn't have studies which proves the effectiveness and rationale for their implementation for the health of high-risk pregnancies. The objective of this study was to analyze the association of models of care for pregnant women at high risk (House of Pregnant *versus* ward hospital) and indicators of maternal and perinatal health. This is an epidemiological study of a retrospective cohort conducted in two hospitals in reference to the pregnant woman at high risk from Minas Gerais, and one of them is developed in the program House Pregnant and other admissions are made exclusively in ward hospital. The sample consisted of 312 pregnant women at risk hospitalized, 65 in Ward and 247 in the House of Pregnancy, in 2010, with a gestational age between 22 and 36.6 weeks and who met the inclusion criteria of the study. The variables analyzed were: maternal age, parity, color, education, marital status, maternal origin, personal history of disease, number of prenatal consultations, beginning of labor, type of parturition, episiotomy, oxytocin in labor analgesia for vaginal parturition, gestational age at admission, admission date, variables related to the conditions of the newborn (sex, gestational age at birth, sector sent the newborn after parturition, birth weight and Apgar score at 5 minutes, resuscitation in the delivery room, death in the delivery room). Data were analyzed using descriptive statistics, bivariate and multivariate analyzes a significance level of 5% ( $p < 0,05$ ). The results showed that pregnant women admitted to the traditional model showed: high prevalence of diagnosis related to blood pressure on admission, regardless of history of chronic hypertension (PR: 1.45, 95% CI: 1.10 to 1.90) and more than 6 appointments prenatal hospitalization, independent of the merits or admission diagnosis (PR: 1.58, 95% CI: 1.21 to 2.07), higher incidence of cesarean section, regardless of admission diagnosis (HR: 1.73, 95% CI: 1.19 to 2.52), high number of vaginal deliveries with episiotomy and analgesia. In House of Pregnancy prevailed the hospitalizations related to preterm labor and premature rupture of membranes preterm, with mothers coming from outside. There was not statistical difference in the referral of newborns to neonatal care in the models studied. The care model of the House of Pregnant has a less interventionist, compared to traditional hospital ward. The assistance in the House of Pregnant can be considered effective, because it showed maternal and perinatal outcomes as favorable as the traditional nursing care model.

**Keywords:** pregnancy; pregnancy, high-risk; delivery of health care; nursing; health promotion; unified health system.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Alojamento conjunto
HA	Hipertensão arterial
HAC	Hipertensão arterial crônica
HR	Hazard ratio
IG	Idade gestacional
IC	Intervalo de confiança
LA	Líquido amniótico
MS	Ministério da saúde
MWH	<i>Maternity Waiting Homes</i>
NV	Nascidos vivos
ODM	Objetivos do milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Odds ratio
PA	Pressão arterial
PAHEF	<i>Pan American Health and Education Foundation</i>
PAISM	Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher
PAHPN	Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PE	Pré-eclâmpsia
PNH	Política Nacional de Humanização
RMBH	Região metropolitana de Belo Horizonte
RMM	Razão mortalidade materna
RN	Recém-nascido
SAME	Serviço de atendimento médico e estatístico
SIP-CLAP	Sistema Informático Perinatal do Centro Latino-Americano de Perinatologia da OMS
SUS	Sistema Único de Saúde
RP	Razão prevalência
RPMPT	Ruptura prematura de membranas pré-termo
TPPT	Trabalho de parto prematuro

## LISTA DE QUADROS

	<b>Página</b>
1 Modelo <i>three delays</i> e o direito à saúde .....	13
2 Prontuários analisados nos cenários de estudo. Belo Horizonte, 2010 .....	20

## LISTA DE TABELAS

		<b>Página</b>
1	Características pessoais, sociais e demográficas das mulheres internadas na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar. Belo Horizonte, 2010.....	27
2	Características obstétricas relacionadas das mulheres internadas na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar. Belo Horizonte, 2010 .....	28
3	Características relacionadas às doenças prévias à gestação atual das mulheres internadas na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar. Belo Horizonte, 2010 .....	29
4	Características relacionadas ao trabalho de parto e parto das mulheres internadas na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar. Belo Horizonte, 2010 .....	31
5	Características dos recém-nascidos das mulheres internadas na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar, Belo Horizonte, 2010 .....	32
6	Prevalência do diagnóstico de internação da gestante relacionado à hipertensão arterial segundo variáveis potencialmente confundidoras da relação entre este desfecho e o modelo de assistência. Belo Horizonte, 2010 .....	33
7	Associação entre modelo de assistência e diagnóstico de internação da gestante relacionado à hipertensão arterial ajustado por fator de confusão. Belo Horizonte, 2010.....	33
8	Prevalência do número de consultas de pré-natal a partir de 6, segundo variáveis potencialmente confundidoras da relação entre este desfecho e o modelo de assistência. Belo Horizonte, 2010.....	34
9	Associação entre modelo de assistência e realização de seis ou mais consultas de pré-natal ajustado por fatores de confusão. Belo Horizonte, 2010 .....	34
10	Incidência do tipo de parto cesariana segundo variáveis potencialmente confundidoras da relação entre este desfecho e o modelo de assistência. Belo Horizonte, 2010.....	35
11	Associação entre modelo de assistência e tipo de parto cesariana ajustado por fator de confusão. Belo Horizonte, 2010 .....	36
12	Incidência do tipo de início do parto induzido e cesária programada segundo variável potencialmente confundidora da relação entre este desfecho e o modelo de assistência. Belo Horizonte, 2010 .....	36
13	Associação entre modelo de assistência e tipo de início do parto ajustado por fatores de confusão. Belo Horizonte, 2010.....	37
14	Incidências de muito baixo peso e baixo peso ao nascer da criança segundo variáveis potencialmente confundidoras da relação entre estes desfechos e o modelo de assistência. Belo Horizonte, 2010 .....	38

**Página**

15	Associação entre modelo de assistência e peso ao nascer da criança ajustado por fatores de confusão. Belo Horizonte, 2010 .....	38
16	Incidência de encaminhamento do recém-nascido à neonatologia segundo variáveis potencialmente confundidoras da relação entre este desfecho e o modelo de assistência. Belo Horizonte, 2010 .....	39
17	Associação entre modelo de assistência e encaminhamento do recém-nascido à neonatologia ajustado por fatores de confusão. Belo Horizonte, 2010.....	40

**LISTA DE FIGURAS**

	<b>Página</b>
1 Dormitório das pacientes internadas na Casa da Gestante .....	16
2 Atividade lúdica em área de lazer da Casa da Gestante .....	16
3 Enfermeira obstetra presta assistência à gestante na Casa da Gestante .....	17
4 Setor de internação das gestantes de alto risco no ambiente hospitalar .....	18
5 Enfermaria hospitalar de internação de gestantes de alto risco .....	18

## SUMÁRIO

	<b>Página</b>
RESUMO .....	vii
ABSTRACT .....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivos.....	4
1.1.1 Geral .....	4
1.1.2 Específicos.....	4
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	5
2.1 Evolução de programas e políticas públicas de saúde materna no Brasil .....	5
2.2 A humanização da assistência obstétrica.....	8
2.3 A mortalidade materna no Brasil.....	11
2.4 A mortalidade perinatal no Brasil.....	13
3 METODOLOGIA.....	15
3.1 Tipo e local de estudo.....	15
3.2 População em estudo .....	19
3.2.1 Critério de inclusão.....	19
3.2.2 Critérios de exclusão .....	19
3.3 Coleta de dados.....	19
3.3.1 Variáveis do estudo .....	21
3.3.1.1 Variável de exposição.....	21
3.3.1.2 Variáveis de ajustamento.....	21
3.3.1.3 Variáveis de desfecho.....	23
3.3.2 Armazenamento dos dados .....	24
3.3.3 Análise dos dados .....	24
3.4 Questões éticas .....	25
4 RESULTADOS .....	26
4.1 Caracterização da amostra estudada.....	26
4.2 Associações do modelo de assistência com o histórico pessoal das gestantes e desfechos maternos e neonatais .....	30
5 DISCUSSÃO.....	41



	<b>Página</b>
6 CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS .....	48
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	53
APÊNDICE 2 – SIP-CLAP .....	54
APÊNDICE 3 – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP .....	55

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico cercado de sentimentos e expectativas para muitas mulheres e seus familiares. A maioria das gravidezes desenvolve-se sem intercorrências, mesmo que com algum risco, porém determinadas mulheres podem apresentar evolução desfavorável durante o período gestacional, fato que potencialmente leva a complicações na saúde materno-perinatal. A gestação considerada de baixo risco pode mudar de classificação durante a gravidez, já outras são consideradas de alto risco desde as primeiras semanas, por alguma característica materna ou algum outro agravo (BRASIL, 2010).

A gestação é classificada de alto risco quando está relacionada a alguma doença ou sofrimento de agravo, com maior probabilidade de desfecho materno ou fetal desfavorável (BRASIL, 2010).

As gestantes de alto risco representam 15% das grávidas. É essencial que os profissionais de saúde estejam preparados para reconhecer os riscos e encaminhar a gestante de forma efetiva para o serviço de maior complexidade. Os casos específicos podem ser acompanhados no nível primário, mas se um cuidado mais complexo for necessário, com técnicas especializadas, eles devem ser encaminhados para o nível secundário ou terciário, para melhor avaliação da equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, 2001).

As causas diretas obstétricas, ou seja, aquelas que resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, estão entre as principais causas de morte materna (MORSE *et al.*, 2011) e podem ser evitadas com o manejo correto e encaminhamento de gestantes de alto risco ao serviço de saúde. A busca por mudanças na assistência à saúde e os programas eficazes para redução dessas mortalidades são pautas de discussões para melhoria das condições de saúde pública mundial, com destaque para as ações dos oito Objetivos do Milênio (ODM), especificamente o quarto – redução da mortalidade infantil – e o quinto – melhorar a saúde materna (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011), até 2015.

No Brasil, uma das estratégias ministeriais mais recentes para melhoria à saúde da mulher, incluída a atenção voltada à gestante de risco, é a Rede Cegonha. Dentre os investimentos, há o incentivo de construção de Casas das Gestantes, que prestam assistência às grávidas de alto risco (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011), ainda que não haja estudos que justifiquem a realização desses serviços na rede de atenção à saúde.

A Casa da Gestante é um setor extra-hospitalar que deve:

*Servir de apoio às necessidades assistenciais da gestante de alto risco; dispor de área física própria com recepção/sala de estar, sala de atividades ocupacionais, quarto com até quatro leitos, sala de exame ou consultório, banheiros, cozinha e área de lazer; dispor de equipe composta, no mínimo por médico obstetra para rotina diária, enfermeiro e assistente social. (BRASIL, 2001, p. 12).*

A Casa da Gestante pode ser considerada uma nova lógica assistencial, pois além de sua prática ser pautada em evidências científicas, revê a possibilidade de uma assistência clínica em ambiente característico ao domiciliar, com cuidados típicos de um ambiente hospitalar, mas levando em conta a humanização e a ambiência. Além disso, o cuidado prestado eleva as questões sociais, culturais e holísticas das mulheres e de seus familiares. A esses benefícios somam-se a diminuição dos custos de internação hospitalar e a articulação da equipe multiprofissional de saúde (NAZARETH; PIMENTA; SOUZA, 2012).

Em alguns países subdesenvolvidos propõe-se o uso de modelos assistenciais similares ao da Casa da Gestante, conhecidos como *Maternity Waiting Homes* (MWH). As grávidas de alto risco podem permanecer nesses locais ou, em caso de intercorrências, ser encaminhadas ao hospital próximo. Segundo a *Pan American Health and Education Foundation* (PAHEF), a implantação da MWH pode finalmente reduzir a mortalidade materna em populações vulneráveis (PAHEF, 2010). Em dois estudos desenvolvidos no continente africano, constatou-se a efetividade da MWH na redução da morbimortalidade materna e perinatal. No primeiro, realizado na Zâmbia, verificou-se similaridade dos desfechos obstétricos em gestantes de alto risco usuárias da MWH e de gestantes de risco habitual não usuárias que foram atendidas no ambiente hospitalar. Os autores concluíram que esse serviço pode contribuir para redução da mortalidade materna e perinatal (LONKHUIJZEN; STEKELENBURG; ROOSMALENVAN, 2003). Em outra pesquisa, que aconteceu na Eritreia, a internação na MWH aumentou em 56% os partos sem morte materna, o que demonstra a eficácia dessa estratégia de assistência na redução das taxas de mortalidade materna e perinatal. Além disso, havia o apoio irrestrito da comunidade ao serviço. Os autores, então, recomendaram a ampliação em grande escala da MWH, devido à sua eficácia na melhoria dos indicadores maternos e perinatais, à diminuição dos custos assistenciais e à aceitabilidade social (ANDEMICHAEL, 2009).

Ainda que a existência de serviços extra-hospitalares de assistência à gestante de alto risco indique sua aceitação e sustentabilidade, as evidências científicas sobre sua resolutividade na diminuição da morbimortalidade materna e perinatal são incipientes, visto que em alguns países eles são desenvolvidos em decorrência da precariedade da rede

hospitalar. No Estado de Minas Gerais, que conta com 853 municípios, percebe-se que ainda é baixa a adesão dos gestores de saúde ao programa Casa da Gestante, e a maioria das internações das grávidas de alto risco continua a acontecer em maternidades tradicionais, em ambientes exclusivamente hospitalares. Atualmente Minas Gerais possui sete “Casas da Gestante”: em Belo Horizonte, localizadas no Hospital Julia Kubistchek, na Maternidade Odete Valadares e na Maternidade Sofia Feldman; em Juiz de Fora, no Hospital João Penido; em Barbacena, na Santa Casa de Misericórdia; em Patos de Minas, no Hospital Regional Antônio Dias; e em Varginha, na Fundação Municipal (GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2011).

Em 2010, os autores do projeto realizaram um estudo epidemiológico, transversal, descritivo e exploratório, desenvolvido com base de dados secundários de 820 gestantes internadas em uma Casa da Gestante em Belo Horizonte. Os resultados demonstraram que a assistência prestada nesse serviço promoveu a melhoria do quadro clínico de internação das gestantes de alto risco. Os índices materno-perinatais encontrados demonstraram que a Casa da Gestante é, possivelmente, uma estratégia interessante para redução dos índices de mortalidade materna e perinatal. Entretanto, devido ao delineamento epidemiológico do estudo ter sido do tipo transversal, descritivo e exploratório, sem base de comparação com outro cenário que atendesse gestantes de perfil semelhante, não foi possível comprovar que o programa tem impacto na melhoria das condições materno-perinatais (NAZARETH, 2010; PIMENTA *et al.*, 2012).

