

---

## PROGRAMA “CASA DAS GESTANTES”: PERFIL DAS USUÁRIAS E RESULTADOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA E PERINATAL

*Adriano Marçal Pimenta<sup>1</sup>, Juliana Vieira Nazareth<sup>2</sup>, Kleyde Ventura de Souza<sup>3</sup>, Gisele Marçal Pimenta<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Minas Gerais, Brasil. E-mail: adrianomp@ufmg.br

<sup>2</sup> Especialista em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira Obstetra do Hospital Sofia Feldman e do Hospital Júlia Kubistchek. Minas Gerais, Brasil. E-mail: juvieiraenf@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Minas Gerais, Brasil. E-mail: kleydeventura@uol.com.br

<sup>4</sup> Especialista em Saúde Mental. Docente da Faculdade Pitágoras. Minas Gerais, Brasil. E-mail: giselepimenta@gmail.com

**RESUMO:** Estudo transversal, descritivo-exploratório, cujo objetivo foi caracterizar o perfil e os resultados da assistência prestada a 820 usuárias da “Casa das Gestantes” de uma maternidade filantrópica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre março/2008 e dezembro/2009. A análise estatística baseou-se na apresentação de frequências absolutas e relativas das variáveis. Os diagnósticos obstétricos mais frequentes à internação foram relacionados ao trabalho de parto prematuro e à pressão arterial. A maioria das gestantes recebeu alta (44,1%) ou teve parto na maternidade após a estabilização do quadro clínico (45,5%); 10,2% tiveram seu quadro clínico agravado e retornaram ao hospital. Dos recém-nascidos, 2,8% tiveram Apgar no 5º minuto <7 e as frequências de natimortos e de óbitos neonatais foram, respectivamente, 2,6% e 3,5%. A assistência prestada na “Casa das Gestantes” promove melhoria clínica do quadro de internação e, potencialmente, previne fatores que colaboram para o aumento dos índices de mortalidade materna e perinatal.

**DESCRIPTORES:** Gravidez. Gravidez de alto risco. Assistência à saúde. Enfermagem.

---

## “THE HOUSE OF THE PREGNANT WOMEN” PROGRAM: USERS’ PROFILE AND MATERNAL AND PERINATAL HEALTH CARE RESULTS

**ABSTRACT:** This is a cross-sectional, descriptive and exploratory study, which was aimed at characterizing the profile and results of health care delivery to 820 users of the “House of the Pregnant Women” at a philanthropic maternity in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, admitted from March 2008 till December 2009. Statistical analysis was based on absolute and relative frequencies. The most common obstetric diagnoses on admission were related to preterm labor and blood pressure. Most pregnant women were discharged (44.1%) or gave birth at the maternity after the stabilization of their clinical condition (45.5%); in 10.2% of cases, the clinical condition worsened and the women returned to the hospital. Among newborns, 2.8% had Apgar <7 at 5 minutes, and the frequencies of stillbirths and neonatal deaths were, respectively, 2.6% and 3.5%. Health care delivery at the “House of the Pregnant Women” promotes improvements in patients’ clinical conditions and potentially prevents factors that contribute to increase maternal and perinatal mortality rates.

**DESCRIPTORS:** Pregnancy. Pregnancy, high-risk. Delivery of health care. Nursing.

---

## PROGRAMA “CASA DE EMBARAZADAS”: PERFIL DE LAS USUARIAS Y RESULTADOS DE LA ASISTENCIA A LA SALUD MATERNA Y PERINATAL

**RESUMEN:** Estudio transversal, descriptivo-exploratorio que objetivó caracterizar el perfil y los resultados de atención de salud dada a 820 usuarias de la “Casa de Embarazadas” de una maternidad filantrópica en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre marzo/2008 y diciembre/2009. Análisis estadística fue basada en presentación de frecuencias absolutas y relativas de variables. Los diagnósticos obstétricos más frecuentes de ingreso fueron relacionados al trabajo de parto prematuro y presión arterial. La mayoría de embarazadas tuvieron alta (44,1%) o parto en maternidad tras estabilización de la condición clínica (45,5%); 10,2% agravaron la condición clínica y regresaron al hospital. De los niños, 2,8% tuvieron Apgar a los 5 minutos <7 y, las frecuencias de nacidos muertos y muertes neonatales fueron, respectivamente, 2,6% y 3,5%. Cuidados ofrecidos en la “Casa de Embarazadas” promueven mejora de la condición clínica a la internación y, potencialmente, previne factores que contribuyen para aumentar los índices de mortalidad materna y perinatal.

