






Adequação da assistência pré-natal em casa de parto e causas associadas com as transferências hospitalares



Adequacy of prenatal assistance in birth houses and causes associated with hospital transfers

Adecuación de la asistencia pre-natal em casa de parto y causas asociadas com las transferências hospitalares

Tamara Cristina da Matta de Oliveira^a 
 Adriana Lenho de Figueiredo Pereira^a 
 Lucia Helena Garcia Penna^a 
 Ricardo de Mattos Russo Rafael^a 
 Audrey Vidal Pereira^b 

Como citar este artigo:

Oliveira TCM, Pereira ALF, Penna LHG, Rafael RMR, Pereira AV. Adequação da assistência pré-natal em casa de parto e causas associadas com as transferências hospitalares. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180419. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180419>.

RESUMO

Objetivo: Analisar a adequação da assistência pré-natal em Casa de Parto e as causas associadas com as transferências maternas e dos recém-nascidos para o hospital.

Métodos: Estudo transversal dos atendimentos da única Casa de Parto, de 2009 a 2014, no Rio de Janeiro. As análises estatísticas foram pelo Teste χ^2 e Razão de Prevalência (RP).

Resultado: A assistência pré-natal adequada predominou (42,8%) e não houve associação ($p=0,55$) com as transferências. A transferência materna é causada pela bolsa amniótica rota (RP= 2,09; IC 95% 1,62-2,70) e batimentos cardíacos fetais alterados (RP= 3,06; IC 95% 2,13-4,39). As transferências do recém-nascido estão associadas com a presença de mecônio no líquido amniótico (RP= 2,40; IC 95% 1,30 - 4,43); Apgar abaixo de 7 (RP= 5,33; IC 95% 2,65-10,73) e assistência ventilatória ao nascer (RP= 9,41; IC 95% 5,52-16,04).

Conclusão: As intercorrências na assistência intraparto são as causas associadas com as transferências.

Palavras-chave: Centros de assistência à gravidez e ao parto. Cuidado pré-natal. Trabalho de parto. Cuidados de enfermagem. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the adequacy of prenatal care in a Birth Center and the causes associated with maternal and newborn transfers to the hospital.

Methods: Cross-sectional study of the care provided at the only Birth Center in Rio de Janeiro, from 2009 to 2014. Statistical analyzes were based on the χ^2 test and Prevalence Ratio (PR).

Results: Suitable prenatal care was predominant (42.8%) and there was no association ($p = 0.55$) with the transfers. Maternal transfer is caused by the ruptured amniotic sac (PR = 2.09, 95% CI 1.62-2.70) and altered fetal heart rates (PR = 3.06, 95% CI, 2.13-4.39). Newborn transfers are associated with the presence of meconium in the amniotic fluid (PR = 2.40, 95% CI 1.30-4.43); Apgar below 7 (PR = 5.33, 95% CI 2.65-10.73); and ventilatory assistance at birth (PR = 9.41, 95% CI 5.52-16.04).

Conclusion: Complications during intrapartum care are the causes associated with transfers.

Keywords: Birthing centers. Prenatal care. Labor, obstetric. Nursing care. Obstetric nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la adecuación de la asistencia prenatal en Casa de Parto y las causas asociadas con las transferencias maternas y de los recién nacidos para al hospital.

Métodos: Investigación transversal de los atendimientos de la única Casa de Parto, de 2009 a 2014, en Río de Janeiro. Los análisis estadísticos fueron por el Test χ^2 y Razón de Prevalencia (RP).

Resultado: La asistencia prenatal adecuada predominó (42,8%) y no hubo asociación ($p = 0,55$) con las transferencias. La transferencia materna es causada por la bolsa amniótica rota (RP = 2,09, IC 95% 1,62-2,70) y batimientos cardíacos fetales alterados (RP = 3,06, IC 95% 2,13-4,39). Las transferencias del recién nacido se asocian con la presencia de mecônio en el líquido amniótico (RP = 2,40; IC 95% 1,30 - 4,43); Apgar abajo de 7 (RP= 5,33; IC 95% 2,65-10,73) y asistencia ventilatoria al nacer (RP=9,41; IC 95% 5,52-16,04).

Conclusiones: Las intercorrências en la asistencia intraparto son las causas asociadas con las transferências.

Palabras clave: Centros de asistencia al embarazo y al parto. Atención prenatal. Trabajo de parto. Atención de enfermeira. Enfermería obstétrica.

^a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^b Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência pré-natal impacta diretamente nos resultados maternos e neonatais. No Brasil, ainda são observados problemas no acesso e início tardio das consultas pelas gestantes, bem como as inadequações referentes ao número de consultas e aos procedimentos preconizados pelos programas de saúde voltados para a atenção ao pré-natal⁽¹⁻²⁾.