Portanto, os resultados provenientes do presente estudo serão importantes para a discussão quanto à adoção desse tipo de assistência no cenário atual das políticas públicas de saúde e suas possíveis repercussões nos indicadores de saúde maternos e perinatais.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Geral**

- Analisar a associação dos modelos de assistência à gestante de alto risco (Casa da Gestante *versus* o tradicionalmente hospitalar) com os indicadores de saúde maternos e perinatais.

### **1.1.2 Específicos**

- Caracterizar os perfis demográficos, socioeconômicos e obstétricos das gestantes internadas e as condições dos recém-nascidos, segundo o modelo de assistência.
- Estimar a associação do modelo de assistência com os indicadores de saúde maternos e perinatais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Evolução de programas e políticas públicas de saúde materna no Brasil

No Brasil, em 1940, houve a criação do Departamento Nacional da Criança, que enfatizava os cuidados com as crianças e com as mães, referindo-se à amamentação e à gestação. Em 1970, foram implantados o Programa de Saúde Materno-Infantil e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco. Na década de 1980, com o processo de redemocratização, os movimentos sociais tiveram importante participação na política, e a pressão popular culminou na aprovação de leis e políticas públicas, que se estenderam até os anos de 2000, com a formulação de programas e estratégias de saúde pública. É importante destacar a participação do Movimento Feminista brasileiro na construção do novo modelo político, cujas reivindicações favoreceram as primeiras políticas de apoio e humanização à saúde materno-infantil, destacando-se em 1983 a formulação, juntamente com o Ministério da Saúde (MS), do Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM), voltado para a atenção à saúde da mulher em sua totalidade (NETO, 2008).

Leal (2008) ressalta que os comitês de óbitos maternos, iniciados em 1988 em São Paulo, seriam uma estratégia importante utilizada para reduzir a mortalidade materna, pois objetivava a melhoria na qualidade de notificação dos óbitos, o conhecimento das causas e a monitorização da ocorrência. Porém, mesmo com o avanço na atenção básica e hospitalar às gestantes e com a atuação dos comitês, as ações se mostraram menos efetivas para redução da mortalidade do que o esperado, pois ainda permanecem causas de óbito consideradas evitáveis se uma assistência melhor fosse prestada no pré-natal e no parto.

Alencar Junior (2006) e Amaral, Luz e Souza (2007) relatam iniciativas internacionais que, nos anos de 1980 e 1990, propunham a redução da morte materna ao colocar a maternidade segura como prioridade, com assistência qualificada à gestante de risco e ao parto seguro, como a *Safe Motherhood Initiative* e *Making Pregnancy Safe*.

A década de 1990 foi marcada por grandes avanços brasileiros, como a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, a obrigatoriedade do alojamento conjunto e, em 1994, o Ministério da Saúde lança a iniciativa do Hospital Amigo da Criança. Nesse mesmo ano iniciam-se as ações do Programa de Saúde da Família (NETO *et al.*, 2008). Vale ressaltar a importância da criação do Sistema Único de Saúde - SUS - em 1990, com reconhecimento ao acesso universal e à promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 1990).

Em 1998, foi instituído o sistema de apoio para atendimento à gestação de alto risco. Um dos objetivos do programa foi qualificar os recursos humanos e melhorar a qualidade da assistência às mulheres na perspectiva do atendimento humanizado. A conformação do Sistema de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco foi estabelecida pelos Gestores Estaduais e homologada pelas Comissões Intergestores Bipartite. Sendo assim, há uma rede de atendimento hierarquizada e organizada nos diferentes níveis de complexidade em todos os estados brasileiros. Para inclusão de unidades nesse sistema, há critérios e requisitos específicos a serem cumpridos, nos níveis secundário e terciário. No nível terciário de atendimento é facultativo oferecer o serviço de unidade de apoio para as gestantes de alto risco que necessitam de observação e acompanhamento prolongado hospitalar, conhecido como Casa da Gestante (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011).

No contexto assistencial, a Casa da Gestante representa uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção. Além disso, esse serviço tem por objetivo a diminuição dos custos hospitalares, a humanização da atenção, a diminuição de riscos, bem como a ampliação dos espaços de atuação dos profissionais de saúde, em especial os da enfermagem (SILVA, 2005).

Os avanços na rede de proteção à saúde materno-infantil permaneceram, e em 2000 houve a criação do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. Dentre as principais linhas de ação do programa está a classificação do risco gestacional, que garante o vínculo e o acesso das gestantes às unidades de referência. Além da implantação das Centrais Obstétricas e Neonatais (estadual, regional e municipal) e dos Sistemas Móveis de Atendimento à Gestante, conta também com o financiamento técnico, operacional e de equipamentos para assistência ao parto e ao recém-nascido (RN) em hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) (NETO *et al.*, 2008; BRASIL 2011).

Ainda em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu os oito objetivos do milênio (ODM). Os estados membros das Nações Unidas assumiram o compromisso de segui-los, para a humanidade tornar-se livre da pobreza extrema, da fome, do analfabetismo e dos agravos à saúde até 2015. Dentre esses objetivos destacam-se o quarto (redução da mortalidade infantil) e o quinto (melhorar a saúde materna), com redução de três quartos dos óbitos maternos (ONU, 2011). Para atingir a quinta meta do ODM, o Brasil deverá apresentar uma RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2010).

Assim, a assistência prestada nos serviços extra-hospitalares para gestantes de alto risco demonstra estar voltada para melhoria da saúde materna e, conseqüentemente, redução da mortalidade na infância, fato diretamente relacionado com os ODM propostos pela ONU, especificamente os objetivos 4 e 5 (ANDEMICHAEEL *et al.*, 2009)

Em 2003, Minas Gerais desenvolveu o programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna – Viva Vida, uma parceria entre governo e sociedade civil organizada, que investe recursos governamentais para construção, reforma e aquisição de equipamentos para melhoria da assistência, além do investimento na implantação de pontos de apoio à atenção à saúde, como os Centros Viva Vida e as Casas de Apoio à Gestante. A estratégia de estruturação da Rede Viva Vida tem por objetivo a destinação de recursos financeiros para construção, reforma e aquisição de equipamentos para os pontos de atenção à saúde que foram definidos na modelagem da Rede de Atenção. Há ações programáticas voltadas para elaboração e implantação de linhas-guias e protocolos clínicos, capacitações em saúde da criança e da mulher, além da criação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e Prevenção do Óbito Fetal e Infantil (VIVA VIDA, 2011).

Em 2004, o PAISM foi ampliado em suas ações, juntamente com diversos setores da sociedade, e foi elaborado o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que tem como um dos objetivos a promoção da melhoria das condições de vida das mulheres, com ampliação do acesso aos serviços de saúde, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no SUS. Dessa forma, há uma contribuição para redução da mortalidade feminina, principalmente por causas evitáveis. Nesse mesmo período, houve o lançamento da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que contribui para a promoção da saúde materna e infantil, sendo um de seus pressupostos a atenção qualificada e humanizada à gestante e ao seu recém-nascido. A agenda visa também às estratégias de ação de vigilância da mortalidade materna e infantil (NETO *et al.*, 2008; BRASIL 2011).

Calderon; Cecatti e Vega (2006) relatam que as organizações de saúde mundiais elaboraram guias assistenciais específicos embasados na medicina fundamentada na evidência, com intuito de oferecer assistência qualificada e efetiva na prevenção da morbimortalidade materna. Citam publicações como: *What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions – Module 1 – Safe Motherhood* e *The Safe Motherhood Strategies Project*, que são pautadas em evidências científicas e destacam práticas benéficas na assistência pré-natal para prevenir a morte materna, cujas estratégias são as intervenções voltadas à promoção da saúde materna e prevenção de riscos.



No período de 2007 a 2009, dentre as principais ações realizadas na área da saúde da mulher, no País, incluem-se: realização da campanha nacional de incentivo ao parto normal e diminuição das cesárias desnecessárias, atualização do manual da gestação de alto risco, apoio à implantação e formação de comitês de óbito materno (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2010).

Em 2010, foram realizadas oficinas de Formação em Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e atuação em comitês de óbitos, com o objetivo de contribuir para a qualificação da investigação de óbitos materno, fetal e infantil, o que contribuirá para o fortalecimento das ações para atingir os ODM 4 e 5 (BRASIL, 2011).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou uma estratégia, operacionalizada pelo SUS, que será implantada em todo território nacional, conhecida como Rede Cegonha, fundamentada nos princípios da humanização da assistência. É uma rede de cuidados que visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção assistencial à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A proposta ministerial atende à necessidade da organização da rede de atenção materno-infantil, tendo em vista as altas taxas de mortalidade materno e neonatal. Dentre os investimentos, pretende-se construir/reformar “Casas de Gestante”, para bebês e puérperas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Neto *et al.* (2008) ressaltam que os elevados índices de mortalidade materna mantidos ao longo dos anos devem ser pensados e relacionados com a trajetória da implantação de políticas públicas para melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher.

## **2.2 A humanização da assistência obstétrica**

A Política Nacional de Humanização (PNH) é um importante marco para a construção de práticas de saúde que respeitem o cidadão. Esta política brasileira parte da positivação de ações inovadoras nos serviços de saúde, nos espaços da gestão e do cuidado. Procura investir no aprimoramento e na disseminação de diretrizes e dispositivos operados na rede, visto que esta foi construída a partir de experiências concretas aprimoráveis e multiplicáveis (PASCHÉ, 2009; BRASIL, 2009b; PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

A humanização da assistência em saúde é compreendida pela valorização dos diferentes sujeitos no processo de produção da saúde, com autonomia, protagonismo, vínculos

solidários, corresponsabilização no cuidado e participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2009b).

Dentre as diretrizes apontadas pela PNH que sinalizam para construções coletivas, destacam-se o fomento de redes de valorização do trabalho e do trabalhador e a ambiência. A produção dos sujeitos e de saúde decorre da organização de seus espaços de trabalho. Esses espaços devem refletir princípios e diretrizes do SUS em relação à humanização da saúde, com os sujeitos envolvidos na construção do cuidado e da gestão. O ambiente deve ser acolhedor, agradável e responder aos interesses dos trabalhadores e usuários, ou seja, favorecer a produção de bem-estar e saúde (PASCHE, 2009).

A atenção no ambiente hospitalar, assim como a formulação e efetivação de políticas e estratégias relacionadas à sua assistência, apresenta-se como grande desafio na atual conjuntura ministerial. Vários aspectos estão relacionados à atenção no ambiente hospitalar, como fatores financeiros, assistenciais e organizacionais, além da definição do local ocupado pelo hospital em um conjunto de redes de serviços específicos, por exemplo, os serviços de atenção ao parto e à gestação de alto risco. Enfatizando o modelo assistencial, o grande desafio seria resgatar o cuidado integral do ser humano, com a humanização e qualificação das relações do usuário e da equipe de saúde, baseadas em suas singularidades e relação respeitosa (WANDERLEY, 2011).

O modelo biomédico fragmentado e intervencionista adotado no Brasil não é diferente do adotado na área obstétrica, que expõe as mulheres a atos desnecessários e invasivos, sem embasamento científico atual que os sustentem. Na maioria das vezes ignora-se a fisiologia do parto, o que resulta em altas taxas de morbimortalidade materna e perinatais não compatíveis com a tecnologia disponível. Vários movimentos governamentais e não governamentais em busca de uma assistência mais humanizada vêm tentando mudar essa realidade nas últimas décadas, o que torna importante a participação de gestores, profissionais de saúde e comunidade na reivindicação de adoção de políticas públicas que visem à melhor qualidade assistencial (DIAS; DOMINGUES, 2005; MOURA *et al.*, 2007).

Segundo Dias e Domingues (2005, p. 704),

*A proposta de humanização da assistência ao parto sofre influência direta do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e aderência dos gerentes à proposta, da capacitação e sensibilidade dos profissionais, mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde, uma relação entre dois seres humanos e, portanto, sujeita aos inevitáveis aspectos de suas subjetividades.*

Para a efetiva humanização do parto é necessário que os envolvidos na assistência compreendam a vivência daquele momento para a parturiente e que ela tenha poder de

escolha e participação ativa no nascimento de seu filho (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

Malheiros *et al.* (2012) acreditam que uma assistência mais humanizada só ocorrerá quando o modelo tecnocrático for desconstruído e o profissional de saúde se tornar um facilitador não intervencionista desnecessariamente do processo do nascimento, em relação à fisiologia e à autonomia da mulher.

Silva, Barbieri e Fustinoni (2011) estudaram as experiências de mulheres que tiveram seus filhos em instituição que oferece assistência inspirada em um modelo humanizado. Ao buscarem compreender o processo do nascimento, essas mulheres tiveram oportunidade de resgate de sua autonomia, mesmo no momento de dor e medo, durante o trabalho de parto. Os autores acreditam ser necessário que a mulher esteja informada e preparada para o processo do parto, com uma reflexão sobre seu papel de protagonista nesse evento e a busca de autonomia mediante o conhecimento de seus direitos.

Olhares múltiplos diante de fenômenos complexos como o adoecimento e os agravos de saúde ampliam a eficácia da prática em saúde. É nesse contexto que o trabalho em equipe, que desfragmenta o trabalho centralizado ao articular os diferentes saberes tecnológicos, favorece a efetividade das práticas em saúde. O PNH aposta na cogestão, ou gestão compartilhada, em que os profissionais são corresponsabilizados pelo cuidado e o trabalho é organizado em equipes integradas, com relações clínicas mais coletivas, o que permite uma experiência de trabalho mais gratificante, refletindo em uma produção de saúde mais potencializada (DÁRIO, 2011).

O relacionamento interprofissional na assistência ao trabalho de parto e no parto, para aqueles que buscam melhor atenção dispensada às parturientes, em um contexto respeitoso e igualitário, está ligado à qualidade da assistência e à visão holística da mulher, o que se torna imprescindível em relação ao processo de mudanças de paradigmas para a humanização. Porém, ainda persistem as relações de poder de alguns profissionais envolvidos na assistência, que rotineiramente tratam o próximo de forma abusiva e desrespeitosa, o que pode constituir em atos de violência institucional a essas mulheres (WOLFF, WALDOW, 2008).