**DESCRIPTORES:** Embarazo. Embarazo de alto riesgo. Prestación de atención de salud. Enfermería.

---

## INTRODUÇÃO

A gestação, mesmo sendo um processo fisiológico, pode manifestar aproximadamente 15% de complicações que requerem uma assistência qualificada e especializada.<sup>1</sup> Não obstante as causas de complicações no ciclo gravídico-puerperal sejam as mesmas em todo o mundo, suas consequências variam significativamente tanto entre os países quanto em suas diferentes regiões.<sup>2</sup>

É grave o quadro epidemiológico relativo à saúde materna observado nas nações em desenvolvimento, bem como a fragilidade da assistência prestada a essa população.<sup>3</sup> Estimativas atualizadas mostram que ocorreram, em 2005, 533 mil mortes maternas, correspondendo a uma Razão de Morte Materna (RMM), de 450 óbitos para cada 100 mil Nascidos Vivos (NV) nesse grupo de países.<sup>4</sup> Além disso, para cada mulher que morre, outras 20, ou seja, 10 milhões de mulheres, anualmente, são acometidas de doenças decorrentes da gravidez, parto e puerpério, com graves consequências para elas, seus filhos, suas famílias e a sociedade.<sup>5</sup> No Brasil, em 2005, ocorreram 1.619 óbitos maternos (RMM de 73,9/100 mil NV), em sua maioria evitáveis se tivessem sido utilizadas intervenções oportunas e adequadas.<sup>6</sup>

A redução de risco de morte e de morbidade para a mãe melhora as perspectivas de saúde da criança, particularmente em seus componentes neonatal e pós-natal. No Brasil, desde 1980, o componente neonatal representa 70% da mortalidade infantil, sendo que 25% dos óbitos ocorrem no primeiro dia de vida.<sup>7</sup>

A melhoria na qualidade da assistência à saúde materno-infantil tem sido discutida mundialmente e faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano 2000. São oito os ODM a serem cumpridos até o ano 2015; dentre eles, o ODM 4 - Reduzir a mortalidade infantil e o ODM 5 - Melhoria da saúde materna, cuja meta principal é a redução da mortalidade materna em 75%, entre os anos 1990 e 2015.<sup>2</sup> Para o alcance desses ODM é essencial o atendimento de qualidade às mulheres no pré-natal, parto e puerpério, e ao Recém-Nascido (RN).<sup>8</sup>

No Brasil, o Ministério da Saúde implantou, em 1998, os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco. Criou-se uma rede de atendimento hierarquizada e organizada nos diferentes níveis de complexidade assistencial em todos os estados brasileiros. Um dos serviços pro-

postos, de forma facultativa para o nível terciário de atenção, oferece apoio assistencial às gestantes de alto risco que necessitam de observação e acompanhamento hospitalar prolongado, e é conhecido como "Casa das Gestantes".<sup>9</sup>

A "Casa das Gestantes" representa uma estratégia para reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de uma nova lógica de atenção, com enfoque na prevenção de agravos, promoção da saúde e na humanização do cuidado. Além disso, esse serviço tem por objetivo a diminuição dos custos e riscos hospitalares, bem como a ampliação dos espaços de atuação dos profissionais de saúde, de modo especial, da enfermagem.<sup>10</sup>

Iniciativas semelhantes à "Casa das Gestantes" são implementadas em outros países como Malawi, Zimbábue, Nigéria, Etiópia, Moçambique, Bangladesh, Mongólia, Papua Nova Guiné, Indonésia, Cuba e Nicarágua. Cada país tem seu modelo assistencial, mas o objetivo é o mesmo.<sup>11-13</sup> Entretanto, ainda que a existência de serviços como a "Casa das Gestantes" indique sua aceitação e sua sustentabilidade, há poucas evidências científicas sobre sua resolutividade e sua eficácia na diminuição da morbidade e mortalidade materna e perinatal, visto que, em alguns países, tais serviços são desenvolvidos em decorrência da precariedade da rede hospitalar.<sup>14</sup>

Portanto, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil das usuárias e os resultados da assistência prestada na "Casa das Gestantes" de uma maternidade filantrópica de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil.