Além disso, há dificuldades na comunicação e integração entre os serviços da atenção básica, que realizam o cuidado pré-natal, e os da rede hospitalar, que são responsáveis por quase a totalidade dos atendimentos ao parto no país⁽²⁾. Para tal, os programas ministeriais para a humanização do parto têm visado a integração das ações desses serviços e criação de dispositivos que favoreçam a expansão, como por exemplo, dos Centros de Parto Normal (CPN) no país⁽³⁾.

Mesmo diante dessa iniciativa, o Brasil tem enfrentado dificuldades para concretizar o aumento dessas instituições, tendo em vista que dispõe de pouquíssimas Casas de Parto (CP), sendo estas uma modalidade de CPN fisicamente independente dos hospitais. As Casas de Parto oferecem assistência contínua às mulheres, incluindo a assistência ao pré-natal, parto e puerpério imediato; contam com um hospital de referência para as eventuais complicações à saúde materna e do recém-nascido, e dispõem de enfermeiras obstetras como responsáveis técnicas pelo cuidado e por todas as ações correlacionadas⁽⁴⁾.

Apesar da garantia da continuidade assistencial e o suporte oferecido pelo hospital de referência, as CP enfrentam resistências e desconfianças por parte de alguns segmentos da população e profissionais de saúde acerca de sua qualidade e segurança dos cuidados prestados, em comparação com os recursos médicos e tecnológicos dos hospitais, sendo estes vistos como ambientes mais seguros para a mulher e seu filho⁽⁴⁻⁶⁾.

Em contraposição a essa perspectiva dominante em nosso país, estudos internacionais consideram que os Centros de Nascimento independentes (*free-standing Birth Centers*) estão associados a taxas significativamente mais baixas de intervenções durante o parto e nascimento, complicações maternas e admissões em unidades neonatais, em comparação às unidades hospitalares tradicionais⁽⁵⁾. Além disso, a necessidade de transferência da mulher e do seu filho para o atendimento hospitalar de referência não implica em aumento na morbimortalidade, mas assegura a continuidade da assistência em um nível de maior complexidade. Assim, estes centros são considerados uma alternativa segura para as mulheres saudáveis ou de risco obstétrico habitual, independentemente da paridade⁽⁵⁻⁶⁾.

Em consideração à característica da assistência ser contínua em Casa de Parto, desde o pré-natal até o momento do parto e nascimento, e dispor de unidade hospitalar de referência para as intercorrências, propôs-se a seguinte questão de pesquisa: Qual o nível de adequação da assistência pré-natal e as causas associadas com as transferências maternas e dos recém-nascidos da Casa de Parto para o hospital?

Para responder a essa questão, a pesquisa objetivou analisar a adequação da assistência pré-natal em Casa de Parto e as causas associadas com as transferências maternas e dos recém-nascidos para o hospital.

A pesquisa se justifica pela necessidade de ampliar o conhecimento sobre o cuidado integral prestado em CP, que é conduzido pela enfermeira obstetra, e contribuir para verificar a adequação da assistência ao pré-natal nesta unidade de saúde singular, bem como em relação às causas envolvidas nas transferências para o hospital, de modo a subsidiar as políticas de saúde que visam melhorar a atenção obstétrica e estimular os CPN e CP no Sistema Único da Saúde (SUS).

■ MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, com base nos registros dos atendimentos na Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF) e das transferências para os hospitais de referência. A CPDCF é a única existente no município do Rio de Janeiro e atende as mulheres com gestações de feto único, caracterizadas como risco habitual e que desejam ter seus cuidados na instituição, cujo início se dá no período pré-natal.

As gestantes podem iniciar o seu atendimento pré-natal desde o início da gravidez ou dar continuidade às consultas conduzidas pela unidade básica de saúde, desde que não ultrapassem a 32ª semana de gestação. Para que o parto normal ocorra na CPDCF, as mulheres devem realizar as consultas pré-natais, participar de oficinas educativas programadas para o período gestacional, não apresentar condição de risco obstétrico e seu filho estar posicionado em vértice por ocasião do parto.

Quanto aos hospitais de referência, cumpre esclarecer que, ao ser inaugurada em 2004, a CPDCF teve como referência uma maternidade situada nas proximidades da instituição, cerca de 8 km de distância, até o primeiro semestre do ano 2013. Posteriormente, no segundo semestre de 2013, inaugura-se uma maternidade na mesma área de planejamento em saúde da CPDCF e distanciada cerca de 6 km da instituição. Desde então, essa maternidade é o hospital de referência para as transferências maternas, quer seja no período pré-natal, do parto e do pós-parto, e para as transferências dos recém-nascidos.