Profissionais comprometidos e qualificados que atuem de maneira respeitosa e ética e que incentivem as mulheres a exercer a autonomia durante o processo do nascimento fortaleceriam a assistência dita humanizada (MOURA *et al.*, 2007).

A enfermagem obstétrica à atenção aos partos está inserida no contexto da humanização da assistência, porém como esse espaço é de atuação médica no cenário brasileiro, depara-se com a dificuldade de implementação no processo assistencial.

Desmedicalizar o parto é um grande desafio, mesmo que haja evidências científicas para mudança desse tipo de modelo tradicional. Este desafio está relacionado ao enfraquecimento de um poder estabelecido e ao abandono de rotinas, com perda do controle do processo de parir já institucionalizado. Os médicos obstetras deveriam repensar sua importância na assistência às gestantes e parturientes, com atitudes menos intervencionistas e que reforcem a importância do suporte físico e emocional que essas mulheres necessitam (DIAS, DOMINGUES, 2005).

Dias e Domingues (2005) acreditam que apenas substituir o profissional médico pela enfermeira obstetra não resultaria necessariamente na humanização da assistência, visto suas peculiaridades e sua importância no trabalho em equipe. Porém, se a atuação da enfermagem obstétrica estiver inserida em uma nova lógica de cuidado, as condições para mudança estarão estabelecidas.

### **2.3 A mortalidade materna no Brasil**

Desde a década de 1990, observa-se redução na mortalidade materna, cuja razão de mortalidade materna (RMM) era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV). Essa taxa declinou para 75 óbitos por 100 mil NV em 2007, o que corresponde à redução de quase 47% em 18 anos. No mesmo período, a mortalidade materna por causas diretas diminuiu 56%. Os óbitos maternos por hipertensão foram reduzidos em 62,8%; por hemorragia, em 58,4%; por infecções puerperais, em 46,8%; por aborto, em 79,5%; e por doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério, em 50,7% (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2010).

Apesar desse cenário, o Brasil está abaixo da meta do milênio relacionada à mortalidade materna, uma vez que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera elevada RMM acima de 25/100.000 NV (MORSE *et al.*, 2011).

No que diz respeito às macrorregiões do País, as maiores RMM estão presentes nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, o que revela as desigualdades socioeconômicas e aponta para a necessidade de monitoramento e intervenções diferenciadas, de acordo com as realidades e estimativas locais. As mortes maternas por causas obstétricas diretas são responsáveis por aproximadamente dois terços desses óbitos, o que pode estar relacionado à baixa qualidade da atenção obstétrica e do planejamento familiar oferecida às mulheres brasileiras (BRASIL, 2009; MORSE *et al.*, 2011).

Para melhoria desses indicadores é necessária a articulação entre os níveis de atenção de forma hierarquizada e a adoção das medidas recomendadas pelas políticas e programas de

saúde materna e perinatal. Assim, o governo e a sociedade devem priorizar a identificação e a adoção de intervenções efetivas para redução da mortalidade materna. Além disso, a identificação de qualquer risco à saúde deve implicar atenção especializada, e se necessária a atenção básica a um serviço de nível mais complexo (ALENCAR JUNIOR, 2006; SOUZA *et al.*, 2006; CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006; AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007).

Um conceito discutido atualmente e que pode estar relacionado à gestação de alto risco e à mortalidade materna seria o *Near Miss Materna*. Trata-se de casos de mulheres que sobreviveram a complicações graves ocorridas no período gravídico-puerperal, ou que tiveram disfunções orgânicas que se não fossem adequadamente tratadas teriam resultado em morte, como complicações de distúrbios hipertensivos, que são muito comuns e representativas nas taxas de mortalidade materna (AMARAL *et al.*, 2011; MORSE *et al.*, 2011).

Ao analisar os casos de *Near Miss*, pode-se avaliar a qualidade do serviço de saúde prestado a essas mulheres, com ênfase na importância da qualidade clínica oferecida no cuidado à gestante de risco e verificação de utilização de protocolos baseados em evidências científicas para o manejo clínico padronizado. O acompanhamento e o estudo dos casos têm a finalidade de melhorar e gerenciar a assistência prestada, o que, aliado ao monitoramento contínuo e à utilização dos dados para análise epidemiológica, poderá refletir nos estudos de morbimortalidade materna e até perinatal, com identificação ágil e análise de casos *Near Miss* (SOUZA *et al.*, 2006b; AMARAL *et al.*, 2011; MORSE *et al.*, 2011).

Os modelos assistenciais do estudo podem ser considerados serviços de prevenção de casos *Near Miss*, pois além de oferecer assistência pautada em protocolos institucionais, monitora diariamente as condições de saúde materno-fetais a fim de evitar agravos, e se for detectada a necessidade de intervenção, essa é feita em tempo hábil.

O modelo para avaliação de assistência, criado por Thaddeus e Maine, em 1990, visa estudar as mortes maternas. Esse modelo relaciona a mortalidade a uma série de atrasos na assistência, que impedem a mulher de ter acesso a uma assistência qualificada e eficaz em tempo hábil. O modelo, conhecido como *Three Delays*, ou Três Demoras, avalia as demoras à assistência obstétrica (HUNT; MESQUITA, 2010; PACAGNELLA, 2011). Essas demoras, explicitadas no Quadro 1, estão relacionadas ao direito à saúde (HUNT; MESQUITA, 2010).

De acordo com o modelo, a espera entre a complicação e o seu tratamento pode ser dividida em três fases de demora: 1<sup>a</sup>) a de procurar cuidados pelo indivíduo/família; 2<sup>a</sup>) a de alcançar a unidade para cuidados adequados; e a 3<sup>a</sup>) de receber o cuidado adequado. Essas demoras estão relacionadas entre si, e a mortalidade materna pode ser advinda da combinação desses atrasos (PACAGNELLA, 2011).

**Quadro 1**  
**Modelo *three delays* e o direito à saúde**

<i>Three Delays</i> e o Direito à Saúde	
<i>Three Delays</i>	Direito correspondente aos direitos de saúde e das liberdades
<b>1</b> Atraso em buscar auxílio médico apropriado para uma emergência obstétrica, por razões de custo, falta de reconhecimento de uma emergência, educação deficiente, falta de acesso à informação e à desigualdade de gênero.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O acesso à informação em saúde e educação.</li> <li>• O acesso a cuidados de saúde.</li> <li>• Gozo do direito à saúde com base na não discriminação e igualdade.</li> </ul>
<b>2</b> Atraso na obtenção de um local adequado, por motivos de infraestrutura, distância e transporte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso físico seguro para cuidados de saúde.</li> </ul>
<b>3</b> Atraso para receber assistência adequada devido à precariedade local, seja por desastres ou falta de pessoal, ou porque o abastecimento de água, eletricidade ou médico não estão disponíveis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um número adequado de profissionais de saúde.</li> <li>• A disponibilidade de medicamentos essenciais.</li> <li>• Água potável, saneamento e outros fatores determinantes da saúde.</li> </ul>

Fonte: Hunt e Mesquita (2010).

Quanto maior a demora na assistência obstétrica, maior a possibilidade de desfechos negativos na saúde materna. Os estudos de *Near Miss* podem utilizar, como base teórica, o modelo *Three Delays*, pois há o auxílio na identificação do erro assistencial (PACAGNELLA, 2011).

O modelo de *Three Delays* pode ser relacionado com a assistência prestada nos locais de estudo, se for comparado com a diminuição da demora em se obter o tratamento adequado. As fases I e II praticamente não existem, pois as gestantes de risco permanecem internadas em manejo conservador. Portanto, são fundamentais o conhecimento e a intervenção adequada do profissional que acompanha as pacientes, para encaminhamento oportuno e hábil para o ambiente hospitalar (no caso da Casa da Gestante) e para a conduta apropriada na enfermaria hospitalar, fato que conseqüentemente reflete na terceira fase: assistência obstétrica específica.

#### **2.4 A mortalidade perinatal no Brasil**

A mortalidade perinatal é considerada um indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção nesta área, pela relação estreita que guarda com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido (LANSKY, 2002).

O Brasil vem apresentando queda da taxa de mortalidade infantil desde a década de 1990, marco do início das ações dos ODM. A redução do óbito de crianças no País até 2008 foi, em média, 58%, porém persistem diferenças regionais marcantes, com maior diminuição

na Região Nordeste (65%), seguida pela Sudeste (57%) e Sul (55%). Na meta definida pela OMS para redução de dois terços na taxa de mortalidade infantil, a taxa brasileira deve ser reduzida para 17,9/1000 NV óbitos até 2015, devendo ser ressaltado que em 2008 essa taxa se encontrava em 22,8/1000 NV, sendo os óbitos concentrados no componente neonatal precoce (53%), principalmente por causa de morte relacionada às afecções perinatais (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2010).

As afecções perinatais estão relacionadas aos transtornos influenciados pela curta duração da gestação, pelos traumatismos de parto, entre outras causas, e frequentemente estão associadas ao baixo nível socioeconômico das mulheres, principalmente devido às condições precárias de assistência à mulher durante a gestação e o parto e aos cuidados oferecidos ao recém-nascido durante e após o parto. Entre 1990 e 2008, o risco de morrer por essas causas diminuiu de 15,4 para 8,1 óbitos por 1.000 NV, o que corresponde à redução de 47% (BRASIL, 2011).

Martins (2010), em seu estudo sobre mortalidade perinatal em Belo Horizonte, destaca que a melhoria da qualidade da assistência, a captação precoce das gestantes e a melhoria na condução do trabalho de parto e cuidado ao recém-nascido são ações que influenciariam a redução desse tipo de mortalidade no cenário nacional, visto que a mortalidade perinatal relaciona-se, além dos fatores do feto/recém-nascido (prematividade, baixo peso), também a fatores maternos (doenças maternas prévias e baixo nível socioeconômico). Para redução da mortalidade perinatal brasileira, torna-se prioritário o investimento na reestruturação da assistência à gestante e ao recém-nascido, com a articulação dos serviços de atenção básica e assistência ao parto (LANSKY, 2002) e incorporação de novas lógicas de atenção, como a implantação/implementação do Programa Casa da gestante, bebê e puérperas.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo e local de estudo

Este estudo epidemiológico, de corte retrospectivo, foi realizado em duas maternidades de referência para as gestantes de alto risco de Minas Gerais.

Uma das maternidades é uma instituição filantrópica, não governamental, onde todas as internações são feitas pela central de internações do SUS, que possui o programa Casa da Gestante para atendimento às grávidas de risco. Essa maternidade é reconhecida nacional e mundialmente pela atuação e autonomia da enfermagem obstétrica na linha de cuidado das gestantes internadas e na condução do trabalho de parto e parto.

A Casa da Gestante em questão foi implantada em 2006 e disponibiliza atualmente 22 leitos, ocupados exclusivamente por gestantes. Inicialmente, a gestante é admitida na maternidade, e após o diagnóstico obstétrico e a estabilização do quadro ela é transferida para a Casa da Gestante, para tentativa de manejo conservador. Caso o retorno hospitalar seja necessário, para interrupção gestacional ou outra condição relacionada ao quadro diagnóstico, este é feito em tempo hábil pela equipe do programa. Se houver melhora clínica do quadro de internação, a gestante pode receber alta e dar continuidade ao pré-natal de alto risco em seu centro de referência municipal.

A assistência na Casa da Gestante é realizada por uma equipe multiprofissional, pautada por protocolo institucional baseado em evidências científicas. Resalta-se a participação da enfermeira obstetra nesse cuidado, com consultas de enfermagem diárias e atuação no reconhecimento de maiores riscos para encaminhamento ao ambiente hospitalar ou necessidade de discussão com os outros profissionais da equipe para mudança no plano de cuidado do manejo conservador.

Ao rever a possibilidade de uma assistência clínica em ambiente semelhante ao do domicílio, com cuidados característicos de um hospital, leva-se em conta a humanização da assistência e da ambiência. Além disso, o cuidado prestado considera as questões sociais e a vivência das mulheres e dos familiares, e demonstra ser uma nova lógica de assistência, com perspectivas sociais, culturais e holísticas (NAZARETH, PIMENTA, SOUZA, 2012; PIMENTA *et al.*, 2012).





Fonte: Comunicação do Hospital da Casa da Gestante, Belo Horizonte, MG, 2013.

**Figura 1**  
**Dormitório das pacientes internadas na Casa da Gestante.**



Fonte: Comunicação do Hospital da Casa da Gestante, Belo Horizonte, MG, 2013.

**Figura 2**  
**Atividade lúdica em área de lazer da Casa da Gestante.**



Fonte: Comunicação do Hospital da Casa da Gestante, Belo Horizonte, MG, 2013.

**Figura 3**  
**Enfermeira obstetra presta assistência à gestante na Casa da Gestante.**

O outro cenário é um hospital universitário, público e geral, com atendimento integrado ao SUS, referência municipal e estadual a pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade, com pré-natal de alto risco especializado e medicina fetal. Não contempla o programa Casa da Gestante, mas possui uma enfermaria de casos clínicos na maternidade.

Os leitos destinados às gestantes de alto risco em manejo conservador encontram-se na enfermaria clínica, que pertence ao setor Alojamento Conjunto da maternidade. Ocasionalmente os leitos podem ser ocupados por puérperas e seus recém-nascidos, por indisponibilidade de leitos de alojamento nas outras enfermarias.

A assistência é pautada por protocolo institucional e não há a atuação da enfermagem obstétrica em nenhum setor da maternidade. Por ser um hospital universitário, os atendimentos são realizados pelos residentes em obstetrícia e seus respectivos preceptores.



Fonte: arquivo pessoal, Belo Horizonte, MG, 2013.

**Figura 4**  
**Setor de internação das gestantes de alto risco no ambiente hospitalar.**



Fonte: arquivo pessoal, Belo Horizonte, MG, 2013.

**Figura 5**  
**Enfermaria hospitalar de internação de gestantes de alto risco.**

### **3.2 População em estudo**

A amostra estudada foi composta de gestantes de alto risco internadas para manejo conservador e de seus respectivos recém-nascidos. Foram consideradas as internações iniciadas em 1<sup>o</sup> de janeiro até 31 de dezembro de 2010.