Os resultados do presente estudo podem acrescentar conhecimentos sobre a temática abordada, enfatizando a importância de maior divulgação e produção científica sobre a eficácia e os benefícios desse tipo de serviço, fato que pode estimular sua implantação em outros estados brasileiros e em outros países. Ademais, a consolidação da "Casa das Gestantes" como um ambiente terapêutico resolutivo e de qualidade beneficia diretamente a enfermagem, pois se trata de um local de grande inserção profissional, especialmente, das enfermeiras obstetras. Por fim, vale salientar que, após a revisão da literatura, constatou-se que não existe, no Brasil, nenhum artigo publicado sobre o assunto retratado neste estudo.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo e exploratório desenvolvido com

gestantes internadas na “Casa das Gestantes” de uma maternidade filantrópica de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil.

A “Casa das Gestantes” em estudo disponibiliza 15 leitos para o acompanhamento de grávidas por uma equipe de referência multidisciplinar (obstetra, enfermeiro-obstetra, técnico de enfermagem, nutricionista, educador físico, terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogo), com assistência pautada nos protocolos institucionais. Inicialmente, a gestante é admitida no hospital, e após diagnóstico obstétrico, se não há necessidade de uma vigilância constante nesse ambiente, porém, pelo quadro clínico não é possível retorno ao lar, há a transferência para a “Casa das Gestantes”. Nesse setor, a grávida permanece até a alta após a melhora do quadro clínico ou regressa ao ambiente hospitalar por dois motivos: 1) evolução normal da gestação para a realização do parto; e 2) agravamento de sua condição de internação.

Esse local de estudo foi escolhido por conveniência por causa da facilidade de acesso aos dados, visto que um dos pesquisadores era residente da “Casa das Gestantes”.

A população deste estudo foi composta por todas as gestantes internadas no período de 01/03/2008 (primeiro registro realizado no livro da instituição) até 31/12/2009 (último dia registrado no ano de 2009), totalizando 820 gestantes, residentes no estado de Minas Gerais e que tiveram seus dados registrados em livro próprio da instituição.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição (Parecer CAAE: 0003.0.439.000.10) e está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>15</sup>

As variáveis utilizadas foram: idade materna, paridade, idade gestacional à internação, diagnóstico de internação, procedência, data de internação hospitalar, data de transferência para o programa, data de transferência hospitalar, data da alta, motivo da alta/transferência, tipo de parto, condições de saúde do RN (destino ao nascer, peso ao nascer e Apgar).

As informações registradas no livro da instituição foram transcritas para um formulário próprio de coleta de dados e, posteriormente, inseridas no banco de dados construído com o auxílio do programa estatístico Epi-Info (versão 3.5.1).

A análise estatística baseou-se na descrição das características da população em estudo por meio de distribuição de frequências absolutas e

relativas das variáveis. Estimaram-se também a associação da idade materna com a idade gestacional à internação, o diagnóstico à internação, o motivo da transferência da “Casa das Gestantes”, o tipo de parto e as condições de saúde do RN. Por fim, para avaliar o resultado da assistência prestada na “Casa das Gestantes”, foram comparados os diagnósticos à internação mais frequentes com o motivo de alta/transferência e condições de saúde materno-perinatal. Diferenças estatísticas foram avaliadas com o teste qui-quadrado de Pearson a um nível de significância de 5% ( $p$ -valor < 0,05).

## RESULTADOS

As gestantes estudadas eram procedentes, em sua maioria, de cidades do interior do Estado de Minas Gerais (39,1%) e de outros municípios da região metropolitana de Belo Horizonte (33,2%). Com relação à idade, 19% dessas mulheres tinham entre 12 a 18 anos, 72,2%, entre 19 e 34 anos e 8,8%, 35 e mais anos.

Na tabela 1 são apresentados outros dados referentes às características obstétricas das mulheres internadas e os diagnósticos à internação. Em sua maioria, eram multigestas (60,7%) e não referiram aborto (79,1%). A idade gestacional estava abaixo de 37 semanas (95,1%). Verifica-se que os diagnósticos obstétricos mais frequentes à internação das gestantes no programa foram relacionados ao trabalho de parto prematuro (62,6%) e à pressão arterial (20,4%).

Das gestantes internadas, 44,1% melhoraram clinicamente e receberam alta da “Casa das Gestantes”, 45,5% tiveram partos na maternidade após a estabilização do quadro clínico e 10,4% tiveram seu quadro clínico agravado e passaram a ser assistidas no ambiente hospitalar. Das gestantes que evoluíram para o parto na maternidade, 53,4% dos partos se deram por via vaginal e, em 46,6%, foi necessária a realização de cesariana.