Cabe destacar que a CPDCF e os seus hospitais de referência não dispõem de sistema informatizado dos registros assistenciais e o acesso a esses dados exigem o manuseio da documentação de cada prontuário sob a guarda dessas instituições. Em virtude dessa restrição, optou-se por estudar a amostra da população no período de 2009 a 2014. O ano de 2009 foi definido a partir da vigência da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da Agência de Vigilância Sanitária, de 03 de junho de 2008, que regulamentou o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal no país, e definiu os processos operacionais assistenciais e as normas sobre os serviços de referência e os procedimentos pertinentes⁽⁷⁾.

O cálculo amostral foi obtido a partir da população atendida na CPDCF entre 2009 a 2014. Neste período, 1525 mulheres foram internadas em trabalho de parto e 1290 mulheres pariram na instituição, o que corresponde 235 (15,4%) mulheres transferidas para o hospital de referência. A amostra mínima foi estimada em 296 mulheres cujo parto e nascimento ocorreram na CPDCF e em 152 mulheres transferidas, com um intervalo de confiança de 95% e erro máximo aceitável de 5%. Observou-se a proporcionalidade anual em relação ao total de parturientes admitidas e de partos normais no período de 2009 a 2014 para estipular o quantitativo mínimo das unidades amostrais de prontuários em cada ano deste período.

A amostragem aleatória foi conduzida por meio de sorteio a partir do último número de cada prontuário das mulheres admitidas na CPDCF em cada ano do período investigado, com variação possível de zero a nove. Quando o sorteio resultou na repetição do último número sorteado, procedeu-se um novo sorteio. Após o processo de amostragem, esses prontuários foram solicitados no setor de arquivo da CPDCF e nas maternidades de referência, e selecionados com base nos critérios de inclusão e exclusão a seguir.

Incluíram-se na pesquisa os atendimentos das mulheres que realizaram consultas de pré-natal e foram internadas em trabalho de parto na CPDCF, tendo a resolução do parto nessa instituição ou na maternidade de referência. Excluíram-se os registros da assistência às mulheres internadas na CPDCF no período expulsivo do parto.

Na coleta de dados, realizada no período de junho a setembro de 2016, utilizou-se um formulário estruturado sobre os dados obstétricos maternos; da assistência pré-natal; das ocorrências no período da gestação, parto e nascimento, e das transferências maternas e neonatais. Definiu-se como variável dependente a transferência para o hospital de referência, sendo tratada de forma dicotômica, do tipo sim e não. As variáveis independentes foram a adequação da assistência pré-natal e as intercorrências durante a assistência da gestação, parto e nascimento.

Para avaliar a adequação da assistência pré-natal, utilizaram-se os parâmetros assistenciais do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), descritos no anexo da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000⁽⁸⁾, e complementados com as recomendações do anexo da Portaria nº 650, de 05 de outubro de 2011, da Rede Cegonha, que preconiza o início precoce da assistência pré-natal até a 12ª semana de gravidez; quatro encontros educativos para cada gestante, e os exames laboratoriais e complementares que todas as gestantes devem realizar, tanto na primeira consulta do pré-natal e quanto até a 30ª semana da gestação⁽⁹⁾.

Estes exames recomendados são a tipagem sanguínea (ABO); fator Rh, Teste Coombs indireto para RH negativo; Hematócrito; Hemoglobina; Glicemia; Exame de urina tipo I (EAS), Teste *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL); Testes sorológicos para infecção pelos vírus HIV (Anti-HIV1 e Anti-HIV2) e da Hepatite B (HBsAg); sorologia para Toxoplasmose (IgM); Urinocultura; Parasitológico; Citopatológico cérvico-vaginal e Ultrassom obstétrico.

Os parâmetros recomendados para a assistência pré-natal foram avaliados por meio da análise dos registros contidos em cada um dos prontuários maternos incluídos na pesquisa, o que possibilitou a atribuição de uma pontuação para a assistência prestada a cada uma das mulheres da amostra aqui estudada, com escore máximo 6 pontos, como pode ser observado no quadro 1.

Parâmetros	1º trim.	2º trim.	3º trim.	Pontuação
Mínimo de seis consultas	1	2	3	1
Captação precoce (até 12ª semana*)				1
Exames completos (na primeira consulta)				1
Exames completos (até 30ª semana*)				1
Quatro grupos educativos realizados				1
Imunização antitetânica				1
Total				6

Quadro 1 - Parâmetros recomendados e utilizados na avaliação da assistência pré-natal

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

(*) Semanas de gravidez.

O nível de adequação da assistência pré-natal foi aferido a partir das pontuações resultantes da avaliação destes

parâmetros e de acordo com o seguinte juízo de valor: 6 pontos, adequado superior; 5 pontos, adequado; 4 pontos, intermediário; e 3 pontos ou menos, inadequado.