#### **3.2.1 Critério de inclusão**

Foram incluídas todas as gestantes com idade gestacional entre 22 e 36,6 semanas, que permaneceram pelo menos um dia internada, com tentativa de manejo conservador, e que evoluíram para o parto na instituição.

#### **3.2.2 Critérios de exclusão**

Não foram incluídas as gestantes que apresentaram: a) fetos com malformação incompatível com a vida; b) mães drogatícias (por não permanecerem na Casa da Gestante, mas podendo internar na enfermaria hospitalar); c) mulheres que evadiram ou receberam alta da instituição por melhora clínica (pois não seria possível avaliar variáveis relacionadas ao parto e recém-nascido); e d) internação social (por não permanecerem na enfermaria hospitalar, mas com possibilidade de internação na Casa da Gestante, por exemplo, mulheres provenientes de interior do Estado que não possuem assistência adequada em sua origem, mulheres sem possibilidade de retorno para o lar por falta de condições financeiras).

### **3.3 Coleta de dados**

As gestantes admitidas nas maternidades de referência para o estudo em questão, ao serem internadas, seja para o parto ou por alguma intercorrência clínica, possuem seus dados específicos preenchidos em um formulário criado pelo Sistema Informático Perinatal do Centro Latino-Americano de Perinatologia da Organização Panamericana de Saúde (SIP-CLAP) (Anexo 1).

O SIP-CLAP é uma ficha clínica perinatal de coleta de dados padronizado que contém informações sobre antecedentes obstétricos, a gravidez atual, o tipo de parto, as condições do RN e a alta hospitalar, ou seja, é um formulário sumarizado com indicadores básicos de assistência, com identificação do risco materno e perinatal. Essa ficha é utilizada como fonte de dados para análises epidemiológicas e foi desenvolvida para acompanhamento assistencial individual, com principais variáveis que compõem um padrão de assistência adequado (REGO, 2008).

Os dados para esta pesquisa foram coletados no SIP-CLAP e complementados, em alguns casos, com os de outros impressos presentes no prontuário de cada gestante. Os dados coletados foram inseridos em formulário próprio da pesquisa (Apêndice 1) e, então, incluídos em um banco de dados criado e digitado pela pesquisadora.

A coleta dos dados nos ambientes estudados foi executada por quatro acadêmicas da Universidade Federal de Minas Gerais (três do curso de Enfermagem e um do curso de Gestão dos Serviços de Saúde), previamente treinadas, capacitadas e supervisionadas pela pesquisadora, que desenvolveram a seguinte sistemática conforme o cenário do estudo:

a) Casa da Gestante: Conta com um livro de registro próprio, com informações das gestantes ali internadas, como número do prontuário, data de internação, procedência, idade materna, idade gestacional à internação, diagnóstico de internação, data de transferência para o hospital, data de alta do programa, motivo de alta/transferência, data do parto, observações (preenchimento de dados do RN, como sexo, peso e índice de Apgar).

Após análise dos critérios de inclusão e de exclusão das gestantes registradas no livro da instituição em 2010, foi solicitado ao Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME) o prontuário correspondente para análise das informações no SIP-CLAP, completude e verificação das informações e complementação do formulário específico da pesquisa.

b) Enfermaria hospitalar: foram analisados todos os SIP-CLAP das gestantes internadas no serviço hospitalar que contempla a enfermaria, em 2010, e que preencheram os critérios de inclusão e de exclusão do estudo. Após análise desses critérios, foram solicitados ao SAME os prontuários dessas mulheres para completude e verificação das informações e complementação do formulário específico da pesquisa.

No Quadro 2 está listado o número de prontuários avaliados para a pesquisa.

**Quadro 2**  
**Prontuários analisados nos cenários de estudo. Belo Horizonte, 2010**

Local Prontuário	Enfermaria Hospitalar	Casa da Gestante
Total de SIP – CLAP	175	476
Não preencheram critério de inclusão	91	200
Perda de informação por falta de prontuário	19	29
<b>Amostra final</b>	<b>65</b>	<b>247</b>

### **3.3.1 Variáveis do estudo**

#### **3.3.1.1 Variável de exposição**

A variável de exposição do estudo está relacionada ao modelo de assistência no qual as gestantes de alto risco estão submetidas à internação, ou seja, Casa da Gestante ou maternidade tradicionalmente hospitalar (enfermaria hospitalar).

#### **3.3.1.2 Variáveis de ajustamento**

##### **a) Variáveis relacionadas às características individuais e demográficas**

###### Procedência

Foi subdividida da seguinte maneira: Belo Horizonte; outras cidades da região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e cidades do interior de Minas Gerais.

As cidades da RMBH são: Baldim, Jaboticatubas, Matozinhos, Pedro Leopoldo, Lagoa Santa, Taquaraçu de Minas, Nova União, Confins, São José da Lapa, Vespasiano, Santa Luzia, Capim Branco, Sabará, Caeté, Igarapé, Itatiaiuçu, Itaguara, Esmeraldas, Ribeirão das Neves, Contagem, Nova Lima, Raposos, Rio Acima, Betim, Ibirité, Brumadinho, São Joaquim de Bicas, Mário Campos, Sarzedo, Florestal, Juatuba, Mateus Leme e Rio Manso (MINAS GERAIS, 2012).

###### Idade materna

A idade materna foi estratificada da seguinte forma: gestantes adolescentes (faixa etária entre 12 e 18 anos) (WHO, 2013), mulheres adultas entre 19 e 35 anos, e mulheres com gravidez em idade avançada (35 anos ou mais) (BRASIL, 2010).

###### Escolaridade

A escolaridade foi dividida de acordo com as opções do SIP-CLAP em: nenhuma, fundamental, médio ou universitário.

###### Estado civil

Classificado de acordo com as opções do SIP-CLAP em: casada, solteira, união estável e outra.

### Cor de pele

A cor de pele foi subdivida em: branca, mulata, negra e outras, sendo esta característica autodeclarada pela paciente, de acordo com as opções do SIP-CLAP.

### Paridade

A paridade foi classificada de acordo com a história obstétrica atual registrada: primigesta, caso tenha sido a primeira gestação, e primípara, caso seja o primeiro parto.

### História pregressa pessoal

Foram consideradas as seguintes patologias pregressas à gestação, registradas no SIP-CLAP: diabetes, hipertensão arterial (HA), pré-eclâmpsia (PE) e eclampsia.

### Número de consultas de pré-natal

As consultas foram classificadas numericamente em: nenhuma, menor que seis consultas e maior ou igual a seis consultas. Em algumas análises, a variável foi dicotomizada em  $< 6$  consultas e  $\geq 6$  consultas (BRASIL, 2012).

### Idade gestacional à internação

Em relação à idade gestacional (IG) no momento da internação, foram subdivididos os grupos da seguinte forma: prematuro extremo (22 semanas a 31 semanas e seis dias) e prematuro tardio (32 semanas a 36 semanas e seis dias) (BRASIL, 2009).

### Sexo do Recém-Nascido

Divididos em feminino e masculino.

## **b) Variáveis relacionadas à internação da gestante**

### Motivo de internação

Os diagnósticos foram analisados e subdivididos nos seguintes grupos: trabalho de parto prematuro (TPPT); relacionado à pressão arterial (PA) (hipertensão arterial crônica e gestacional, pré-eclâmpsia, eclampsia, pré-eclâmpsia sobreposta); à ruptura prematura de membranas pré-termo (RPMPT); e outras, relacionadas ao feto (gemelares, crescimento intrauterino restrito, alterações de Doppler, crescimento fetal discordante), sangramento

(placenta prévia); relacionado ao líquido amniótico (LA) (oligohidrâmnio, polidrâmnio e anidramnio); e às endocrinopatias (diabetes I e II e gestacional)].

### **3.3.1.3 Variáveis de desfecho**

#### **a) Variáveis relacionadas à assistência prestada**

##### Início do trabalho de parto

Dividido em espontâneo (quando a paciente entra em trabalho de parto sem interferência de fármacos); e induzido (intervenção de fármacos para iniciar trabalho de parto). Neste subitem foram consideradas também as cesarianas programadas e as iterativas, conforme SIP-CLAP.

##### Tipo de parto

A via de parto foi dividida para análise em: normal, cesariana e fórceps. Em algumas análises, essa variável foi categorizada em normal/fórceps e cesariana.

##### Analgesia no parto

Quando utilizado ou não analgesia no parto normal.

##### Episiotomia no parto

Realizada a episiotomia ou não no parto normal.

##### Ocitocina no trabalho de parto

Uso de ocitocina ou não durante o trabalho de parto.

##### Idade gestacional do recém-nascido ao nascimento

Em relação à idade gestacional ao nascimento, foram subdivididos os grupos da seguinte forma: prematuro extremo (22 semanas a 31 semanas e seis dias), prematuro tardio (32 semanas a 36 semanas e seis dias) e termo (37 a 40 semanas e seis dias) (BRASIL, 2009).

##### Destino do recém-nascido

Trata-se do setor para o qual o recém-nascido foi encaminhado logo após o parto. Dividido de acordo com o destino de internação do RN: permaneceu com a mãe em alojamento conjunto (AC) ou encaminhado à neonatologia (Unidade de Tratamento Intensivo ou Unidade de Cuidados Intermediários).



### Apgar no 5º minuto

O índice de Apgar no 5º minuto foi classificado em menor do que 7 e a partir de 7. Esse indicador é utilizado para verificação do estado clínico do RN e relaciona-se ao diagnóstico de hipóxia ou sofrimento fetal, sendo um importante indicador de risco para morbimortalidade perinatal. O índice avalia a frequência cardíaca, a respiração, o tônus muscular, a irritabilidade reflexa e a coloração da pele. Quando, na escala de 0 a 10, o valor somado for menor que 7, é diagnosticada hipóxia fetal (CORREA *et al.*, 2006; KILSZTAJN *et al.*, 2007).

### Reanimação do recém-nascido

O RN foi considerado reanimado quando entubado e/ou recebeu massagem cardíaca e, ou, utilizou fármacos para este fim. Não foram considerados os cuidados de rotina, como estímulo ao nascimento ou uso de oxigênio isolado.

### Peso ao nascer

O peso ao nascer foi subdividido da seguinte maneira: muito baixo peso (menos que 1.500 g), baixo peso (1.500 a 2.499 g) e peso esperado (2.500 a 4.490 g) (BRASIL, 2009).

### Morte na sala de parto

Se houve óbito perinatal ou não no momento do nascimento. Considerados os natimortos também.

## **3.3.2 Armazenamento dos dados**

Os dados foram inseridos em um banco de dados desenvolvido no *software* estatístico Epi-Info (versão 3.5.1). A inserção foi realizada pela pesquisadora.

## **3.3.3 Análise dos dados**

A amostra foi caracterizada pela distribuição de frequências absolutas e relativas e pelas medianas das variáveis, segundo o modelo de assistência (Casa da Gestante ou enfermaria hospitalar). Diferenças estatísticas foram avaliadas com o uso dos testes de qui-quadrado de Pearson ou Mann-Whitney.

A análise estatística multivariada foi realizada para o ajuste de potenciais fatores de confusão da relação entre a exposição (modelo de assistência) e os desfechos. Para tal, os

fatores de confusão foram considerados conforme a definição clássica, ou seja, variáveis que se associam tanto à exposição quanto ao desfecho em análise (PAGANO; GAUVREAU, 2004). Também foram utilizadas três técnicas de acordo com o delineamento da análise e as características das variáveis de desfecho: a) regressão de Poisson com variâncias robustas, sendo a força de associação calculada pela razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%, nos casos em que se avaliou o desfecho de maneira transversal; b) da regressão de Cox, sendo a força de associação calculada pela *Hazard Ratio* (HR) e seus respectivos IC 95%, nos casos em que se avaliou o desfecho de maneira longitudinal; c) da regressão logística multinomial, sendo a força de associação calculada pela *odds ratio* (OR), nos casos em que o desfecho tinha mais do que duas categorias.

Em todas as análises, o nível de significância estatística foi fixado em 5% ( $p < 0,05$ ), tendo elas sido realizadas com o auxílio do *software* estatístico STATA (versão 9.0).

### **3.4 Questões éticas**

O presente projeto de pesquisa está de acordo com os princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Anexo 2).

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Caracterização da amostra estudada

Na Tabela 1 estão as características pessoais, sociais e demográficas das gestantes internadas nas duas unidades estudadas. Observa-se que a maioria da amostra estudada foi composta por gestantes em idade adulta (73,4%), com a cor de pele mulata (43,6%), com nível de escolaridade fundamental (50,0%) e médio (42,6%), casadas ou em união estável (66,6%) e procedentes de cidades do interior (40,3%) ou da região metropolitana de Belo Horizonte (31,5%). Com relação a esta última variável, houve diferenças entre os cenários estudados, com maiores frequências de mulheres do interior (46,2%) e de Belo Horizonte (57,4%), respectivamente, internadas na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar.

Vale destacar ainda que as diferenças não foram estatisticamente significativas, que havia maior proporção de adolescentes internadas na Casa da Gestante (13,0%) e que, em contrapartida, as mulheres em idade avançada (20,0%) se internaram mais na enfermaria hospitalar (Tabela 1).

Nessa tabela estão listadas as características obstétricas relacionadas com o momento da internação das gestantes. A maioria era multípara (51,9%) ou primigesta (55,2%), com patologia relacionada à PA (39,7%) ou à RPMPT (29,8%), e apresentaram menos de seis consultas de pré-natal (51,7%). Com relação a essa última característica, houve diferenças entre os cenários de estudo, com maior proporção de mulheres que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal (57,4%), internadas na enfermaria hospitalar. Destaca-se, ainda, que a internação relacionada à PA foi maior na enfermaria hospitalar (58,5%).

Outro fator avaliado, no que se refere às características de internação das gestantes, foi o tempo de permanência nas unidades. Assim, as medianas calculadas para a internação na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar foram, respectivamente, de cinco dias (valor máximo = 73 dias) e quatro dias (valor máximo = 21 dias) ( $p < 0,05$ ).