Em relação às condições de saúde dos RN, 62,8% foram encaminhados à Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), 31,1% para o alojamento conjunto, 2,6% foram natimortos e 3,5% evoluíram para óbito após o parto. A maioria teve Apgar no 5º minuto  $\geq 7$  (97,2%) e peso ao nascer inferior a 2.500 gramas (80,7%). Destacou-se, ainda, a proporção de muito baixo peso (25,9%) e de extremo baixo peso (12,6%).

**Tabela 1 - Características individuais das gestantes estudadas e diagnósticos obstétricos à internação, "Casa das Gestantes", Belo Horizonte-MG, 2008/2009**

Variáveis	Total	
	n	%
<b>Gestação</b>		
Primigesta	320	39,3
Multigesta	495	60,7
<b>Parto</b>		
0	376	46,2
1	215	26,4
>1	223	27,4
<b>Aborto</b>		
0	644	79,1
1	131	16,1
>1	39	4,8
<b>Idade gestacional à internação (semanas)</b>		
< 30	213	26,1
30 – 33 semanas e 6 dias	382	46,8
34 – 36 semanas e 6 dias	181	22,2
37 – 41	40	4,9
<b>Diagnóstico obstétrico à internação</b>		
Trabalho de parto prematuro	513	62,6
Relacionado à pressão arterial	167	20,4
Relacionado ao líquido amniótico	41	5,0
Relacionado ao feto	28	3,4
Distúrbios metabólicos	22	2,7
Outros	22	2,7
Relacionado ao trabalho de parto e parto	15	1,8
Relacionado a eventos hemorrágicos	11	1,4

As relações entre idade materna com as condições de saúde materno-perinatais são apresentadas na tabela 2.

Observa-se que as mulheres em idade avançada (35 e mais anos) tiveram como diagnósticos obstétricos principais à internação patologias relacionadas à pressão arterial, maiores proporções

de agravamento do quadro clínico com retorno ao ambiente hospitalar, e de partos por via cesariana, além da frequência mais alta de crianças com peso ao nascer adequado em comparação com aquelas nas demais faixas etárias. É importante salientar, também, que o trabalho de parto prematuro foi proporcionalmente maior nas gestantes adolescentes.

**Tabela 2 - Associação da idade materna com as condições de saúde materno-perinatais, "Casa das Gestantes", Belo Horizonte-MG, 2008/2009**

Variáveis	Idade materna (anos)						p-valor
	12-18		19-34		35-44		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Idade gestacional (semanas)</b>							0,206
10 – 29 semanas e 6 dias	38	24,5	158	26,8	17	23,6	
30 – 33 semanas e 6 dias	78	50,3	275	46,7	29	40,3	
34 – 36 semanas e 6 dias	34	21,9	129	21,9	18	25,0	
37 – 41	5	3,3	27	4,6	8	11,1	
<b>Diagnóstico obstétrico à internação</b>							0,003
Trabalho de parto prematuro	114	73,1	373	63,1	26	36,1	
Relacionado à pressão arterial	21	13,5	115	19,5	31	43,0	

Relacionado ao líquido amniótico	7	4,5	31	5,2	3	4,2	
Relacionado ao feto	5	3,2	20	3,4	3	4,2	
Distúrbios metabólicos	1	0,6	18	3,0	3	4,2	
Outros	6	3,8	14	2,4	2	2,7	
Relacionado ao trabalho de parto e parto	2	1,3	12	2,0	1	1,4	
Relacionados a eventos hemorrágicos	-	-	8	1,4	3	4,2	
<b>Motivos de transferência</b>							< 0,001
Alta	75	49,4	252	44,6	18	26,9	
Parto	65	42,7	258	45,7	34	50,7	
Quadro clínico agravado	12	7,9	55	9,7	15	22,4	
<b>Tipo de parto</b>							0,006
Normal	48	64,9	155	53,3	17	36,2	
Cesariana	26	35,1	136	46,7	30	63,8	
<b>Destino ao nascer do RN</b>							0,073
UTI/UCI	35	57,4	162	66,9	21	47,7	
Alojamento conjunto	26	42,6	65	26,9	17	38,7	
Natimorto	-	-	5	2,1	4	9,1	
Óbito	-	-	10	4,1	2	4,5	
<b>Peso ao nascer (gramas)</b>							0,009
400 – 999	2	4,4	27	13,9	5	16,1	
1.000 – 1.499	9	20	56	28,9	5	16,1	
1.500 – 2.499	27	60	77	39,7	10	32,3	
2.500 – 4.490	7	15,6	34	17,5	11	35,5	

Dos dados registrados sobre apgar no 5º minuto, a maioria dos RN obteve índices entre 7 e 10 (97,2%), sem diferenças estatísticas no que diz respeito à faixa etária da mãe.