Após a construção do banco de dados por meio do software Excel® 2010, foram realizadas as análises estatísticas no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 19.0 for Windows. Posteriormente, foram calculadas as respectivas prevalências e, no caso das análises univariadas e bivariadas, aplicou-se o Teste Qui-Quadrado (χ^2) para verificar a associação entre a variável independente e as variáveis dependentes, com valor de $p < 0,05$. Ao ser constatada a associação estatisticamente significativa, determinou-se a Razão de Prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95%.

Cabe esclarecer que as ocorrências na assistência da gestação, parto e nascimento foram estudadas como fatores de exposição e testadas para o desfecho transferência hospitalar, não sendo analisados hierarquicamente o tempo, a intensidade ou a gravidade dessas ocorrências.

Para identificar os fatores associados com a transferência neonatal, optou-se por analisar o grupo de recém-nascidos transferidos para a unidade neonatal da maternidade de referência, cujo nascimento se deu tanto na casa de parto quanto nessa unidade hospitalar. Tal opção foi motivada pelo fato de que esse grupo de bebês apresenta condições de risco para a sua vitalidade.

O estudo respeitou as normas regulamentadoras e procedimentos éticos em pesquisa, sendo aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, parecer de nº 1.028.107.

■ RESULTADOS

A amostra estudada foi de 482 (100%) prontuários de mulheres internadas em trabalho de parto na CPDCF, no período de 2009 a 2014. Dessa totalidade, foram 330 (68,5%) mulheres que tiveram o parto normal nessa CP e 152 (31,5%) mulheres foram transferidas para a maternidade de referência. Não ocorreu morte materna no período investigado. A maioria dos registros analisados descrevia mais de uma causa para a transferência materna, com predominância da bolsa amniótica rota (50%), presença de mecônio no líquido amniótico (32,2%) e alteração nos batimentos cardíacos fetais (17,8%). Entre as mulheres transferidas, 37,5% teve como desfecho do parto a cesariana.

Quanto aos recém-nascidos, quase a totalidade (91,7%) apresentou peso normal ao nascer, de 2500g a 3999g. Aqueles com baixo peso ao nascer, abaixo de 2500g, responderam a nove bebês (2,7%) assistidos na CPDCF e

um bebê (0,7%) atendido no hospital. Entre os nascimentos na CPDCF, 34 (10,3%) recém-nascidos foram encaminhados para a maternidade de referência, cuja principal causa foi o desconforto respiratório (6,1%).

O índice de Apgar abaixo de sete no quinto minuto foi atribuído a 2,7% dos bebês nascidos na CPDCF e a 12,5% dos nascimentos no hospital de referência. Verificaram-se 39 (8,1%) recém-nascidos transferidos para a unidade neonatal deste hospital na totalidade da amostra aqui estudada, 482 parturientes.

Houve um caso de óbito neonatal devido à má-formação em múltiplos órgãos causada pela Síndrome de Vacterl, de origem genética e não diagnosticada durante a assistência pré-natal, sendo esse bebê transferido logo após o nascimento, cuja morte ocorreu na maternidade de referência.

A amostra de atendimentos maternos foi composta por quase a totalidade de mulheres em idade reprodutiva e inseridas na faixa etária considerada de baixo risco obstétrico ou risco habitual, de 15 a 35 anos de idade. Quanto às mulheres nos extremos da idade reprodutiva, nove (1,9%) estavam com mais de 35 anos de idade e duas (0,4%) com idade menor que 15 anos, sendo essas adolescentes referenciadas para a unidade hospitalar no momento de caracterização do risco gestacional ainda durante a assistência pré-natal. As primigestas (60%) e as nulíparas (68,5%) foram predominantes.

Ao considerar as variáveis da assistência pré-natal, 403 (83,6%) gestantes realizaram todas as consultas de pré-natal na CPDCF e as demais (16,4%) foram admitidas por meio de referência de outros serviços de saúde e deram continuidade a essa assistência na CP.

Constatou-se o predomínio das gestantes que iniciaram o pré-natal tardiamente (87,1%), após 12 semanas de gravidez; que realizaram sete ou mais consultas (81,1%); participaram de quatro ou mais grupos educativos (65,1%) e tiveram todos os exames laboratoriais e complementares realizados na primeira consulta (69,5%) e até a 30ª semana de gravidez (82,2%). Os registros sobre o plano de parto da mulher foram encontrados em apenas 36,1% dos prontuários analisados.

As alterações clínicas na gestação foram observadas em 48,1% das mulheres, sendo as mais frequentes a anemia (33,8%) e a infecção do trato urinário (23,4%). As demais ocorrências registradas em 29 (6,1%) prontuários maternos foram a condilomatose genital, vaginoses, ameaça de trabalho de parto prematuro, alteração de glicemia sanguínea, entre outras.