Na Tabela 3 estão as patologias prévias à gravidez das pacientes internadas na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar. Observa-se que não houve diferenças estatísticas entre história pregressa de diabetes, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, segundo os cenários de estudo, com frequências baixas, respectivamente 4,1, 6,5 e 1,7%. Por outro lado, o histórico de hipertensão arterial apresentou maior prevalência nas mulheres internadas na enfermaria hospitalar (26,6%).

**Tabela 1**  
**Características pessoais, sociais e demográficas das mulheres internadas na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Casa da Gestante			Enfermaria Hospitalar			Total			P*
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	
<b>Idade materna (anos)</b>										0,112
Adolescente (12 – 18)	32	13,0	9,0-17,8	3	4,6	1,0-12,9	35	11,2	8,0-15,4	
Adulta (19 – 35)	180	72,9	66,9-78,3	49	75,4	63,1-85,2	229	73,4	68,1-78,2	
Avançada (Mais de 35)	35	14,2	10,1-19,2	13	20,0	11,1-31,8	48	15,4	11,7-20,0	
<b>Cor da pele</b>										0,162
Branca	65	28,5	22,7-34,8	20	31,3	20,2-44,1	85	29,1	24,0-34,7	
Mulata	107	46,9	40,3-53,6	29	45,3	32,8-58,3	136	43,6	40,7-52,5	
Negra	41	18,0	13,2-23,6	15	23,4	13,8-35,7	56	19,2	14,8-24,2	
Outras	15	6,6	3,7-10,6	0	0	-	15	5,1	2,9-8,3	
<b>Escolaridade</b>										0,777
Nenhuma	3	1,3	0,3-3,7	1	1,9	0-10,3	4	1,4	0,4-3,6	
Fundamental	113	48,7	42,1-55,3	29	55,8	41,3-69,5	142	50,0	44,0-56,0	
Médio	102	44,0	37,5-50,6	19	36,5	23,6-51,0	121	42,6	36,8-48,6	
Universitário	14	6,0	3,3-9,9	3	5,8	1,2-15,9	17	6,0	3,5-9,4	
<b>Estado civil</b>										0,787
Casada	81	34,8	28,7-41,3	26	40,6	28,5-53,6	107	36,0	30,6-41,8	
União estável	72	30,9	25,0-37,3	19	29,7	18,9-42,4	91	30,6	25,4-36,2	
Solteira	73	31,3	25,4-37,7	18	28,1	17,6-40,8	91	30,6	25,4-36,2	
Outros	7	3,0	1,2-6,1	1	1,6	0-1,6	8	2,7	1,2-5,2	
<b>Procedência</b>										< 0,001
Belo Horizonte	52	21,1	16,1-26,7	35	57,4	44,1-70,0	87	28,2	23,4-33,7	
Região Metropolitana	81	32,8	27,0-39,0	16	26,2	15,8-39,1	97	31,5	26,4-37,0	
Interior	114	46,2	39,8-52,6	10	16,4	8,2-28,1	124	40,3	34,7-46,0	

Nota: \* p = valor relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson.

**Tabela 2**  
**Características obstétricas relacionadas das mulheres internadas na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Casa da Gestante			Enfermaria Hospitalar			Total			P*
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	
<b>Diagnóstico de internação</b>										0,003
Relacionados ao TPPT	60	24,3	19,1-30,1	11	18,0	9,4-30,0	71	23,1	18,5-28,2	
Relacionados à PA	86	34,8	28,9-41,1	36	59,0	45,7-71,4	122	39,6	34,1-45,3	
Relacionados a RPMPT	82	33,2	27,4-39,4	10	16,4	8,2-28,1	92	29,9	24,9-35,4	
Relacionados ao feto, ao sangramento vaginal, a endocrinopatias e ao LA	19	7,7	4,7-11,8	4	6,6	1,8-15,9	23	7,5	4,9-11,1	
<b>Prematuridade à internação</b>										0,907
22 – 31,6 sem	116	47,0	40,6-53,4	30	46,2	33,7-59,0	146	46,8	41,2-52,5	
32 – 36,6 sem	131	53,0	46,6-59,4	35	53,8	41,0-66,3	166	53,2	47,5-58,8	
<b>Primigesta</b>										0,378
Sim	113	46,1	39,8-52,6	26	40,0	28,0-52,9	139	44,8	39,2-50,6	
Não	132	53,9	47,4-60,2	39	60,0	47,1-72,0	171	55,2	49,4-60,8	
<b>Primípara</b>										0,365
Sim	121	49,4	43,0-55,8	28	43,1	30,8-56,0	149	48,1	42,4-53,8	
Não	124	50,6	44,2-57,0	37	56,9	44,0-69,2	161	51,9	46,2-57,6	
<b>Pré-natal (consulta)</b>										0,044
Nenhuma	12	5,2	2,7-8,8	1	1,6	0,0-8,8	13	4,4	2,4-7,4	
Menos de 6	127	54,5	47,9-61,0	25	41,0	28,6-54,3	152	51,7	45,8-57,5	
A partir de 6	94	40,3	34,0-46,9	35	57,4	44,1-70,0	129	43,9	38,1-49,8	

**Nota:** \*p = valor relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson. **Legenda:** IC 95% = intervalo de confiança de 95%; TPPT = trabalho de parto prematuro; PA = pressão arterial; RPMPT = ruptura prematura de membranas Pré-Termo; e LA = líquido amniótico.

**Tabela 3**  
**Características relacionadas às doenças prévias à gestação atual das mulheres internadas na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar.**  
**Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Casa da Gestante			Enfermaria Hospitalar			Total			P*
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	
<b>Diabetes</b>										
Sim	8	3,5	1,5-6,8	4	6,3	1,7-15,2	12	4,1	2,1-7,1	0,329
Não	220	96,5	93,2-98,5	60	93,8	84,8-98,3	280	95,9	92,9-97,9	
<b>Hipertensão Arterial</b>										
Sim	25	11,0	7,2-15,8	17	26,6	16,3-39,1	42	14,4	10,6-18,9	0,002
Não	203	89,0	84,2-92,8	47	73,4	60,9-83,7	250	85,6	81,1-89,4	
<b>Pré-eclâmpsia</b>										
Sim	14	6,1	3,4-10,1	5	7,8	2,6-17,3	19	6,5	4,0-10,0	0,632
Não	214	93,9	89,9-96,6	59	92,2	82,7-97,4	273	93,5	90,0-96,0	
<b>Eclampsia</b>										
Sim	3	1,3	0,3-3,8	2	3,1	0,4-10,8	5	1,7	0,6-4,0	0,324
Não	225	98,7	96,2-99,7	62	96,9	89,2-99,6	287	98,3	96,0-99,4	

**Nota:** \*p = valor relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 4 estão as características relacionadas ao trabalho de parto e parto das gestantes que apresentaram este desfecho nos cenários estudados. A maioria das mulheres evoluiu para trabalho de parto espontâneo (47,9%) e teve parto normal (50,3%). Algumas variáveis foram estatisticamente mais presentes na enfermaria hospitalar em relação à Casa da Gestante: cesariana programada (50,0%), episiotomia (47,6%) e analgesia no parto normal (52,9%). O uso da ocitocina no trabalho de parto também foi mais frequente na enfermaria hospitalar (72,2%), porém esta diferença ficou próximo ao limite de significância ( $p = 0,071$ ).

Na Tabela 5 estão as características dos RN das gestantes estudadas. A maioria era do sexo feminino (51,5%), prematuro tardio [acima de 31 semanas (72,4%)], com índice de Apgar no 5º minuto a partir de 7 (94,8%), sem necessidade de reanimação na sala de parto (78,0%). A mortalidade do RN foi de 1,3%. O peso ao nascer das crianças diferiu entre os cenários estudados, com maiores incidências de muito baixo peso (45,3%) e de baixo peso (53,7%) naquelas nascidas, respectivamente, na enfermaria hospitalar e na Casa da Gestante. O destino do RN também foi distinto, segundo os cenários estudados, com maior proporção de encaminhamento para o alojamento conjunto na Casa da Gestante (38,8%) em detrimento da neonatologia na enfermaria hospitalar (76,3%).

#### **4.2 Associações do modelo de assistência com o histórico pessoal das gestantes e desfechos maternos e neonatais**

Constata-se a maior prevalência do diagnóstico relacionado à PA entre as gestantes internadas na enfermaria hospitalar (58,5%) (Tabela 1). Assim, para avaliar se essa associação sofria influência de alguma variável potencialmente confundidora, o diagnóstico de internação foi dicotomizado em hipertensão arterial, sim e não. Dessa maneira, a hipertensão arterial pregressa e a realização de consultas de pré-natal se constituíram como possíveis variáveis de confusão, tendo a idade materna também sido avaliada, ainda que ela não tenha se associado ao modelo de assistência. No entanto, apenas a hipertensão arterial pregressa se associou ao diagnóstico de hipertensão arterial na internação (Tabela 6), caracterizando-se como a única variável que se enquadra no perfil de confundidora, conforme apresentando previamente na metodologia.

Dessa maneira, a associação entre o modelo de assistência e o diagnóstico de hipertensão arterial foi ajustada pela história pregressa de hipertensão arterial (Tabela 7). Assim, a prevalência do diagnóstico de hipertensão arterial foi 45% maior entre as mulheres internadas na enfermaria hospitalar (RP = 1,45; IC 95% = 1,10 - 1,90), independentemente da história pregressa de hipertensão arterial.

**Tabela 4**  
**Características relacionadas ao trabalho de parto e parto das mulheres internadas na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Casa da Gestante			Enfermaria Hospitalar			Total			P*
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	
<b>Início do parto</b>										< 0,001
Espontâneo	115	54,0	47,0-60,8	11	22,0	11,5-36,0	126	47,9	41,7-54,1	
Induzido	38	17,8	12,9-23,7	14	28,0	16,2-42,5	52	19,8	15,1-25,1	
Cesariana programada	60	28,2	22,2-34,7	25	50,0	35,5-64,5	85	32,3	26,7-38,3	
<b>Tipo de parto</b>										0,007
Normal	135	54,9	48,4-61,2	21	32,8	21,6-45,7	156	50,3	44,6-56,0	
Cesariana	109	44,3	38,0-50,8	42	65,5	52,7-77,1	151	48,7	43,0-54,4	
Fórceps	2	0,8	0,1-2,9	1	1,6	0-8,4	3	1,0	0,3-3,0	
<b>Episiotomia</b>										< 0,001
Sim	3	2,9	0,6-8,1	10	47,6	25,7-70,2	13	10,3	5,6-17,0	
Não	102	97,1	91,9-99,4	11	52,4	29,8-74,3	113	89,7	83,0-94,4	
<b>Ocitocina no trabalho de parto</b>										0,071
Sim	42	48,8	37,9-59,8	13	72,2	46,5-90,3	55	52,9	42,8-62,8	
Não	44	51,2	40,1-62,1	5	27,8	9,7-53,5	49	47,1	37,2-57,2	
<b>Analgesia no parto normal</b>										0,003
Sim	13	18,1	10,0-28,9	9	52,9	27,8-77,0	22	24,7	16,2-35,0	
Não	59	81,9	71,1-90,0	8	47,1	23,0-72,2	67	75,3	65,0-83,8	

**Nota:** \*p = valor relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson. **Legenda:** IC 95% = intervalo de confiança de 95%.



**Tabela 5**  
**Características dos recém-nascidos das mulheres internadas na Casa da Gestante e na enfermaria hospitalar, Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Casa da Gestante			Enfermaria Hospitalar			Total			P*
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	
<b>Sexo</b>										0,900
Feminino	123	51,7	45,1-58,2	32	50,8	37,9-63,6	155	51,5	45,7-57,3	
Masculino	115	48,3	41,8-54,9	31	49,2	36,4-62,1	146	48,5	42,7-54,3	
<b>Peso</b>										0,001
Muito baixo peso (< 1.500g)	69	28,3	22,7-34,4	29	45,3	32,8-58,3	98	31,8	26,7-37,4	
Baixo peso (1500 – 2.500g)	131	53,7	47,2-60,1	18	28,1	17,6-40,8	149	48,4	42,7-54,1	
Peso esperado (> 2.500g)	44	18,0	13,4-23,4	17	26,6	16,3-39,1	61	19,8	15,6-24,8	
<b>Idade gestacional ao nascimento</b>										0,653
22 – 31,6 sem	67	27,1	21,7-33,1	19	29,2	18,6-41,8	86	27,6	22,8-32,9	
32 – 36,6 sem	138	55,9	49,4-62,2	38	58,5	45,6-70,6	176	56,4	50,7-62,0	
37 – 41 sem	42	17,0	12,5-22,3	8	12,3	5,5-22,8	50	16,0	12,2-20,7	
<b>Apgar 5º min.</b>										0,097
Menor que 7	10	4,1	2,0-7,4	6	9,2	3,5-19,0	16	5,2	3,1-8,4	
A partir de 7	234	95,9	92,6-98,0	59	90,8	81,0-96,5	293	94,8	91,6-96,9	
<b>Reanimação do RN</b>										0,282
Sim	46	20,6	15,5-26,5	17	27,0	16,6-39,7	63	22,0	17,4-27,3	
Não	177	79,4	73,5-84,5	46	73,0	60,3-83,4	223	78,0	72,7-82,6	
<b>Morte na sala de parto</b>										0,142
Sim	2	0,8	0,1-2,9	2	3,2	0,4-11,0	4	1,3	0,4-3,5	
Não	242	99,2	97,1-99,9	61	96,8	89,0-99,6	303	98,7	96,5-99,6	
<b>Destino</b>										0,031
Alojamento Conjunto	92	38,8	32,6-45,3	14	23,7	13,6-36,6	106	35,8	30,3-41,6	
Neonatologia	145	61,2	54,7-67,4	45	76,3	63,4-86,4	190	64,2	58,4-69,7	

**Nota:** \* p = valor relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson. **Legenda:** IC 95% = intervalo de confiança de 95%; e RN = recém-nascido.