A associação entre tipo de parto e condições de nascimento das crianças com os principais diagnósticos obstétricos à internação da gestante encontra-se na tabela 3.

**Tabela 3 - Associação dos diagnósticos obstétricos mais frequentes à internação com tipo de parto e as condições de nascimento, "Casa das Gestantes", Belo Horizonte-MG, 2008-2009\***

Variáveis	Diagnóstico obstétrico à internação			
	Trabalho de parto prematuro		Relacionado à pressão arterial	
	n	%	n	%
<b>Tipo de parto</b>				
Normal	166	68,0	27	24,3
Cesariana	78	32,0	84	75,7
<b>Destino ao nascer do RN</b>				
UTI/UCI	144	68,9	53	58,2
Alojamento conjunto	52	24,9	35	38,5
Natimorto	6	2,8	2	2,2
Óbito	7	3,4	1	1,1
<b>Apgar no 5º minuto</b>				
1 a 6	6	3,6	-	-
7 a 10	162	96,4	81	100
<b>Peso ao nascer (gramas)</b>				
400 – 999	25	15,5	6	8,1
1.000 – 1.499	48	29,8	18	24,3
1.500 – 2.499	73	45,4	27	36,5
2.500 – 4.490	15	9,3	23	31,1

\* As gestantes que tiveram alta do programa não foram incluídas nesta análise.

As gestantes internadas com diagnóstico obstétrico de trabalho de parto prematuro apresentaram uma pequena porcentagem de agravamento do quadro clínico com retorno ao ambiente hospitalar (5,4%), sendo idênticas as taxas de alta do programa e parto na maternidade (47,3%). Das que evoluíram para o parto, 68% tiveram seus filhos por via vaginal. Em relação aos RN, 90,7% tinham baixo peso. Apesar disso, 96,4% apresentaram índice de apgar no 5º minuto entre sete e 10, e a proporção de óbitos perinatais foi pequena, apenas 3,4%. As gestantes internadas com diagnósticos obstétricos relacionados à pressão arterial apresentaram alta proporção de retorno ao ambiente hospitalar (38,6% de internação para o parto e 37,3% de agravamento do quadro clínico). Nesse grupo, o parto via abdominal prevaleceu sobre a via baixa, sendo a taxa de cesariana de 75,7%. Em relação aos RN, 68,9% tiveram baixo peso. Apesar disso, não houve registro de índice de apgar no 5º minuto <7. Ademais, a proporção de óbitos perinatais foi pequena, apenas 1,1%.

## DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado em uma maternidade filantrópica da cidade de Belo Horizonte que, além de ser referência no Estado de Minas Gerais para o atendimento de gestantes de risco habitual, presta assistência ao grupo considerado de alto risco.<sup>16</sup> Portanto, essa característica poderia, parcialmente, explicar o fato de a maioria das mulheres internadas na "Casa das Gestantes" ser proveniente de cidades do interior do Estado de Minas Gerais ou de outros municípios da região metropolitana de Belo Horizonte. Entretanto, é importante salientar que 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.<sup>17</sup> Dessa maneira, essas condições levam ao êxodo de pacientes para o atendimento nas grandes cidades.

Ao analisar a idade materna, neste trabalho, foi observado que 19% das gestantes eram adolescentes e que 8,8% tinham 35 anos de idade ou mais. Esses resultados são semelhantes aos observados para todo o Estado de Minas Gerais no ano de 2008, ocasião em que 17,9% das mães tinham

menos de 18 anos e 11,2%, idade avançada.<sup>18</sup> Vale ressaltar a especificidade das mulheres avaliadas nesta investigação que receberam o diagnóstico de gestação de alto risco, enquanto que nos dados estaduais não existiam distinções a esse respeito.