Considerando a avaliação da assistência pré-natal, a partir dos registros nos prontuários maternos, o nível

adequado foi mais frequente (34,9%) e o nível adequado superior, com pontuação máxima de seis pontos, foi obtido por 7,9% da amostra, o que corresponde a prevalência de 42,8% de atendimentos de pré-natal avaliados como adequados. Os demais prontuários maternos analisados alcançaram o nível intermediário de adequação (34,2%) e o nível inadequado (23%) para essa assistência.

Na verificação da associação entre o nível inadequado da assistência pré-natal e a transferência das mulheres em trabalho de parto para o hospital de referência, não se observou resultado estaticamente significativo pelo teste χ^2 . O mesmo resultado foi encontrado quando se agrupou os dados em duas variáveis categóricas “adequado” e “não adequado”, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Prevalência da adequação da assistência pré-natal segundo a transferência materna para o hospital de referência. Casa de Parto, Rio de Janeiro- RJ, 2009-2014

Nível de adequação	Transferência	
	Sim (n=152)	Não (n=330)
	%	%
Adequado superior [§]	5,9	8,8
Adequado [§]	32,9	35,8
Intermediário [§]	35,5	33,6
Inadequado* [§]	25,7	21,8

Fonte: Prontuários arquivados na CPDCF e nas maternidades de referência.

Notas: *Teste χ^2 com valor de $p=0,55$ e $\alpha<0,05$. [§]Variáveis agrupadas em dois níveis, adequado e não adequado, Teste χ^2 com valor de $p=0,23$ e $\alpha<0,05$.

Ao ser testada a associação das ocorrências na gestação e no parto com a transferência maternas da CPDCF para o hospital de referência, o resultado do teste χ^2 foi estatisticamente significativo para a alteração clínica na gestação ($p=0,01$), a bolsa amniótica rota ($p<0,01$), mecônio no líquido amniótico ($p<0,01$) e batimentos cardíacos fetais alterados ($p<0,01$).

Quanto à probabilidade de transferência materna para o hospital devido a essas ocorrências durante a gestação e

trabalho de parto, constatou-se que a alteração clínica da gestação reduz essa probabilidade (RP=0,70; IC 95% = 0,54 - 0,92), enquanto que a bolsa amniótica rota (RP= 2,09; IC 95% 1,62 - 2,70), mecônio no líquido amniótico (RP= 1,96; IC 95% 1,47 - 2,60) e batimentos cardíacos fetais alterados (RP= 3,06; IC 95% 2,13 - 4,39) aumentam a probabilidade de transferência da parturiente para o hospital, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 - Prevalência das intercorrências associadas com a transferência materna da Casa de Parto para o hospital de referência. Rio de Janeiro –RJ, 2009-2014

Variáveis	Transferência		p valor*	RP	IC- 95%
	Sim (n=152)	Não (n=330)			
Alteração clínica na gestação	39,5	52,1	0,01	0,70	0,54 - 0,92
Bolsa amniótica rota	50	24,2	<0,01	2,09	1,62 - 2,70
Mecônio no líquido amniótico	32,2	13,9	<0,01	1,96	1,47 - 2,60
Batimentos cardíacos fetais alterados	13,8	0,9	<0,01	3,06	2,13 - 4,39

Fonte: Prontuários maternos arquivados na CPDCF e nas maternidades de referência.

Nota: *Teste χ^2 , valor de $\alpha<0,05$. Legenda: RP= Razão de Prevalência

Em relação aos fatores associados com a transferência do recém-nascido para a unidade neonatal do hospital de referência, verificou-se que as ocorrências de bolsa amniótica rota no trabalho de parto ($p=0,40$) e de batimentos cardíacos fetais alterados ($p=0,47$) não apresentaram associação estatística significativa através do Teste χ^2 . Contudo, ao testar as variáveis alteração clínica materna na gestação ($p<0,01$), presença de mecônio no líquido amniótico ($p=0,01$), índice de Apgar < 7 ($p<0,01$) e assistência ventilatória ao nascer ($p<0,01$) houve associação estatística significativa para o desfecho de internação em unidade neonatal.

Ao verificar a razão de prevalência desses fatores estatisticamente associados com a internação do recém-nascido

em unidade neonatal, constatou-se que a história materna de alteração clínica na gestação (RP= 0,32; IC 95% 0,16 - 0,64) não aumenta a probabilidade de internação. Enquanto que a presença de mecônio no líquido amniótico (RP= 2,40; IC 95% 1,30 - 4,43); a transferência materna (RP= 2,53; IC 95% 1,33 - 4,85); o índice de Apgar abaixo de 7 (RP= 5,33; IC 95% 2,65 - 10,73) e a necessidade de assistência ventilatória ao nascer (RP= 9,41; IC 95% 5,52 - 16,04) aumentaram a probabilidade do RN ser internado em unidade neonatal, sobretudo quando o recém-nascido exige manobras ventilatórias, como pode visualizado na Tabela 3.