**Tabela 6**  
**Prevalência do diagnóstico de internação da gestante relacionado à hipertensão arterial segundo variáveis potencialmente confundidoras da relação entre este desfecho e o modelo de assistência. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Hipertensão Arterial		P*
	N	%	
<b>Idade materna</b>			0,186
Adolescente	9	25,7	
Adulta	94	41,0	
Avançada	21	43,8	
<b>Hipertensão arterial pregressa</b>			
Sim	32	76,2	< 0,001
Não	88	35,2	
<b>Pré-natal (consulta)</b>			0,151
Nenhuma	3	23,1	
Menos de 6	55	36,2	
A partir de 6	58	45,0	

**Nota:** \* p = valor relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson.

**Tabela 7**  
**Associação entre modelo de assistência e diagnóstico de internação da gestante relacionado à hipertensão arterial ajustado por fator de confusão. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	RP	IC 95%	P*
<b>Modelo de assistência</b>			
Casa da Gestante	1,00	-	-
Enfermaria Hospitalar	1,45	1,10 – 1,90	0,008
<b>Diagnóstico prévio de HA</b>			
Não	1,00	-	-
Sim	1,99	1,54-2,56	<0,001

**Nota:** \* p = valor relativo ao teste de regressão múltipla de Poisson com variâncias robustas. **Legenda:** há = hipertensão arterial; RP = razão de prevalência; e IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Constatou-se maior proporção de realização de seis ou mais consultas de pré-natal entre as gestantes internadas na enfermaria hospitalar (57,4%) (Tabela 2). Nesse sentido, a fim de avaliar se essa relação sofria influência de alguma variável potencialmente confundidora, o número de consultas de pré-natal foi dicotomizada em menos de seis consultas, seis e mais consultas. Dessa maneira, a região de origem materna e o diagnóstico à internação foram avaliados como possíveis fatores de confusão, já que se associavam ao modelo de assistência (Tabela 1), sendo identificadas com tal perfil, pois também se relacionavam ao número de consultas de pré-natal (Tabela 8).

**Tabela 8**  
**Prevalência do número de consultas de pré-natal a partir de 6, segundo variáveis potencialmente confundidoras da relação entre este desfecho e o modelo de assistência. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Pré-Natal ( $\geq 6$ consultas)		P*
	N	%	
<b>Procedência</b>			0,036
Belo Horizonte	30	37,5	
Cidades da RMBH	34	37,8	
Interior	64	52,9	
<b>Diagnóstico de internação</b>			< 0,001
Relacionados ao TPPT	36	27,9	
Relacionados à PA	58	45,0	
Relacionados a RPMPT	22	17,1	
Relacionados ao feto, sangramento vaginal, endocrinopatias e ao LA	13	10,1	

**Nota:** \* p = valor relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson. **Legenda:** RMBH = região metropolitana de Belo Horizonte; TPPT = trabalho de parto prematuro; PA = pressão arterial; RPMPT = ruptura prematura de membranas pré-termo; e LA = líquido amniótico.

A associação entre o modelo de assistência e o número de consultas de pré-natal foi ajustada pela região de origem materna e pelo diagnóstico de internação da gestante (Tabela 9). Assim, a frequência de realização de seis e mais consultas de pré-natal foi 58% maior entre as mulheres internadas na enfermaria hospitalar (RP = 1,58; IC 95% = 1,21 - 2,07), independentemente da procedência e do diagnóstico de internação da gestante.

**Tabela 9**  
**Associação entre modelo de assistência e realização de seis ou mais consultas de pré-natal ajustado por fatores de confusão. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	RP	IC 95%	P
<b>Modelo de assistência</b>			
Casa da Gestante	1,00	-	-
Enfermaria Hospitalar	1,58	1,21 - 2,07	0,001
<b>Procedência</b>			
Belo Horizonte	1,00	-	-
Cidades da RMBH	1,17	0,80 - 1,71	0,424
Interior	1,67	1,19 - 2,33	0,003
<b>Diagnóstico de internação</b>			
Relacionados ao TPPT	1,00	-	-
Relacionados à PA	0,87	0,66 - 1,15	0,346
Relacionados a RPMPT	0,44	0,29 - 0,68	< 0,001
Relacionados ao feto, sangramento vaginal, endocrinopatias e ao LA	0,98	0,65 - 1,46	0,908

**Nota:** \* p = valor relativo ao teste de regressão múltipla de Poisson com variâncias robustas. **Legenda:** RMBH = região metropolitana de Belo Horizonte; TPPT = trabalho de parto prematuro; PA = pressão arterial; RPMPT = ruptura prematura de membranas pré-termo; LA = líquido amniótico; RP = razão de prevalência; e IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Constatou-se uma maior incidência de parto do tipo cesariana entre as gestantes internadas na enfermaria hospitalar (65,5%) (Tabela 4). Assim, para avaliar se essa relação sofria influência de alguma variável potencialmente confundidora, o tipo de parto foi recategorizado em normal/fórceps e cesariana. Dessa forma, o diagnóstico de internação e a cidade de origem da gestante configuraram-se como possíveis variáveis de confusão, tendo a idade materna também sido avaliada, ainda que ela não tenha se associado ao modelo de assistência. Entretanto, apenas o diagnóstico à internação se associou ao tipo de parto cesariano (Tabela 10), constituindo-se na única variável que se enquadra no perfil de confundidora.

**Tabela 10**  
**Incidência do tipo de parto cesariana segundo variáveis potencialmente confundidoras da relação entre este desfecho e o modelo de assistência. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Cesariana		P*
	N	%	
<b>Procedência</b>			0,148
Belo Horizonte	43	49,4	
Cidades da RMBH	40	41,2	
Interior	67	54,5	
<b>Idade materna</b>			0,186
Adolescente	9	25,7	
Adulta	94	41,0	
Avançada	21	43,8	
<b>Diagnóstico de internação</b>			< 0,001
Relacionados ao TPPT	11	15,5	
Relacionados à PA	93	75,0	
Relacionados à RPMPT	30	32,6	
Relacionados ao feto, sangramento vaginal, endocrinopatias e ao LA	17	73,9	

**Nota:** \* p-valor relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson. **Legenda:** RMBH: região metropolitana de Belo Horizonte; TPPT: trabalho de parto prematuro; PA: pressão arterial; RPMPT: ruptura prematura de membranas pré-termo; e LA: líquido amniótico.

A associação entre o modelo de assistência e o tipo de parto foi ajustada pelo diagnóstico de internação da gestante (Tabela 11). A incidência de parto cesariana foi 73% maior entre as mulheres internadas na enfermaria hospitalar (RP = 1,73; IC 95% = 1,19 - 2,52), independentemente do diagnóstico à internação.

**Tabela 11**

**Associação entre modelo de assistência e tipo de parto cesariana ajustado por fator de confusão. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	RP	IC 95%	P*
<b>Modelo de assistência</b>			
Casa da Gestante	1,00	-	-
Enfermaria Hospitalar	1,73	1,19 - 2,52	0,004
<b>Diagnóstico de internação</b>			
Relacionados ao TPPT	1,00	-	-
Relacionados à PA	6,43	3,41 - 12,11	< 0,001
Relacionados à RPMPT	3,23	1,60 - 6,50	0,001
Relacionados ao feto, sangramento vaginal, endocrinopatias e ao LA	4,66	2,16 - 10,06	< 0,001

**Nota:** \* p-valor relativo ao teste de regressão múltipla de Cox. **Legenda:** TPPT = trabalho de parto prematuro; PA = pressão arterial; RPMPT = ruptura prematura de membranas pré-termo; LA = líquido amniótico; RP = razão de prevalência; e IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Foram observadas maiores incidências dos tipos de início do parto induzido (28,0%) e cesariana programada (50,0%) entre as gestantes internadas na enfermaria hospitalar (Tabela 4). Com o intuito de analisar as associações independentes entre essa exposição e esses desfechos, testou-se a potencialidade do diagnóstico à internação como variável confundidora, hipótese que foi confirmada, por sua relação tanto com o tipo de parto induzido quanto à cesariana programada (Tabela 12).

**Tabela 12**  
**Incidência do tipo de início do parto induzido e cesária programada segundo variável potencialmente confundidora da relação entre este desfecho e o modelo de assistência. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Induzido		P*	Cesariana Programada		P*
	N	%		N	%	
<b>Diagnóstico de internação</b>			< 0,001			< 0,001
Relacionados ao TPPT	8	11,9		4	6,0	
Relacionados à PA	30	32,6		54	58,7	
Relacionados à RPMPT	8	9,8		15	18,3	
Relacionados ao feto, sangramento vaginal, endocrinopatias e ao LA	6	27,3		12	54,5	

**Nota:** \* p = valor relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson. **Legenda:** TPPT = trabalho de parto prematuro; PA = pressão arterial; RPMPT = ruptura prematura de membranas pré-termo; e LA = líquido amniótico.

Portanto, a associação entre o modelo de assistência e o tipo de início do parto foi ajustada pelo diagnóstico de internação da gestante (Tabela 13). As chances de ocorrência de parto induzido e da cesariana programada foram, aproximadamente, três vezes maiores entre as mulheres internadas na enfermaria hospitalar (parto induzido: OR = 3,38; IC 95% = 1,23 - 9,35; cesariana programada: OR = 3,94; IC 95% = 1,46 - 10,58), se comparado com a Casa da Gestante, independentemente do diagnóstico à internação.

**Tabela 13**  
**Associação entre modelo de assistência e tipo de início do parto ajustado por fatores de confusão. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Induzido			Cesária Programada		
	OR	IC 95%	P*	OR	IC 95%	P*
<b>Unidade</b>						
Casa da Gestante	1,00	-	-	1,00	-	-
Enfermaria Hospitalar	3,38	1,23 - 9,35	0,019	3,94	1,46 - 10,58	0,007
<b>Diagnóstico de internação</b>						
Relacionados ao feto, sangramento vaginal, endocrinopatias e ao LA	1,00	-	-	1,00	-	-
Relacionados ao TPPT	0,09	0,02 - 0,41	0,002	0,23	0,01 - 0,11	< 0,001
Relacionados à PA	2,40	0,54 - 10,69	0,253	2,14	0,54 - 8,40	0,277
Relacionados à RPMPT	0,09	0,02 - 0,42	0,002	0,09	0,03 - 0,33	< 0,001

**Nota:** \* p = valor relativo ao teste de regressão múltipla logística multinomial. **Legenda:** TPPT = trabalho de parto prematuro; PA = pressão arterial; RPMPT = ruptura prematura de membranas pré-termo; LA: líquido amniótico; OR = odds ratio; e IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Foram observadas maiores incidências de muito baixo peso (45,3%) e baixo peso (53,7%) entre as gestantes internadas na enfermaria hospitalar e na Casa da Gestante, respectivamente (Tabela 5). Para avaliar as associações independentes entre o modelo de assistência e o peso ao nascer das crianças, testou-se a potencialidade do diagnóstico à internação e da idade materna como variáveis confundidoras, ainda que esta última não tenha se relacionado ao local de internação (Tabela 14). O diagnóstico à internação se configurou como variável potencialmente confundidora, e a idade materna foi mantida no modelo multivariado como variável de ajuste (Tabela 15). Assim, a associação entre a enfermaria hospitalar com o muito baixo peso das crianças desapareceu, mantendo-se, apenas, a relação independente entre a Casa da Gestante e o baixo peso das crianças, ou seja, a chance de ocorrência deste último desfecho entre os RN da enfermaria hospitalar foi 62% menor do que na Casa da Gestante (OR = 0,38; IC 95% = 0,17 - 0,85).

**Tabela 14**  
**Incidências de muito baixo peso e baixo peso ao nascer da criança segundo variáveis potencialmente confundidoras da relação entre estes desfechos e o modelo de assistência. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Muito Baixo Peso			Baixo Peso		
	N	%	P*	N	%	P*
<b>Idade materna</b>			0,006			0,006
Adolescente	7	20,6		22	64,7	
Adulta	67	29,5		108	47,6	
Avançada	24	51,1		19	40,4	
<b>Diagnóstico de internação</b>			< 0,001			< 0,001
Relacionados ao TPPT	12	16,9		33	46,5	
Relacionados à PA	55	44,7		44	35,8	
Relacionados à RPMPT	27	29,7		61	67,0	
Relacionados ao feto, sangramento vaginal, endocrinopatias e ao LA	4	17,4		11	47,8	

**Nota:** \*p-valor relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson. **Legenda:** TPPT = trabalho de parto prematuro; PA = pressão arterial; RPMPT = ruptura prematura de membranas pré-Termo; e LA = líquido amniótico.

**Tabela 15**  
**Associação entre modelo de assistência e peso ao nascer da criança ajustado por fatores de confusão. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Muito Baixo Peso			Baixo Peso		
	OR	IC 95%	P*	OR	IC 95%	P*
<b>Modelo de assistência</b>						
Casa da Gestante	1,00	-	-	1,00	-	-
Enfermaria Hospitalar	0,89	0,41 - 1,96	0,780	0,38	0,17 - 0,85	0,018
<b>Idade materna</b>						
Avançada	1,00	-	-	1,00	-	-
Adulta	0,19	0,06 - 0,61	0,005	0,38	0,12 - 1,22	0,103
Adolescente	0,22	0,04 - 1,16	0,075	0,68	0,15 - 3,17	0,622
<b>Diagnóstico de internação</b>						
Relacionados ao feto, sangramento vaginal, endocrinopatias e ao LA	1,00	-	-	1,00	-	-
Relacionados ao TPPT	1,07	0,26 - 4,44	0,931	0,91	0,31 - 2,69	0,871
Relacionados à PA	5,44	1,42 - 20,83	0,013	1,58	0,54 - 4,62	0,402
Relacionados à RPMPT	21,32	3,78 - 120,16	0,001	14,79	3,31 - 66,02	< 0,001

**Nota:** \*p = valor relativo ao teste de regressão múltipla logística multinomial. **Legenda:** TPPT = trabalho de parto prematuro; PA = pressão arterial; RPMPT = ruptura prematura de membranas pré-termo; LA = líquido amniótico; OR = odds ratio; e IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Constatou-se maior proporção de encaminhamento para a neonatologia das crianças nascidas de mães internadas na enfermaria hospitalar (76,3%) (Tabela 5). Assim, o tipo de parto, o peso ao nascer da criança e o diagnóstico de internação da mãe foram considerados variáveis potencialmente confundidoras dessa relação, o que pode ser confirmado pelos resultados apresentados na Tabela 16, pois todas elas se associaram ao encaminhamento para a neonatologia.