Neste estudo, os principais diagnósticos obstétricos à internação na "Casa das Gestantes" foram o trabalho de parto prematuro, seguido de causas relacionadas à pressão arterial, achados similares àqueles evidenciados em um trabalho realizado com gestantes de risco internadas em uma maternidade da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil.<sup>19</sup> Em contrapartida, em outra investigação realizada na cidade de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, evidenciou-se que as gestantes de alto risco eram referenciadas para o nível hospitalar em maior frequência devido à hipertensão arterial, seguido de diabetes, causas fetais, hemorragias e antecedentes obstétricos.<sup>20</sup>

No que diz respeito à via de parto, na presente investigação, foi observada uma frequência de cesariana de 46,6%, resultado próximo àquele encontrado para todo o país (43,8%) no ano de 2006.<sup>21</sup> Porém é primordial salientar que o grupo estudado foi composto por gestantes de alto risco e o número aumentado de cesarianas pode ser reflexo das condições de saúde obstétricas dessas mulheres. Tem-se demonstrado que as altas taxas de cesarianas eletivas revelam as gravidades das patologias obstétricas em questão e a necessidade de interrupção antecipada das gestações de alto risco. Assim, a via de parto abdominal está associada às causas de morbimortalidade materna se comparada ao parto vaginal; entretanto, quando bem indicada, pode contribuir para a redução do risco de óbito materno-perinatal.<sup>22</sup>

Em relação à idade da mãe, foi evidenciada, neste trabalho, menor frequência de partos operatórios em adolescentes e maior número de cesarianas em pacientes de idade avançada, corroborando achados de um estudo realizado com gestantes de alto risco atendidas em um serviço de obstetrícia e ginecologia de um hospital universitário da cidade de São Luiz, Estado do Maranhão, Brasil. A respeito disso, há conflitos na literatura sobre o impacto dos extremos da vida reprodutiva sobre a saúde materno-perinatal, pois os riscos podem ser associados tanto às condições socioeconômicas desfavoráveis quanto aos fatores biológicos e fisiológicos. Algumas condições maternas podem levar ao comprometimento fetal e estão mais presentes na idade avançada, elevando o número de cesarianas em mulheres desse grupo etário.<sup>23</sup>

Ainda, com relação ao impacto da idade avançada na saúde materno-perinatal, neste estudo, gestantes com mais de 35 anos apresentaram, como diagnósticos obstétricos principais à internação, problemas relacionados à pressão arterial, seguido do trabalho de parto prematuro. Esses resultados foram semelhantes aos evidenciados na pesquisa realizada na cidade de São Luiz do Maranhão, Brasil, onde as mulheres desse grupo etário tiveram um risco quatro vezes maior para pré-eclâmpsia e nove vezes maior para ruptura prematura de membrana.<sup>23</sup> Ademais, no presente trabalho, foi demonstrado que as gestantes em idade avançada tiveram proporcionalmente mais agravamento do quadro clínico e, por isso, passaram a ser assistidas no ambiente hospitalar, fato que pode ocasionar maior demanda de interrupção operatória da gravidez.

Com relação aos resultados referentes aos recém-nascidos, neste trabalho, os filhos das adolescentes apresentaram maior índice de baixo peso ao nascer se comparados com os das mães em idade avançada. Em estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, evidenciaram-se frequências semelhantes de baixo peso ao nascer nos extremos de idade, destacando que essa condição pode estar relacionada mais à situação atribuída ao baixo nível socioeconômico e ao aporte nutricional deficiente da população estudada do que às questões obstétricas.<sup>24</sup> Entretanto, há o reconhecimento da gestação em idades extremas como um fator de risco para resultados perinatais adversos, associados à mortalidade perinatal, como a prematuridade e o baixo peso ao nascer.<sup>25</sup>

No que diz respeito aos resultados da assistência prestada às usuárias do programa “Casa das Gestantes”, observaram-se, neste estudo, grandes proporções de alta do serviço e de encaminhamento para parto na maternidade após a estabilidade do quadro clínico, além de índices perinatais muito favoráveis, tais como as baixas frequências de natimortos, de óbitos neonatais e de índice Apgar no 5º minuto < 7. Esses achados demonstram a qualidade da assistência prestada nesse novo serviço de atenção à saúde, vista a melhora clínica do quadro de internação e, potencialmente, a prevenção de fatores associados com o aumento dos índices de mortalidade materna e perinatal. Pesquisa realizada em 2010, em uma UTI neonatal de referência no Sul do Brasil, relacionou uma assistência adequada e de qualidade à gestante com resultados perinatais favoráveis, com possível redução de agravos, como baixo peso e prematuridade do RN.<sup>26</sup>