Tabela 3 - Prevalência das intercorrências associadas com a transferência dos recém-nascidos de mães atendidas na Casa de Parto para a Unidade Neonatal do hospital de referência. Rio de Janeiro – RJ, 2009-2014

Variáveis	Unidade Neonatal		p valor*	RP	IC-95%
	Sim (n=39)	Não (n=443)			
Alteração clínica na gestação	23,1	50,3	<0,01	0,32	0,16 - 0,64
Transferência materna	53,8	29,6	<0,01	2,53	1,33 - 4,85
Mecônio no líquido amniótico	36,8	18	0,01	2,40	1,30 - 4,43
Índice de Apgar <7	18	2,7	<0,01	5,33	2,65 - 10,73
Assistência ventilatória ao nascer	69,2	15	<0,01	9,41	5,52 - 16,04

Fonte: Prontuários maternos arquivados na CPDCF e nas maternidades de referência.

Nota: *Teste χ^2 , valor de $\alpha < 0,05$. Legenda: RP= Razão de Prevalência

■ DISCUSSÃO

O estudo encontrou a mesma tendência de início tardio das consultas de pré-natal, após a 12ª semana de gestação, como nos estudos de base populacional e com abrangência nacional^(2,10). Embora os resultados encontrados não possam ser comparados com os achados desses tipos de estudos, o fato das gestantes da CDCDF iniciarem tardiamente o seu pré-natal pode denotar que elas têm dificuldades de acesso oportuno semelhantes às demais gestantes atendidas nos serviços de pré-natal do país.

O início tardio do pré-natal retarda o diagnóstico precoce da gestação e a realização dos exames recomendados para o primeiro trimestre da gestação^(2,10-11). Tais dificuldades demandam estratégias para que as grávidas da CDCDF tenham o acesso facilitado ao cuidado pré-natal no período recomendado, até 12ª semana de gestação⁽⁹⁾.

Por outro lado, não se pode desconsiderar as questões de ordem pessoal das mulheres com acesso tardio à assistência pré-natal, como a gravidez não planejada. Pesquisa brasileira⁽³⁾ constatou que mais da metade das mulheres entrevistadas não desejavam engravidar e um terço tinham sentimentos negativos ou ambivalentes em relação à gestação atual. Portanto, os motivos do início tardio do pré-natal pelas mulheres que optaram pelos cuidados em CP devem ser pesquisados, afim de que as enfermeiras obstetras possam atuar nas suas causas e, assim, melhorar a adequação da assistência pré-natal prestada.

Quanto aos encontros educativos preconizados, verificou-se que dois terços da amostra de gestantes estudada realizaram quatro ou mais encontros durante o pré-natal. Como a participação nos grupos educativos programados é um dos critérios para a mulher parir na CPDCF, presume-se que o início tardio das consultas pré-natais possa ter

influenciado para que um terço de sua clientela não tenha alcançado esse parâmetro recomendado, bem como explicar a menor frequência de exames completos no primeiro trimestre (69,5%) em comparação aos do início de terceiro trimestre (82,2%). A perda de pontuação nesses parâmetros pode ter contribuído para que 34,2% da amostra estudada tenha ficado no nível intermediário de adequação da assistência pré-natal.

Ainda que os critérios de avaliação da adequação de pré-natal tenham considerado a captação precoce para o pré-natal e o quantitativo de quatro grupos educativos realizados pelas gestantes, a prevalência do nível adequado na CPDF (42,8%) foi mais elevada que a verificada em serviços de atenção básica (15%)⁽¹¹⁾ e entre as puérperas entrevistadas durante a internação hospitalar (21,6%; 23,7%)⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Destaca-se que, na CPDCF, as mulheres atendidas são saudáveis, sem risco obstétrico associado e, portanto, com perfil mais homogêneo em comparação à população das gestantes brasileiras que são predominantemente assistidas por médicos, mesmo em serviços da rede básica de saúde⁽³⁾.

Essa característica da população usuária da CPDCF também pode ter influenciado no resultado de não associação do nível de adequação da assistência pré-natal com a transferência materna para o hospital, visto que a inadequação dessa assistência está relacionada com o aumento do risco materno e neonatal na população de gestantes brasileiras^(2-3,10-11). Em estudo coorte retrospectivo em centro de nascimento americano as chances de transferência da parturiente também foram mais elevadas quando a assistência pré-natal foi inadequada⁽¹²⁾.