**Tabela 16**  
**Incidência de encaminhamento do recém-nascido à neonatologia segundo variáveis potencialmente confundidoras da relação entre este desfecho e o modelo de assistência. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	Neonatologia		P*
	N	%	
<b>Tipo de parto</b>			0,002
Normal/ Fórceps	85	55,9	
Cesariana	105	72,9	
<b>Peso</b>			<0,001
Muito baixo peso (< 1.500 g)	93	97,9	
Baixo peso (1500 – 2.500 g)	89	63,1	
Peso esperado (> 2.500 g)	6	10,3	
<b>Diagnóstico de internação</b>			<0,001
Relacionados ao TPPT	27	40,3	
Relacionados à PA	80	68,4	
Relacionados à RPMPT	76	83,5	
Relacionados ao feto, sangramento vaginal, endocrinopatias e ao LA	7	33,3	

**Nota:** \*p = valor relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson. **Legenda:** TPPT = trabalho de parto prematuro; PA = pressão arterial; RPMPT = ruptura prematura de membranas pré-termo; e LA = líquido amniótico.

Dessa maneira, a associação entre o modelo de assistência e o encaminhamento para a neonatologia foi ajustada pelas variáveis tipo de parto, peso ao nascer da criança e diagnóstico de internação da mãe, tendo resultado na perda de significância estatística da relação (Tabela 17). Portanto, não existe diferença entre a frequência de encaminhamento para a neonatologia segundo os cenários estudados.



**Tabela 17**  
**Associação entre modelo de assistência e encaminhamento do recém-nascido à neonatologia ajustado por fatores de confusão. Belo Horizonte, 2010**

Variáveis	HR	IC 95%	P
<b>Modelo de assistência</b>			
Casa da Gestante	1,00	-	-
Enfermaria Hospitalar	0,98	0,54 – 1,76	0,938
<b>Tipo de parto</b>			
Normal/ Fórceps	1,00	-	-
Cesariana	0,52	0,33 – 0,82	0,005
<b>Peso</b>			
Muito baixo peso (< 1.500g)	1,00	-	-
Baixo peso (1500 – 2.500g)	0,048	0,01 – 0,19	<0,001
Peso esperado (> 2.500g)	0,598	0,39 – 0,91	0,018
<b>Diagnóstico de internação</b>			
Relacionados ao TPPT	1,00	-	-
Relacionados à PA	1,66	0,97 – 2,82	0,062
Relacionados à RPMPT	0,67	0,35 – 1,28	0,230
Relacionados ao feto, sangramento vaginal, endocrinopatias e ao LA	1,81	0,93 – 3,51	0,079

**Nota:** \* p = valor relativo ao teste de regressão múltipla de Cox. **Legenda:** TPPT = trabalho de parto prematuro; PA = pressão arterial; RPMPT = ruptura prematura de membranas pré-termo; LA = líquido amniótico; HR = hazard ratio; e IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

## 5 DISCUSSÃO

Neste estudo, foram encontradas importantes diferenças entre as unidades de atenção à gestante de alto risco.

Inicialmente, destacou-se a discrepância na procedência das mulheres, com maior proporção oriunda do interior do Estado de Minas Gerais internadas na Casa da Gestante, em oposição à maior frequência daquelas residentes na capital internadas na enfermaria hospitalar. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de a maternidade estudada com o programa Casa da Gestante ser receptiva, via central de leitos, às mulheres do interior, conhecida pela filosofia de “não negar vagas ou deixar as portas abertas”. Já o maior número de internadas da capital na enfermaria hospitalar, possivelmente, se deve ao fato desse serviço disponibilizar e ser referência para o pré-natal de alto risco em Belo Horizonte e as mulheres serem encaminhadas por profissionais da instituição.

Apesar dessas características em relação aos cenários de estudo, vale salientar que, historicamente, os serviços de saúde de maior complexidade encontram-se concentrados nas grandes cidades, com baixa oferta em áreas distantes dos centros urbanos devido a questões de investimento na estrutura econômica e social. Além disso, amplas regiões do País não contam com a oferta regular de serviços de saúde, apesar das estratégias e políticas públicas voltadas para incentivo de trabalho em saúde nas áreas menos favorecidas (CASTRO; VILAR, 2002). Dessa maneira, essas condições levam ao êxodo de pacientes para o atendimento de saúde nas grandes cidades.

Outra questão importante, ainda que a diferença não tenha sido estatisticamente significativa, foi a faixa etária das gestantes internadas nos cenários de estudo, sendo mais frequente a adolescente na Casa da Gestante e a em idade avançada na enfermaria hospitalar. Esse resultado poderia explicar a maior prevalência do diagnóstico de internação relacionado à PA entre as grávidas da enfermaria hospitalar. O mecanismo fisiopatológico de doenças hipertensivas gestacionais, como a pré-eclâmpsia, ainda não é totalmente esclarecido; sabe-se de sua relação com a placentação e os distúrbios endoteliais (BRANDÃO *et al.*, 2012), entretanto patologias relacionadas à PA e aos comprometimentos vasculares estão entrelaçadas com o avançar da idade (GRAVENA *et al.*, 2012). Naturalmente, dependendo da amostra e do tipo de estudo, podem-se encontrar controvérsias sobre este ponto.

Herculano *et al.* (2012) não encontraram associação entre a idade materna e a síndrome hipertensiva gestacional, inclusive eles constataram tendência de relação inversa, quanto menor a idade materna, maior a chance de óbito por síndrome hipertensiva. Porém, Santos *et al.* (2009) apresentam resultados em que as adolescentes constituíram-se fator de

proteção para desenvolvimento de pré-eclâmpsia, e as mulheres em idade avançada tiveram um risco quatro vezes maior para a patologia. Assis, Viana, Rassi (2008) relacionaram fatores como idade materna tardia e histórico de hipertensão arterial crônica com o risco de desenvolvimento das doenças hipertensivas gestacionais. É importante destacar a relação entre idade materna avançada e doenças hipertensivas, pois, além desse risco gestacional estar diretamente relacionado com a mortalidade materna e ser uma das principais causas de morte (HERCULANO *et al.*, 2012), constata-se hoje grande número de gravidezes tardias na sociedade, sejam por opção, devido a fatores econômicos e profissionais, casamentos postergados, novas uniões, métodos anticoncepcionais amplos e de fácil acesso, ou pela melhoria na reprodução assistida e nos problemas de infertilidade (ASSIS; VIANA; RASSI; 2008; GRAVENA *et al.*, 2012).

Por outro lado, a idade materna não se configurou com uma variável de confusão da associação entre modelo de assistência e diagnóstico de hipertensão arterial. Ademais, essa relação foi ajustada pela história pregressa de HA, que era mais comum entre as gestantes da enfermaria hospitalar, mas mesmo assim sua significância estatística foi mantida. Em outras palavras, a prevalência de mulheres com diagnóstico de internação relacionado à PA foi 45% maior entre aquelas da enfermaria hospitalar (RP = 1,45; IC 95% = 1,10 - 1,90), independentemente da história anterior de HÁ, e não sofreu influência da idade materna.

Portanto, parece haver maior captação de gestantes com essa patologia na enfermaria hospitalar, e a possível explicação para este fato é a existência do serviço de pré-natal de alto risco em ambulatórios vinculados a essa unidade, enquanto na Casa da Gestante a demanda pelo serviço se dá de maneira espontânea e por meio da central de leitos.

Essa última explicação também poderia ser usada para inferir o motivo da maior porcentagem de gestantes com seis e mais consultas de pré-natal entre aquelas internadas na enfermaria hospitalar (RP = 1,58; IC 95% = 1,21 - 2,07), mesmo após o ajuste por potenciais fatores de confusão, como a procedência e o diagnóstico de internação.

No que diz respeito ao trabalho de parto e ao parto, todos os procedimentos característicos de uma assistência mais intervencionista foram associados à enfermaria hospitalar.

Inicialmente destacam-se as maiores ocorrências tanto do parto induzido (OR = 3,38; IC 95% = 1,23 - 9,35) quanto da cesariana programada (OR = 3,94; IC 95% = 1,46 - 10,58), nas gestantes internadas na enfermaria hospitalar.

Consequentemente era de se esperar maior incidência do parto do tipo cesariana na enfermaria hospitalar, associação independentemente positiva mesmo após o ajuste por potencial fator de confusão, como o diagnóstico de internação. Assim, a incidência desse tipo

de parto foi 73% maior na enfermaria hospitalar (RR = 1,73; IC 95% = 1,19 - 2,52), em relação à Casa da Gestante.

Assim como no presente estudo, o cenário de pesquisa de Herculano *et al.* (2012) foi uma instituição que admite grande número de gestantes de alto risco, porém sua investigação foi sobre a mortalidade materna. Os pesquisadores obtiveram elevados índices de cesariana e os relacionaram à gravidade das pacientes e à necessidade de um parto rápido, justificando a associação entre esta via de parto e as síndromes hipertensivas pela recomendação de cesariana em riscos maternos e fetais. No entanto, encontraram associação entre cesariana e morte por síndrome hipertensiva e infecção. Outros estudos atuais tentam entender o excesso das cesarianas, e as seguintes associações foram encontradas: apresentação não cefálica, cesariana prévia e uso de ocitocina, turno do parto, patologia na gestação e escolaridade, indução do parto, maior índice de massa corporal, casadas, maior número de consultas de pré-natal, ter recebido analgesia peridural ou raquidiana durante o trabalho de parto (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008; PADUA *et al.*, 2010). Além disso, em outro trabalho encontrou-se a associação de baixo peso ao nascer à prematuridade e à cesariana (CARNIEL *et al.*, 2008). Assim, vale ressaltar que neste estudo a idade materna não se relacionou ao parto cesariana. Por outro lado, mesmo não afetando a associação entre o modelo de assistência e o parto cesariana, o diagnóstico à internação relacionado à PA se manteve independentemente relacionado ao desfecho na análise multivariada (RR = 6,43; IC 95% = 3,41 – 12,11). Em outras palavras, o diagnóstico de internação relacionado à PA aumentou em 543% a incidência de cesariana, e essa associação está em congruência com os dados de outros estudos (CABRAL; COSTA; CABRAL JÚNIOR, 2003; FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008; PADUA *et al.*, 2010). Portanto, ainda que tenha havido um excesso de partos cirúrgicos na enfermaria hospitalar, na maioria das vezes esse procedimento foi adotado de maneira correta, com o intuito de preservar a vida das gestantes e de suas crianças.

Por outro lado, a quantidade de cesarianas no ambiente hospitalar deve ser diminuída, uma vez que elas podem estar sendo realizadas em virtude do modelo assistencial mais intervencionista. Já foi demonstrado que a redução do uso dessa tecnologia na assistência ao parto pode interferir no decréscimo dos índices de mortalidade materna (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011). Portanto, faz-se necessário ampliar a discussão sobre a mudança do modelo assistencial e as práticas obstétricas em ambientes tradicionalmente intervencionistas (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Reforçando esse assunto, Pádua *et al.* (2010) constataram prevalência maior de cesariana em hospitais de alta complexidade e verificaram que naqueles que havia enfermeira

obstetra na atenção ao parto essas taxas eram menores. Esse dado pode estar relacionado aos resultados aqui obtidos, visto que na instituição que conta com a enfermagem hospitalar não há atuação da enfermagem obstétrica, diferentemente do outro cenário, onde esse profissional, além de assistir ao trabalho de parto e parto, tem participação ativa na equipe da Casa da Gestante.

Chama atenção ainda a diferença no manejo tanto do trabalho de parto quanto do parto observada entre os dois cenários, no que se refere ao uso da episiotomia, da analgesia e da ocitocina. Quase todos esses procedimentos foram mais comuns entre as gestantes da enfermagem hospitalar, com exceção do último, cuja associação ficou próxima do limite estatístico ( $p = 0,071$ ). Entretanto, esse pode ser um caso de falta de poder estatístico para se positivar a relação, em decorrência da pequena amostra de mulheres internadas na enfermagem hospitalar. Vale ressaltar, também, que essas relações não foram ajustadas porque nenhuma variável se configurou como potencial fator de confusão. Portanto, pode-se dizer que o caráter intervencionista observado na enfermagem hospitalar é independente de fatores intervenientes.

As boas práticas ao nascimento não devem ser desconsideradas por se tratar de partos de gestantes de alto risco. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o parto é um processo fisiológico e não deve ser considerado doença; é um momento que deve ser respeitado. A OMS reconhece que não se justifica o uso rotineiro de episiotomia e nem se deve induzir um parto por conveniência, sendo limitada a indicações médicas, e que nenhuma região deve ter uma taxa de 10% de partos induzidos. As evidências científicas demonstram que o apoio contínuo e qualificado durante o trabalho de parto e o parto reduz as cesáreas desnecessárias, o parto instrumental e os medicamentos para alívio da dor (OPAS, 2010).

Dentre as propostas de humanização do parto, encontra-se o alívio da dor, de forma menos invasiva, como técnicas não farmacológicas (massagens, banhos, respiração), suporte emocional, fortalecimento no enfrentar da dor e presença do acompanhante neste processo, porém algumas mulheres, mesmo com esse apoio, devido a fatores culturais e pessoais, solicitam a analgesia (TORNQUIST, 2013). Em estudo realizado por Pádua *et al.* (2010), a prevalência de cesariana entre mulheres submetidas a analgesia durante o trabalho de parto foi maior, porém mais estudos seriam necessários para avaliar esta relação. A submissão à analgesia pode aumentar a prescrição de ocitocina - empregada para induzir e coordenar o padrão de contrações, devendo ser utilizada com critério e acompanhamento para evitar complicações materno-fetais (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A episiotomia é um procedimento muito realizado nas instituições brasileiras, reforçando as práticas intervencionistas executadas pelos profissionais de saúde e repassadas por anos. As mulheres desconhecem seu uso e o aceitam culturalmente e por falta de

informações sobre suas indicações, vantagens e desvantagens, enfraquecendo-as sobre as tomadas de decisão relacionadas aos seus corpos (SANTOS; SHIMO, 2008). A não realização de episiotomia de rotina está relacionada a um modelo assistencial mais humanizado e de baixa intervenção (VOGT *et al.*, 2011).

O modelo assistencial em que a Casa da Gestante está inserida é conhecido pela atuação da enfermeira obstetra. A enfermeira é reconhecida como a profissional que possui formação holística e humanizada para o cuidado às mulheres nas maternidades (MOURA *et al.*, 2007). Os resultados encontrados também favoreceram a assistência menos intervencionista, mesmo se tratando de gestantes de alto risco.