Alguns países subdesenvolvidos propõem o uso de modelos assistenciais similares ao da “Casa das Gestantes”, conhecidos como *Maternity Waiting Homes* (MWH). Nesses locais há a possibilidade de grávidas de alto risco permanecerem e serem encaminhadas ao hospital próximo, em caso de intercorrências. Segundo a *Pan American Health and Education Foundation* (PAHEF), a implantação da MWH pode finalmente reduzir a mortalidade materna em populações vulneráveis. Em dois estudos desenvolvidos no continente africano, observou-se a efetividade da MWH na redução da morbimortalidade materna e perinatal. No primeiro deles, 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. Assim, os autores concluíram que esse serviço pode contribuir para a diminuição da mortalidade materna e perinatal.<sup>12</sup> Em outra pesquisa que aconteceu em Eritreia, a internação na MWH aumentou em 56% o número de partos sem morte materna, demonstrando a eficácia dessa estratégia de assistência na redução das taxas de mortalidade materna e perinatal. Além disso, havia um apoio irrestrito da comunidade ao serviço. Dessa forma, os autores recomendaram a ampliação em grande escala da MWH devido à sua eficácia na melhoria dos indicadores maternos e perinatais, diminuição dos custos assistenciais e aceitabilidade social.<sup>13</sup>

Dessa forma, pode-se afirmar que a assistência prestada nos serviços extra-hospitalares de assistência às gestantes de alto risco, como são os casos da “Casa das Gestantes” e das MWH, demonstra ações voltadas para a melhoria da saúde materna e, conseqüentemente, para a redução da mortalidade na infância, fato diretamente relacionado com os Objetivos do Milênio propostos pela Organização das Nações Unidas, especificamente, os objetivos quatro e cinco.<sup>2</sup> Entretanto, essas afirmações, devem ser melhor comprovadas para o programa “Casa das Gestantes” por meio de investigações de delineamento longitudinal que comparem os resultados da assistência prestada nesse serviço com aqueles desenvolvidos em ambiente hospitalar, assim como foi realizado nos estudos citados anteriormente sobre as MWH. Vale ressaltar que não foi possível explorar essa hipótese no presente estudo por questões relativas às limitações do tipo de estudo transversal, descritivo-exploratório.

Outra limitação encontrada neste estudo foi a alta proporção de falta de informação de algumas

variáveis do livro da instituição, principalmente nas relacionadas ao recém-nascido. Isso pode ser explicado, pois o livro não teve sua origem como instrumento de pesquisa, mas sim para um controle interno. Além disso, o registro dos dados é feito por vários profissionais, e, algumas vezes, pela demanda do serviço, há atraso no preenchimento e perda de algumas informações.

## CONCLUSÃO

A assistência prestada na “Casa das Gestantes”, uma unidade de saúde extra-hospitalar vinculada a um serviço de referência do nível terciário de atenção, objeto deste estudo, aponta para resultados materno-perinatais favoráveis, e demonstra que se trata de uma importante estratégia para a redução das mortalidades materna e infantil, pauta mundial.

Neste estudo, verificou-se que a assistência prestada às gestantes de alto risco nesse tipo de serviço favorece aquelas residentes em regiões metropolitanas ou no interior do estado, que necessitam de observação e acompanhamento, e que têm dificuldade de acesso a estabelecimentos de saúde de referência próximos a seu domicílio. Evidencia-se, assim, a importância do acesso e da equidade, como também da articulação e da governança dos pontos da rede de atenção para a melhoria dos indicadores de saúde maternos e perinatais. Igualmente importantes são a proporção de partos normais mesmo se tratando de um grupo de gestantes de alto risco, os altos índices de apgar e as baixas frequências de natimortos ou óbitos perinatais de seus RN.

Portanto, a implementação da “Casa das Gestantes” representa um avanço na assistência materno-infantil. Dessa forma, investimentos nesse programa podem beneficiar tanto a mãe quanto seu filho, com a possível diminuição de riscos como infecções hospitalares, intervenções desnecessárias, ansiedade provocada pela ambiência, entre outros, devido à maior permanência de gestantes de alto risco em enfermarias hospitalares. Nesse sentido, os gestores da saúde devem ser alertados quanto aos potenciais resultados desse novo modelo assistencial.

Recomenda-se, ainda, a realização de pesquisas sobre o tema, particularmente, com delineamento longitudinal, abordando, principalmente, a comparação dos desfechos materno-perinatais com os alcançados em outros serviços, especialmente os hospitalares.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva (CH): World Health Organization; 2000 [acesso 20 Dez 2010]. Disponível em: [http://www.iawg.net/resources/RH%20Kit%2011%20-%20Complications%20of%20pregnancy%20and%20childbirth\\_midwives%20and%20doctors.pdf](http://www.iawg.net/resources/RH%20Kit%2011%20-%20Complications%20of%20pregnancy%20and%20childbirth_midwives%20and%20doctors.pdf)
2. United Nations (UN). The Millennium development goals report. New York (US): United Nations; 2010 [acesso 20 Dez 2010]. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf#page=28>
3. Merighi MAB, Gualda DMR. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias. Rev Latino-am Enfermagem. 2009 Mar-Apr; 17(2):265-70.
4. Shah I, Say L. Mortalidade materna e atenção à maternidade de 1990 a 2005: conquistas desiguais, porém importantes. Quest Saúde Reprod. 2008 Ago; 3(3):22-34.
5. United Nations Children’s Fund (UNICEF). Situação mundial da infância 2009: saúde materna e neonatal. New York (US): United Nations Children’s Fund; 2009 [acesso 20 Dez 2010]. Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/situacao\\_mundial\\_da\\_infancia\\_2009.pdf](http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf)
6. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica sobre a vigilância de morte materna. 2008 [acesso 20 Dez 2010]. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/inf\\_saude/sim\\_informacoes/Nota\\_tecnica\\_CIT\\_Portaria1119\\_materna.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/inf_saude/sim_informacoes/Nota_tecnica_CIT_Portaria1119_materna.pdf)
7. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília (BR): Organização Pan-Americana da Saúde; 2009 [acesso 18 Dez 2010]. Disponível em: [http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/LIVRO\\_DEMOGRAFIA\\_E\\_SA%C3%9ADE\\_WEB.pdf](http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/LIVRO_DEMOGRAFIA_E_SA%C3%9ADE_WEB.pdf)
8. Marziale MHP, Mendes IAC. Pobreza e desenvolvimento humano: estratégias globais. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(Esp):709-12.
9. Ministério da Saúde (BR). Gestante de alto risco: sistema estadual de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
10. Silva KL, Sena RR, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2005 Jun; 39(3):391-7.
11. Pan American Health and Education Foundation (PAHEF). Maternity Waiting Homes. Success Stories. 2010 [acesso 15 Dez 2010]. Disponível em: <http://www.pahef.org/en/successstories/39/23-maternity-waiting-homes.html>
12. Van Lonkhuijzen L, Stegeman M, Nyirongo R, van Roosmalen J. Use of maternity waiting home in rural Zambia. Afr J Reprod Health. 2003 Apr; 7(1):32-6.

13. Andemichael G, Haile B, Kosia A, Mufunda J. Maternity waiting homes: a panacea for maternal/neonatal conundrums in Eritrean. *J Eritrean Med Assoc.* 2009; 4(1):18-21.
14. World Health Organization (WHO). Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health. Geneva (CH): World Health Organization; 2010. [acesso 20 Dez 2010]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_MPS\\_09.04\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.04_eng.pdf)
15. Resolução 96, de 10 de outubro de 1996 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996. [acesso 11 Nov 2010]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)
16. Hospital Sofia Feldman. Guia de práticas clínicas do Hospital Sofia Feldman; ruptura prematura de membranas. Belo Horizonte (BR): Hospital Sofia Feldman; 2008.
17. Castro JL, Vilar RLA. Relatórios de grupos: desafios e estratégias para interiorização do trabalho em saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Políticas de recursos humanos em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. p. 179-84.
18. Ministério da Saúde (BR). Tipo de parto segundo a idade materna no Estado de Minas Gerais [internet]. Brasília (DF): MS; 2008 [acesso 11 Nov 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>
19. Gouveia HG, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 Mar-Abr;12(2):175-82.
20. Buchabqui JA, Capp E, Ferreira J. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na rede básica de atenção à saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006 Jan-Mar;6(1):23-9.
21. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. [acesso 22 Nov 2010]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)
22. Viggiano MB, Viggiano MGC, Souza E, Camano L. Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004 Mar; 26(4):317-23.
23. Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi GU, Baracat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004 Out; 26(9):697-701.
24. Azevedo GD, Freitas RAO Jr, Freitas AKMSO, Araújo ACPF, Soares EMM, Maranhão TMO. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24(3):181-5.
25. Martins EF. Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em Belo Horizonte, Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
26. Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto Contexto Enferm.* 2012 Jun; 21(2):269-76.

Correspondência: Adriano Marçal Pimenta  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem  
Materno-Infantil de Saúde Pública  
Av. Prof. Alfredo Balena, n.190  
30130-100 – Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil  
E-mail: [adrianomp@ufmg.br](mailto:adrianomp@ufmg.br)

Recebido: 03 de Agosto de 2011  
Aprovação: 10 de Agosto de 2012