A assistência pré-natal visa a prevenção de desfechos maternos e neonatais negativos. Corroborando com essa perspectiva, as alterações clínicas durante a gestação na amostra de mulheres aqui estudada não representaram maior probabilidade de transferência materna para o hospital e do recém-nascido para a unidade neonatal. Presume-se que o diagnóstico oportuno dessas alterações clínicas, realizado pelas enfermeiras, e a permanência das mulheres no atendimento pré-natal da CPDCF até o momento do parto podem indicar que o risco obstétrico não foi confirmado pelo médico que realizava acompanhamento concomitante no serviço de referência, uma vez que esta avaliação é recomendada quando surgem essas alterações⁽¹³⁾.

Quanto à transferência materna intraparto na CPDCF, o percentual de 15,4% é semelhante ao observado em estudos internacionais sobre os centros de nascimento, que variaram de 11,6% a 25,4%^(6,14-16), porém é mais elevada que a verificada em outra CP no Brasil, 4%⁽¹⁷⁾.

Nesta pesquisa, as ocorrências obstétricas da assistência intraparto são as que estão associadas com a transferência materna para o hospital, como a bolsa amniótica rota, presença de mecônio no líquido amniótico e batimentos cardíacos fetais alterados, que também são os motivos descritos na literatura para essas transferências. Contudo, a bolsa amniótica rota apresentou prevalência (50%) maior que a observada em centros de nascimento internacionais (20,4%)⁽¹⁶⁾.

As causas desta elevada prevalência devem ser estudadas juntamente com as características sociais e obstétricas das mulheres pesquisadas, que aqui não foram testadas, como o perfil etário, educacional, étnico e da paridade, bem como sua relação com as alterações clínicas maternas mais prevalentes na CPDCF, que foram a anemia (33,8%) e a infecção do trato urinário (23,4%), uma vez que as condições sociais desfavoráveis e essas morbidades estão associadas à ocorrência da ruptura prematura das membranas amnióticas⁽¹⁸⁾.

Considerando o desfecho do parto entre as gestantes da CPDCF transferidas para o hospital, verificou-se que a prevalência da cesariana foi mais elevada (37,5%) em comparação aos estudos internacionais sobre os resultados da assistência em centros de nascimento, de 12,1% a 23,1%^(6,15,19). Tal achado pode denotar uma possível influência da tendência de elevada proporção de partos cirúrgicos na obstetria brasileira⁽²⁰⁾. Ou ter sido uma indicação médica em virtude das situações de emergência ocorridas nesse grupo de parturientes, o que também requer investigação sobre as causas associadas ao desfecho do parto.

Essa possibilidade de maior exposição ou a necessidade de intervenções médicas pode implicar no aumento da probabilidade do recém-nascido ser transferido para a Unidade Neonatal entre as mães transferidas da CPDCF. Contudo, a proporção (8,1%) de recém-nascidos transferidos para essa unidade no estudo aqui descrito foi menor que a observada em dois centros de nascimentos independentes australianos, 13,7%, e maior que a observada em outro centro de nascimento, 6,7%, deste mesmo país^(13,17).

A causa mais prevalente dessas transferências em centros de nascimento australianos foi a ocorrência de problemas respiratórios (70,2%), seguida do índice de Apgar abaixo de 7 no 5º minuto de vida (11,7%), como também foram verificados na CPDCF^(13,17). Estas duas ocorrências estão associadas a maior probabilidade de o recém-nascido necessitar de cuidados neonatais mais complexos. Esta necessidade de permanência em unidade neonatal não implicou em mortalidade, pois o único caso de óbito identificado no período estudado foi de recém-nascido com má formação cardíaca congênita.

No entanto, os resultados aqui apresentados devem ser interpretados à luz das limitações presentes nesta pesquisa. A primeira, e talvez a mais importante, está relacionada à fonte dos dados. Por serem resultados advindos de dados secundários obtidos por meio da análise dos registros, acredita-se que as incompletudes e lacunas podem não retratar com precisão a realidade do serviço de saúde. Outro aspecto, pela própria falta de outras unidades de saúde similares no Estado do Rio de Janeiro, foi a utilização de uma única Casa de Parto. Deste modo, a generalização dos achados deve ser realizada com cautela e mediante a observação da realidade deste cenário de estudo.

Além disso, outros desenhos metodológicos podem evidenciar as causas e os riscos de transferência materna e neonatal para o hospital, bem como controlar as possíveis variáveis modificadoras de efeitos, a exemplo das características maternas e obstétricas das parturientes, como a idade e paridade. Mesmo assim, acredita-se que os achados deste estudo possam contribuir com a construção de hipóteses explicativas para estes fenômenos, servindo como marcadores de suspeição para os eventos das transferências.

■ CONCLUSÃO

As transferências maternas da Casa de Parto para o hospital de referência não estão associadas com o nível de adequação da assistência pré-natal realizada, mas com as intercorrências obstétricas durante a assistência intraparto, como bolsa amniótica rota, presença de mecônio no líquido amniótico e batimentos cardíacos fetais alterados. As probabilidades de internação do recém-nascido em Unidade Neonatal aumentam quando este necessita de assistência ventilatória ao nascer, o índice de Apgar é menor que 7 no quinto minuto e o nascimento ocorreu no hospital devido à transferência de sua mãe, da Casa de Parto para a maternidade de referência.

Esses resultados podem subsidiar as enfermeiras obstetras nos cuidados das parturientes, pois o diagnóstico dessas intercorrências e a intervenção adequada em tempo oportuno são decisivos para o desfecho assistencial exitoso. Além disso, as prevalências das transferências maternas e neonatais foram semelhantes às verificadas em centros de nascimentos internacionais e não causaram óbito materno e neonatal, sugerindo que a assistência em Casa de Parto pode ser segura para as gestantes de risco habitual.

Recomenda-se que outros estudos sejam conduzidos nesse cenário assistencial para esclarecer as lacunas acima mencionadas e as questões não respondidas pela pesquisa, como os possíveis efeitos da idade, raça e paridade

maternas sobre estas transferências, além de possibilitar o avanço do conhecimento sobre a assistência da enfermagem obstétrica brasileira.

■ REFERÊNCIAS

1. Portela MC, Reis LGC, Martins M, Rodrigues JLSQ, Lima SML. Cuidado obstétrico: desafios para a melhoria da qualidade. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(5):e00072818. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00072818>.
2. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé EL, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(3):e00195815. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815>.
3. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme FMM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):S85-S100. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.
4. Nicácio MC, Heringer ALS, Schroeter MS, Pereira ALF. Perception of nurse midwives regarding their professional identity: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2016 [cited 2017 Feb 20];15(2):205-14. Available from: http://www.objnursing.uffr.br/index.php/nursing/article/viewFile/5203/pdf_1.
5. Bailey DJ. Birth outcomes for women using free-standing birth centers in South Auckland, New Zealand. *Birth*. 2017 Sep;44(3):246-51. doi: <https://doi.org/10.1111/birt.12287>.
6. Christensen LF, Overgaard C. Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? an analysis of effect differences by parity in a matched cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:14. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1208-1>.
7. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 4 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2008 jun 4;105(145 Seção 1):50-53.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2000 jun 8;110-E(138 Seção 1):4-6.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 650, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2011 out 6;19 (148 Seção 1):69-73.
10. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 [citado 2017 fev 20];37(3):140-7. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt>.
11. Fonseca SC, Kale PL, Silva KS. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2015;15(2):209-17. doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200007>.
12. Stephenson-Famy A, Masarie KS, Lewis A, Schiff MA. What are the risk factors associated with hospital birth among women planning to give birth in a birth center in Washington State? *Birth*. 2018;45(2):130-6. doi: <https://doi.org/10.1111/birt.12329>.
13. Pereira ALF, Lima TRL, Schroeter MS, Gouveia MSF, Nascimento SD. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):17-23. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100003>.

14. Stapleton SR, Osborne C, Illuzzi J. Outcomes of care in birth centers: demonstration of a viable model. *J Midwifery Women's Health*. 2013;58(1):3-14. doi: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12003>.
15. Monk A, Tracy M, Foureur M, Grigg C, Tracy S. Evaluating Midwifery Units (EMU): a prospective cohort study of freestanding midwifery units in New South Wales, Australia. *BMJ Open*. 2014 Oct 31;4(10):e006252. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006252>.
16. Alliman J, Phillippi JC. Maternal outcomes in birth centers: an integrative review of the literature. *J Midwifery Women's Health*. 2016;61(1):21-51. doi: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12356>.
17. Silva FM, Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Nobre MR, Schneck CA. Factors associated with maternal intrapartum transfers from a freestanding birth centre in São Paulo, Brazil: case control study. *Midwifery*. 2012;28(5):646-52. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.012>.
18. Hackenhaar AA, Albernaz EP, Fonseca TMV. Ruptura prematura das membranas fetais pré-termo: associação com fatores sociodemográficos e infecções genitourinárias maternas. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2014;90(2):197-202. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.08.003>.
19. Monk AR, Grigg CP, Foureur M, Tracy M, Tracy SK. Freestanding midwifery units: maternal and neonatal outcomes following transfer. *Midwifery*. 2017;46:24-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.006>.
20. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):119-26. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>.

■ **Autor correspondente:**

Adriana Lenho de Figueiredo Pereira
E-mail: adrianalenho.uerj@gmail.com

Recebido: 29.10.2018
Aprovado: 30.05.2019