Narchi (2009) afirma que a atuação do enfermeiro na atenção ao trabalho de parto e parto favorece técnicas menos intervencionistas e que sua ausência reflete em piores indicadores na qualidade da assistência materna e perinatal, se comparado a unidades onde atuam apenas médicos. Porém, mesmo que os enfermeiros estejam alinhados com os preceitos de humanização da assistência ao parto, muitas vezes são impedidos de executá-los, devido à filosofia tecnocrática de algumas instituições e centrada no profissional médico.

Incluir a enfermagem obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto pode não ser uma garantia de mudança de modelo assistencial, porém ela se tem mostrado capaz de diminuir intervenções desnecessárias e oferecer um cuidado mais integral à mulher e aos seus familiares. A inclusão da enfermeira obstetra no modelo assistencial de uma instituição deve vir acompanhada de estratégias de apoio, tendo em vista a possível disputa pela assistência obstétrica (DIAS, DOMINGUES, 2005).

Os profissionais de saúde são importantes no processo de humanização do parto e nascimento. Entretanto os modelos intervencionistas parecem ser repassados no processo de sua formação. A formação dos médicos obstetras deveria dar maior ênfase na prestação de uma assistência mais humanizada e integral, mas observa-se que eles se utilizam mais de práticas intervencionistas de rotina. Em contrapartida, a formação dos enfermeiros obstetras possui caráter mais humanitário, com maior respeito à fisiologia de um parto. Os profissionais devem buscar o conhecimento por meio das atualizações permanentes para que suas práticas sejam embasadas em evidências científicas, o que favorecerá as tomadas de decisões para intervenção em momento oportuno. O modelo de humanização deve resgatar a autonomia e o empoderamento da mulher no processo do parto, contrapondo o modelo tecnocrático e biomédico rotineiro, reconhecendo que a tecnologia deve ser utilizada de maneira indicada e adequada (MALHEIROS *et al.*, 2012).

É um desafio hoje transformar o modelo assistencial e adotar as práticas baseadas em evidência científica. Primeiramente, a população parece aceitar e agir com naturalidade em

relação às tecnologias excessivas do parto; além disto, muitos profissionais repassam o modelo intervencionista, o que revela as dificuldades de mudanças nos blocos obstétricos. Este desafio é observado inclusive em instituições que já incorporaram essas práticas baseadas em evidências e humanizadas, com esforço constante dos gestores e profissionais de saúde para mantê-las. É necessário fortalecer e informar a mulher e seus acompanhantes sobre suas escolhas e as boas práticas ao trabalho de parto e parto e inovar a participação de outros profissionais conscientes da relevância de uma assistência humanizada, que saibam da importância da mulher como sujeito desse processo de mudança (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; TORNQUIST, 2013; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011; MCCALLUM; REIS, 2008; VOGT *et al.*, 2011).

Por fim, apesar das diferenças na atenção ao trabalho de parto e ao parto evidenciadas entre os dois cenários de estudo, não se observou repercussão nos desfechos neonatais, uma vez que foram baixas as frequências do índice de Apgar no 5º minuto inferior a 7 (5,2%) e da morte do RN na sala de parto (1,3%), ainda que a proporção de reanimação da criança tenha sido relativamente alta (22,0%). Por outro lado, a ocorrência do baixo peso foi 62% menor entre os RN de mães internadas na enfermaria hospitalar (OR = 0,38; IC 95% = 0,17 - 0,85), mesmo após o ajuste multivariado dos dados.

O presente estudo apresentou algumas limitações quanto à amostra coletada, em relação ao número de participantes da enfermaria hospitalar e ao da Casa da Gestante. Ao preencher os critérios de inclusão e de exclusão, o quantitativo de gestantes da enfermaria hospitalar foi reduzida. Apesar disso, importantes e significativas diferenças foram encontradas com relação aos dois cenários, indicando que não houve perda de poder estatístico e que uma amostra maior de participantes pode acentuar essas discrepâncias.

O número de dados sem preenchimento nos CLAPS também foi elevado, pois muitos profissionais não o registravam da maneira adequada. Ademais, havia falta de informações primordiais, inclusive nos prontuários das pacientes, devendo ser ressaltado que alguns deles não foram localizados no SAME das instituições.

Por outro lado, vale destacar as potencialidades deste estudo, primeiro em virtude do seu desenho longitudinal, o que garante a causalidade das associações. Além disso, trata-se de um trabalho inovador, pois não há estudos sobre os modelos assistenciais para gestantes de alto risco, especificamente comparando as Casas de Gestante com as enfermarias hospitalares.

Portanto, com a adoção da estratégia ministerial da Rede Cegonha, que incentiva a ampliação do número de Casa da Gestante nas maternidades, novos estudos que analisem sua eficácia podem contribuir para a consolidação dessa política pública.

## 6 CONCLUSÃO

Constatou-se que há carência ao acesso das gestantes de alto risco à assistência qualificada e específica na região metropolitana de Belo Horizonte e no interior do Estado de Minas Gerais.

Observou-se que no ambiente hospitalar tradicional houve internação de mais mulheres em idade avançada com diagnóstico relacionado à pressão arterial e que as gestantes internadas apresentaram mais de seis consultas de pré-natal à internação, independentemente da procedência ou do diagnóstico de internação. Já na Casa da Gestante houve mais internações relacionadas ao trabalho de parto prematuro e à ruptura prematura de membranas pré-termo.

O modelo assistencial da Casa da Gestante demonstrou ter ações menos intervencionistas relacionadas ao trabalho de parto e ao parto, se comparado com o modelo hospitalar tradicional. Vale ressaltar a importância da atuação do enfermeiro obstetra no cenário onde ocorrem os partos das mulheres provenientes da Casa da Gestante, em relação à inexistência desse profissional atuante na maternidade da Enfermaria hospitalar. O modelo assistencial tradicional de enfermaria hospitalar apresentou incidência maior de cesariana e parto induzido, além de maior número de partos normais com episiotomia e analgesia de trabalho de parto.

Mesmo com as diferenças de modelo assistencial relacionados à prática mais intervencionista na enfermaria hospitalar, o desfecho neonatal demonstrou ser positivo nos dois cenários estudados. Não houve diferença estatística quanto ao encaminhamento dos RN para a neonatologia nos modelos assistenciais estudados.

A assistência na Casa da Gestante pode ser considerada efetiva, pois apresentou resultados maternos e perinatais menos intervencionistas e muito favoráveis em relação ao modelo assistencial tradicional da enfermaria hospitalar, que, no caso deste estudo, trata-se de uma referência à gestação de alto risco.

O presente estudo pode fortalecer a importância das mudanças nas práticas assistenciais tecnocêntricas e intervencionistas, modelo vigente na atenção de saúde e de difícil mudança, além de incentivar a implantação de Casa da Gestante em outros locais, o que permitirá a continuidade de estudos sobre essa estratégia de melhoria de acesso e humanização da assistência às gestantes de alto risco.



## REFERÊNCIAS

ALENCAR JUNIOR, C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 377-379, jul. 2006.

AMARAL, E. *et al.* A population-based surveillance study on severe acute maternal morbidity (near-miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: The Vigimoma Project. **BMC pregnancy and childbirth**, London, v. 11, n. 9, 2011.

AMARAL, E.; LUZ, A. G.; SOUZA, J. P. D. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 484-489, Set. 2007.

ANDEMICHAEEL, G. *et al.* Maternity waiting homes: a panacea for maternal/neonatal conundrums in Eritrean. **Journal of Eritrean Medical Association**, Eritrea, v. 1, n. 4, p.18-21, 2009.

ASSIS, T.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 11-17, jul. 2008.

BRANDAO, A. H. F. *et al.* Função endotelial, perfusão uterina e fluxo central em gestações complicadas por Pré-eclâmpsia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 4, p. 931-935, out. 2012.

BRASIL. Lei de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 5, n. 2, abr./jun. 1996 (Suplemento 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (b). 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de gestão 2010**. Brasília, mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestante de alto risco: sistema estadual de referência hospitalar à gestante de alto risco**. Brasília: 2001.

CABRAL, S. A. L. C. S.; COSTA, C. F. F.; CABRAL JUNIOR, S. F. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação de parto cesáreo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 739-744, dez. 2003.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 310-315, maio 2006.

CARNIEL, E. F. *et al.* Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 169-179, mar. 2008.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. **Relatórios de Grupos**: Desafios e estratégias para interiorização do trabalho em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde, Brasil. Brasília, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Nota técnica 17/2011. **Rede Materno Infantil. Rede Cegonha**. Brasília: CONASS, 24 de maio de 2011.

CORREA, R. R. M. *et al.* Alterações anatomopatológicas da placenta e variações do índice de Apgar. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p. 239-243, abr./jun. 2006.

DÁRIO F. P. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderno Humaniza SUS: Atenção Hospitalar**. Brasília: 2011. 268 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS, v. 3)

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005

FREITAS, P.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1051-1061, maio 2008.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Divulga casas de apoio à gestante e à puérpera**. Belo Horizonte: 2 de maio de 2011 (Nota técnica SES/SAS/GAS/CASMCA nº 003/2011).

GRAVENA, A. A. F. *et al.* Resultados perinatais em gestações tardias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 15-21, fev. 2012 .

HERCULANO, M. M. S. *et al.* Óbitos maternos em uma maternidade pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 295-301, abr. 2012.

HUNT, P.; MESQUITA, J. B. Reducing maternal mortality the contribution of the right to the highest attainable standard of health. University of Essex. **European Union and the United Nations Population Fundation**, UNFPA: 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Relatório nacional de acompanhamento**. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Brasília: IPEA, 2010.

KILSZTAJN, S. *et al.* Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1886-1892, ago. 2007.

LANSKY, S.; FRANCA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, dez. 2002.

LEAL, M. C. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.17-24, ago. 2008.

LONKHUIJZEN, L.; STEKELENBURG, J.; ROOSMALENVAN, J. Use of maternity waiting home in rural Zambia. **African Journal of Reproductive Health**, v. 7, p. 32-36, 2003.

MALHEIROS, P. A. *et al.* Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, jun. 2012 .

MANZINI, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 1, p. 59-67, mar. 2009.

MARTINS, E. F. **Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em Belo Horizonte, Minas Gerais** [manuscrito]. Belo Horizonte, 2010.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Users' and providers' perspectives on technological procedures for 'normal' childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. **Salud Pública México**, Cuernavaca, v. 50, n. 1, feb. 2008.

MINAS GERAIS. Relação de cidades da RMBH. Disponível em: <<http://metropolitana.mg.gov.br/as-regioes-metropolitanas-de-minas-gerais/rmbh>>. Acesso em: 28 dez. 2012.

MORSE, M. L. *et al.* Mortalidade materna no Brasil : o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011.

MOURA, F. M. J. S. P. *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, ago. 2007.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 4, p. 415-425, dez. 2011.

NARCHI, N. Z. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, ago. 2009.

NAZARETH, J. V.; PIMENTA, A. M.; SOUZA, K. V. **Casa da gestante: modelo de atenção assistencial às gestantes de alto risco**. Proenf: saúde materna e neonatal, vol. 4, Artmed, 2012.

NAZARETH, Juliana Vieira. **“Casa das Gestantes” de uma maternidade filantrópica de Belo Horizonte: repercussões na saúde materno-fetal** [manuscrito]. Belo Horizonte, 2010.

NETO, E. T. S. *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, jun. 2008.

OLIVEIRA, M. I. C. *et al.* Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 895-902, out. 2008.

OPAS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **AIEPI Neonatal Intervenciones basadas en evidencia**. 2. ed. Washington, DC: OPS, 2010.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de desarrollo del milênio**. Informe de 2011. Nova York, 2011.

PACAGNELLA, R. C. **Morbidade materna grave**: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico. [Tese de doutorado]. Unicamp, Campinas, SP. [s.n.], 2011.

PADUA, K. S. *et al.* Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70-79, fev. 2010.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.

PAHEF. **Maternity waiting homes**. Success stories, 2010. Disponível em: <<http://www.pahef.org/en/successstories/39/23-maternity-waiting-homes-.html>>. Acesso em: 1º out. 2011.

PASCHE, D. F.; PASSOS E.; HENNINGTON E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, nov. 2011 .

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface: Comunicação, saúde, educação**, v. 13, , p. 701-8, 2009 (Suplemento 1).

PIMENTA, A. M. *et al.* The House of the Pregnant women program: users' profile and maternal and perinatal health care results. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 912-920, dez. 2012.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Relatório Nacional de Acompanhamento. **Objetivos de desenvolvimento do Milênio**: Principais iniciativas do governo federal. Brasília, mar. 2010.

REGO, M. A. S. **Avaliação do sistema informático perinatal (SIP – CLAP – OPS) no monitoramento da assistência hospitalar perinatal em Minas Gerais** [manuscrito]. Belo Horizonte, 2008.

SANTOS, G. H. N. *et al.* Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, jul. 2009.

SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 645-650, dez. 2008.

SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, jun. 2005.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **REV. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, fev. 2011.

SOUSA, M. H. *et al.* Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p. 161-168, jun. 2006.

SOUZA, J. P. *et al.* Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 255-264, feb. 2006.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S419-S427, dez. 2003. (Suplemento 2).

VIVA VIDA. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/programa-viva-vida](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-viva-vida)>. Acesso em: 29 out. 2011.

VOGT, S. E. *et al.* Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1789-1800, set. 2011.

WANDERLEY, K. L. Atenção hospitalar em rede. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderno Humaniza SUS: Atenção hospitalar**. Brasília, 2011. 268 p. (Série B, textos básicos de saúde) (Cadernos HumanizaSUS, v. 3)

WHO. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)>. Acesso em: 20 jan. 2013.

WOLFF L. R.; WALDOW V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, 2008.







## APÊNDICE 3



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

**Projeto: CAAE – 0725.0.203.439-11**

**Interessado(a): Prof. Adriano Marçal Pimenta  
Departamento de Enfermagem Materno  
Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem - UFMG**

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 21 de março de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Modelos de atenção à gestante de alto risco e repercussão em indicadores de saúde maternos e perinatais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. T. Marques Amaral", is written over a faint, illegible stamp.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG**