

# A Estratégia “Casa Da Gestante” Interfere Nas Condições Clínicas Dos Recém-Nascidos Pré-Termo?

## The Strategy “Casa Da Gestante” Interferes With The Clinical Features Of Preterm Newborns?

Camila Avelar Gonçalves<sup>i</sup>  
Fernanda de Oliveira Gontijo<sup>ii</sup>  
Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo<sup>iii</sup>

### Resumo

Objetivo: Comparar os aspectos clínicos de recém-nascidos durante a internação hospitalar, considerando as condições clínicas maternas e se estas receberam ou não os cuidados na “Casa da Gestante”. Métodos: Estudo documental retrospectivo, cuja amostra foi composta por recém-nascidos com 24 a 34 semanas de idade gestacional e suas mães, totalizando 185 díades, divididas em dois grupos: mães que permaneceram (1) e mães que não permaneceram (2) na “Casa da Gestante”. Resultados: A idade gestacional média de internação da gestante do grupo 1 foi de 29,54 ± 2,73 semanas e do grupo 2, 31,31 ± 2,39 semanas (p<0,001). O tempo de rotura prematura de membrana pré-termo foi significativamente maior no grupo 1 (80,87 ± 141,00h versus 18,02 ± 43,83h, p<0,001). Em relação à corticoterapia, 100% das mulheres do grupo 1 receberam tal medicação e do grupo 2, 89,9% (p=0,004). Conclusões: Não houve diferença significativa para as variáveis dos recém-nascidos entre os grupos. A “Casa da Gestante” apresentou-se como um meio eficaz e seguro de adiamento do trabalho de parto prematuro, permitindo a administração do corticoide antenatal.

**Palavras-chave:** trabalho de parto prematuro, corticosteroides, tocólise

### Abstract

Purpose: To compare clinical features of neonates during hospitalization, considering maternal medical conditions and whether they received care in “Casa da Gestante” or not. Methods: Documentary retrospective study, whose sample consisted of newborns between 24-34 weeks gestational age and their mothers, so 185 dyads were divided into two groups: mothers who remained (1) and mothers who did not remain (2) in “Casa da Gestante”. Results: The mean gestational age at hospitalization of pregnant women in group 1 was 29.54 ± 2.73 weeks and group 2, 31.31 ± 2.39 weeks (p<0.001). The time premature rupture of preterm membrane was significantly higher in group 1 (80.87 ± 141.00h versus 18.02 ± 43.83h, p<0.001). Regarding corticosteroid therapy, 100% of women in group 1 received this medication and group 2, 89.9% (p=0.004). Conclusions: There was no significant difference between groups in regard to the variables of newborns. The “Casa da Gestante” presented itself as an effective and safe postponement of preterm labor environment, allowing the administration of antenatal corticosteroids.

**Keywords:** labour, premature, adrenal cortex hormones, tocolysis

<sup>i</sup> Camila Avelar Gonçalves (camilavegon@gmail.com) é fisioterapeuta e pós-graduada pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais juntamente com Fundação de Assistência Integrada à Saúde do Hospital Sofia Feldman.

<sup>ii</sup> Fernanda de Oliveira Gontijo (fernandaogontijo@yahoo.com.br) é fisioterapeuta

ta e Mestre pela Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>iii</sup> Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo (vazevedo@faefi.ufu.br) é fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde e Professora Adjunta da Universidade Federal de Uberlândia/UFU.



### Introdução

**A** cada ano nascem cerca de quinze milhões de recém-nascidos pré-termo em todo mundo e o Brasil ocupa o décimo lugar na lista dos países que apresentam os maiores números desses partos.<sup>22</sup> Diversos fatores de risco contribuem para isso, como gestações múltiplas, parto prematuro anterior, infecções, condições maternas crônicas, fatores genéticos, socioeconômicos, iatrogênicos e causas desconhecidas.<sup>6,7,14,22</sup>

A prevenção da prematuridade pode ser sistematizada em: prevenção primária (identificação e tratamento dos fatores de risco), secundária (diagnóstico precoce do trabalho de parto prematuro) e terciária (intervenções para minimizar as principais complicações advindas do parto prematuro).<sup>6</sup>

A atenção pré-natal e puerperal faz parte da prevenção secundária à prematuridade e tem como objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurar ao final da gestação o nascimento de bebês saudáveis e garantir o bem-estar materno e neonatal.<sup>17</sup> É essencial nesse período a identifica-

ção dos fatores de risco aos quais a gestante está exposta, o que permite orientações e encaminhamento para centros de referência.<sup>17,7</sup> Dessa forma, a assistência realizada de forma adequada à mulher pode minimizar agravos à saúde do recém-nascido (RN) e proporcionar assistência de qualidade à mãe e ao neonato.<sup>3</sup>

Uma maneira de prestar assistência adequada à gestante é através da “Casa da Gestante”, nome dado às casas de apoio localizadas a um raio igual ou inferior a cinco quilômetros de distância e vinculadas ao hospital de referência. Tal local surge como uma possibilidade de acolhimento às gestantes de alto risco que necessitam de maior observação,<sup>18,15,16</sup> fazendo assim parte da prevenção secundária. A Casa é financiada pela Rede Cegonha, iniciativa do Ministério da Saúde, e está instituída no contexto do Sistema Único de Saúde. Seu objetivo é garantir à mulher o planejamento reprodutivo, a atenção humanizada durante a gravidez, no parto, no puerpério e ao abortamento, bem como o direito de nascimento seguro à criança e ao seu desenvolvimento saudável.<sup>15</sup>

Neste contexto, no município de Belo Horizonte foi fundada, em outubro de 2007, a “Casa da Gestante”, vinculada ao Hospital Sofia Feldman, uma instituição filantrópica de direito privado. A instituição é especializada na atenção à saúde da mulher e da criança no período perinatal.<sup>8</sup>

A “Casa da Gestante” abriga mulheres que se encontram na fase de latência do trabalho de parto e residem distante do hospital até que se encontrem na fase ativa ou até que seja confirmado que não estão em trabalho de parto. Devido ao risco de evolução rápida não prevista do parto, o local propicia um atendimento adequado às mulheres, como a realização da tocólise e da corticoterapia antenatal, até o momento da sua internação definitiva no hospital.<sup>8</sup>

A realização da tocólise está incluída na prevenção terciária ao parto prematuro. Este procedimento inibe o trabalho de parto por 24 a 72 horas e permite a administração do corticoide antenatal.<sup>1,5,6</sup> Os seus benefícios se estendem à ampla faixa gestacional que compreende da 24ª à 34ª semanas de gestação,<sup>1</sup> e seu ciclo pode ser único: duas doses de betametasona ou quatro doses de dexametasona entre 24 horas e sete dias de parto; ou múltiplo: dois ou mais ciclos completos de corticoide.<sup>21</sup> Seu uso diminui as chances de o RN apresentar Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), diminui a mortalidade neonatal, a incidência de Hemorragia Periventricular (HPIV), enterocolite necrosante,<sup>2,6,11,12,21</sup> morbidade infecciosa, necessidade de assistência respiratória e ingresso em unidades de cuidados intensivos neonatais.<sup>1,21</sup>

Como a “Casa de Gestante” é um projeto recente, não há na literatura estudos que avaliem as condições clínicas dos recém-nascidos pré-termo de gestantes que permaneceram neste espaço. Dessa forma, este estudo tem como objetivo comparar os aspectos clínicos de recém-nascidos pré-termo durante a internação hospitalar considerando a condição clínica das suas mães e se essas receberam ou não os cuidados da “Casa de Gestante”.

## Métodos

Trata-se de um estudo documental retrospectivo com amostra de conveniência no período de primeiro de abril de 2011 a 31 de setembro de 2011. Foram incluídos os RN que nasceram com idade gestacional de 24 a 34 semanas no Hospital Sofia Feldman, cadastrados no banco de dados da Rede do Sistema Neonatal do Ministério da Saúde. Foram excluídos os que apresentaram nota de Apgar de 5º minuto menor que 6 e/ou malformações congênitas e/ou infecção por toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis (TORCHS) confirmada.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa (parecer 158.597) segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que determina os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos.

Inicialmente foi realizada a coleta das informações dos RN, por meio da ficha de coleta de dados previamente elaborada, no banco de dados da Rede do Sistema Neonatal do Ministério da Saúde/Hospital Sofia Feldman.

A ficha de dados dos RN continha informações de idade gestacional de nascimento e corrigida à alta, peso de nascimento e à alta, nota de Apgar no 5º minuto de vida, presença de gemelaridade, recebimento de surfactante exógeno, tempo da sua administração e número de doses realizadas, o tempo de internação do RN na unidade de terapia intensiva neonatal, o tempo de ventilação mecânica, o tempo de oxigenioterapia, a ocorrência de displasia broncopulmonar, de hemorragia periventricular e seus graus, segundo a Classificação de Papile;<sup>19</sup> de enterocolite necrosante, presença de retinopatia da prematuridade, de persistência do canal arterial, de convulsão, a ocorrência de sepse bem como o uso de antibiótico, e a ocorrência de óbito.

O preenchimento da ficha de dados maternos foi realizado por meio da busca ativa pelo nome da mãe do RN no caderno de registro de internação da

mesma na “Casa da Gestante”. Os demais dados maternos foram coletados por meio do livro de registro da sala de parto e dos seus prontuários. Foram criados então dois grupos: (1) mães que permaneceram na “Casa da Gestante”; (2) mães que não permaneceram na “Casa da Gestante”, ou seja, aquelas que chegaram em condições de trabalho de parto ativo em período expulsivo ou em caso de alguma condição materna que não permitisse a inibição do parto.

Na ficha de dados maternos foram coletadas informações referentes à sua idade, número de gestações, partos e abortos, número de consultas de pré-natal, tempo de permanência na “Casa da Gestante”, tempo de rotura de membrana, realização de corticoterapia antenatal e seu número de doses, condições que levaram a internação materna e ao parto prematuro, condições do bebê ao ultrassom gestacional, tipo de parto, quanto à realização da tocólise e ao uso de antibiótico pela gestante.

A análise estatística foi realizada pelo programa *SPSS Statistics 20*. Foram calculadas as frequências das variáveis qualitativas e as médias e medianas das variáveis quantitativas. Para a comparação das médias foi utilizado o teste *T* de *Student*. Para analisar a associação entre as variáveis

qualitativas foi utilizado o teste do Qui-Quadrado. Considerou-se um intervalo de confiança de 99% e o nível de significância utilizado em todas as análises foi de 1,0% ( $p \leq 0,01$ ).

### Resultados

Foram incluídos inicialmente 197 mães e RN, sendo que 12 díades (mãe e bebê) foram excluídas: 8 RN que apresentaram nota de Apgar de 5º minuto menor que 6; 1 com diagnóstico de malformações congênitas; e 3 devido a presença de TORCHS confirmada. Foram consideradas as informações de 185 díades, divididas em dois grupos: grupo 1- mães que permaneceram na “Casa da Gestante”; grupo 2- mães que não permaneceram na “Casa da Gestante”.

A idade gestacional média de internação da gestante do grupo 1 foi de  $29,54 \pm 2,73$  semanas e do grupo 2 foi de  $31,31 \pm 2,39$  semanas, diferença estatisticamente significativa ( $P < 0,001$ ). O tempo de rotura prematura de membrana pré-termo (RPMPT) foi significativamente maior para o grupo 1 (grupo 1:  $80,87 \pm 141,00$  horas versus grupo 2:  $18,02 \pm 43,83$ ,  $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1:** Comparação entre as características maternas separadas por grupos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Variáveis	Média (DP)		P
	Grupo 1	Grupo 2	
Idade da gestante	26,51 (6,66)	26,10 (6,26)	0,672
Número de consultas no pré-natal	5,12 (2,27)	4,71 (2,32)	0,340
Número de gestações	2,27 (1,20)	2,11 (1,44)	0,300
Tempo de rotura da membrana	80,87 (141,00)	18,02 (43,83)	<0,001*
Idade gestacional em que a mãe foi internada na instituição	29,54 (2,73)	31,31 (2,39)	<0,001*

Teste T de Student. \*Considerando significativo valor de  $p \leq 0,01\%$ .

As gestantes do grupo 1 ficaram em média  $7,34 \pm 7,18$  dias internadas na “Casa da Gestante”. Nesse

período, 100% das mulheres pertencentes ao grupo 1 receberam corticoterapia ( $p = 0,004$ ). Dessas, a maio-

ria (95,8%) recebeu ciclo completo da medicação.

Foi observada diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo 2, no qual pouco mais de 50% das gestantes (56,2%) receberam a dose

completa da medicação ( $p < 0,001$ ). A ausência de doença materna registrada à internação foi significativamente maior para o grupo 2 (grupo 1: 38,9% versus grupo 2: 60,6%,  $p = 0,008$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2:** Condições clínicas das gestantes separadas por grupos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Variáveis	n (%)		P
	Grupo 1	Grupo 2	
Realização de pré-natal	74 (98,7)	98 (93,3)	0,087
Realização de corticoide	76 (100,0)	98 (89,9)	0,004*
Doses de corticoide	72 (100,0)	96 (100,0)	
Ciclo completo	69 (95,8)	54 (56,2)	<0,001*
Ciclo incompleto	3 (4,2)	31 (32,3)	
Não realizado	0 (0,0)	11 (11,5)	
Tipo de parto	76 (100,0)	109 (100,0)	
Vaginal	40 (52,6)	59 (54,1)	0,841
Cesárea	36 (47,4)	50 (45,9)	
Condições maternas registradas à internação	72 (100,0)	94 (100,0)	
Sem doença	28 (38,9)	57 (60,6)	0,008*
Hipertensão Arterial Crônica	5 (6,9)	7 (7,4)	
Infecção do Trato Urinário	19 (26,4)	11 (11,7)	
Outros	11 (15,4)	14 (15)	
Motivo registrado em prontuário considerado como causador do trabalho de parto	76 (100,0)	98 (100,0)	
Sem doença	3 (3,9)	3 (3,1)	0,062
Síndrome Hipertensiva	25 (32,9)	39 (39,8)	
Trabalho de Parto Prematuro sem causa descrita	12 (15,8)	27 (27,6)	
Rotura Prematura de Membrana Pré-termo	32 (42,1)	20 (20,4)	
Outros	4 (5,2)	9 (9,1)	
Condição fetal	72 (100,0)	94 (100,0)	
Sem doença	33 (45,8)	59 (62,8)	0,070
Crescimento Intrauterino Restrito	9 (12,5)	5 (5,3)	
Alteração no Líquido Amniótico	12 (16,7)	4 (4,3)	
Alteração na ultrassonografia com Doppler	5 (6,9)	7 (7,4)	
Outros	13 (18,1)	19 (20,2)	
Ocorrência de rotura de membrana	40 (52,6)	43 (39,4)	0,076
Realização de Tocólise	46 (63,9)	66 (70,2)	0,389
Utilização de antibiótico pela mãe	48 (66,7)	52 (55,3)	0,139

Teste do Qui-Quadrado. \*Considerando significativo valor de  $p \leq 0,01\%$ .

Condições maternas registradas: outros- diabetes mellitus gestacional (DMG), corioamnionite, transtorno bipolar, miomatose, nefropatia, associação entre hipertensão arterial crônica (HAC) e DMG, anemia, tuberculose, dislipidemia, hepatite A, uso de drogas lícitas e ilícitas, cauterização uterina, endometriose; motivo do parto prematuro: outros- alteração placentária, prolapso de cordão umbilical, sangramento vaginal; condição fetal: outros- associações entre crescimento intrauterino restrito (CIUR) com alteração de líquido amniótico, associações entre CIUR, com alteração de líquido amniótico e a alteração de ultrassonografia com Doppler, alteração de líquido amniótico com alteração de ultrassonografia com Doppler, CIUR associado a alteração de ultrassonografia com Doppler.

Os resultados referentes aos RN se encontram nas tabelas 3, 4 e 5. Não foram observadas relações estatisticamente significativas entre grupos.

**Tabela 3:** Comparação entre as características dos recém-nascidos separados por grupos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Variáveis	n (%)		P
	Grupo 1	Grupo 2	
Sexo	76 (100,00)	109 (100,00)	
Masculino	33 (43,40)	45 (41,30)	0,890
Feminino	43 (56,60)	64 (58,70)	
Ocorrência de gemelaridade	17 (22,40)	19 (17,40)	0,518
Peso por idade gestacional	76 (100,00)	109 (100,00)	
Pequeno para Idade Gestacional	21 (27,60)	37 (33,90)	0,098
Adequado para Idade Gestacional	52 (68,40)	60 (55,00)	
Grande para Idade Gestacional	3 (3,90)	12 (11,00)	
Realização de surfactante	39 (51,30)	47 (43,10)	0,342
Utilização de antibiótico pelo recém-nascido	70 (92,1)	91 (83,5)	0,086

Teste do Qui-Quadrado. \*Considerando significativo valor de  $p \leq 0,01\%$ .

**Tabela 4:** Condições clínicas dos recém-nascidos separados por grupos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Variáveis	Média (DP)		P
	Grupo 1	Grupo 2	
Idade gestacional ao nascimento do recém-nascido (semanas).	30,81 (2,41)	31,31 (2,39)	0,166
Escore APGAR no 5º minuto de vida do recém-nascido.	8,78 (0,89)	8,62 (0,98)	0,273
Peso de nascimento do recém-nascido.	1387,69 (442,66)	1455,46 (544,53)	0,371
Idade gestacional corrigida do recém-nascido à alta	35,19 (3,13)	35,73 (2,92)	0,233
Peso à alta do recém-nascido.	1747,87 (505,90)	1847,92 (393,25)	0,172
Total de dias de internação do recém-nascido.	31,30 (24,89)	31,08 (24,60)	0,953
Total de dias de vida do recém-nascido.	31,36 (24,93)	31,32 (24,44)	0,993

Teste *T* de Student. \*Considerando significativo valor de  $p \leq 0,01\%$ .

**Tabela 5:** Associação entre grupos dos desfechos dos recém-nascidos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Variáveis	n (%)		P
	Grupo 1	Grupo 2	
Ocorrência de displasia brancopulmonar	4 (5,30)	4 (3,70)	0,875
Ocorrência de hemorragia periintraventricular	76 (100,00)	109 (100,00)	
Exame não realizado	35 (46,1)	56 (51,4)	0,397
Sem alteração	35 (46,1)	48 (44,0)	
Hemorragia Periintraventricular Grau I	2 (2,6)	2 (1,8)	
Hemorragia Periintraventricular Grau II	2 (2,6)	0 (0,0)	
Hemorragia Periintraventricular Grau III	1 (1,3)	3 (2,8)	0,248
Hemorragia Periintraventricular Grau IV	1 (1,3)	0 (0,0)	
Presença de enterocolite necrosante	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Presença de persistência do canal arterial (PCA)	5 (6,6)	9 (8,3)	0,887
Tratamento conservador para PCA	1 (1,3)	3 (2,8)	0,883
Tratamento cirúrgico para PCA	5 (6,6)	5 (4,6)	0,796
Ocorrência de retinopatia da prematuridade	76 (100,0)	109 (100,0)	
Exame não realizado	53 (69,7)	75 (68,8)	0,248
Normal	19 (25,0)	33 (30,3)	
Retinopatia da prematuridade Grau I	2 (2,6)	1 (0,9)	
Retinopatia da prematuridade Grau II, IV e V	0 (0,0)	0 (0,0)	
Retinopatia da prematuridade Grau III	2 (2,6)	0 (0,0)	
Presença de tipos de sepse	76 (100,0)	109 (100,0)	
Sem sepse	48 (63,2)	69 (63,3)	0,923
Sepse precoce	4 (5,3)	8 (7,3)	
Sepse tardia	21 (27,6)	27 (24,8)	
Sepse precoce e sepse tardia	3 (3,9)	5 (4,6)	
Ocorrência de convulsões	3 (3,9)	3 (2,8)	0,652
Ocorrência de óbito	7 (9,2)	9 (8,3)	0,820

Teste do Qui-Quadrado. \*Considerando significativo valor de  $p \leq 0,01\%$ .

## Discussão e Conclusões

Com o objetivo de comparar os aspectos clínicos de recém-nascidos pré-termo durante a internação hospitalar, considerando as condições clínicas maternas, observou-se que houve adiamento do trabalho de parto das mulheres que permaneceram internadas na “Casa da Gestante” com o uso de tocolíticos, sem prejuízos tanto para mãe quanto para o bebê. Tais parturientes foram internadas com idade gestacional média de 29,54 semanas e seus bebês nasceram com idade gestacional média de 30,81 semanas, ou seja, o parto foi adiado por 8,89 dias. Diferentemente do encontrado no estudo de Bezerra *et al.*,<sup>4</sup> o qual avaliou 163 gestantes que receberam drogas inibidoras do trabalho de parto e o mesmo foi postergado por, em média, 17,4 dias. Entretanto, os autores consideraram os RN com idade gestacional entre 25 a 36 semanas e não descreveram se as gestantes apresentavam síndromes hipertensivas e RPMPT como no atual estudo, condições essas que podem interferir diretamente na duração da inibição do trabalho de parto devido aos riscos às mães e aos bebês.

O adiamento do parto permitiu a administração de corticoide antenatal em 100% das mulheres ( $p=0,004$ ), sendo que prevaleceu o ciclo completo da droga no grupo 1 em relação ao grupo 2 ( $p<0,001$ ). O uso do ciclo único de corticoide é apoiado por acelerar a maturação pulmonar fetal para mulheres em risco de parto prematuro. A literatura evidencia que a sua utilização reduz o risco de morte neonatal, síndrome de angústia respiratória, hemorragia periintraventricular, enterocolite necrosante, morbidade infecciosa, necessidade de ventilação e de admissão à UTI neonatal para a ampla faixa de idade gestacional de 26 a 34 semanas.<sup>21</sup> No presente estudo, entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre a utilização do corticoide antenatal e o quadro clínico dos RN. Contudo, nota-se que o surfactan-

te foi mais utilizado no grupo 2 (gestantes que não permaneceram na “Casa da Gestante; 47 RN) em relação ao grupo 1 (gestantes que permaneceram na “Casa da Gestante; 39 RN) o que pode dever-se à redução da SDR devido à corticoterapia antenatal. Embora os desfechos dos RN de ambos grupos tenham sido parecidos, se os RN das mães que ficaram internadas na “Casa da Gestante” tivessem nascido no momento em que foram admitidos na instituição, poderia haver diferença significativa na análise entre os grupos. As idades gestacionais de nascimento de ambos os grupos só foram semelhantes porque o trabalho de parto das mães que permaneceram na “Casa da Gestante” foi adiado.

Em uma revisão em que foram selecionados 21 artigos que investigavam comparações controladas e aleatórias da administração de corticosteróides pré-natais (betametasona, dexametasona ou hidrocortisona) em diversas situações, evidenciou-se que os bebês de gestantes com síndromes hipertensivas tratados com corticosteróides apresentaram redução significativa do risco de morte neonatal, SDR e HPIV. As evidências também apontam que houve redução de morte neonatal, SDR, HPIV, enterocolite necrosante e duração da assistência respiratória neonatal dos filhos das mulheres que apresentaram RPMPT.<sup>21</sup>

No presente estudo foram analisadas todas as mulheres que evoluíram da internação para o parto prematuro, seja na “Casa da Gestante” ou no ambiente hospitalar. É importante observar que segundo o estudo de Pimenta *et al.*<sup>20</sup>, também realizado em uma “Casa da Gestante”, houve alto índice de alta do serviço após estabilidade do quadro clínico materno, bem como baixas frequências de natimortos, óbitos neonatais e nota de Apgar no 5º minuto  $< 7$ . Tal resultado sugere que a qualidade da assistência prestada no local foi adequada e proporcionou melhora do quadro materno, além de prevenir fatores associados ao aumento dos índi-

ces de mortalidade materna e neonatal.

Locais como as *Maternity Waiting Homes* (MWH), que têm como objetivo analisar estratégias que unam famílias e facilidades, incluindo a mobilização da comunidade, incentivos financeiros, sistemas de referência de emergência e de transporte e triagem de risco pré-natal, foram estudados anteriormente. Estes locais apresentam funções semelhantes à “Casa da Gestante” e os resultados indicam que estes locais reduzem a taxa de mortalidade neonatal e o número de natimortos.<sup>13</sup>

Resultado semelhante foi encontrado em uma revisão sistemática em que a eficácia de MWH foi analisada em 19 estudos. Observou-se redução do número de natimortos na África Subsaariana, entretanto os autores não encorajam sua utilização devido à baixa qualidade dos artigos existentes. Segundo os mesmos, as MWH são amplamente utilizadas em diversos países, pois apesar da escassez de evidências sobre o funcionamento, elas permitem que a gestante viva em um local mais próximo do acesso a saúde.<sup>9</sup>

A redução da taxa de mortalidade infantil e natimortos estão incluídos no quarto objetivo do milênio. A principal causa de morte em crianças menores de um ano são as afecções perinatais, e estas estão associadas ao baixo nível socioeconômico das mães, as condições precárias de assistência à mulher durante a gestação e ao parto, além dos cuidados oferecidos ao RN durante e após o parto. Entre 1990 e 2008 houve redução nos índices de morte no período neonatal precoce (0 a 6 dias) e neonatal tardio (7 a 27 dias) de 47% e 8% respectivamente.<sup>10</sup>

Uma maneira de reduzir as altas taxa de mortalidade na infância é a melhora da saúde materna. Contudo, ainda é necessária a implementação mais efetiva de ações de saúde que envolvam o planejamento familiar, atenção ao aborto previsto em lei, qualificação da atenção no pré-natal realiza-

dos pelas equipes de saúde da família, encaminhamento oportuno das gestantes de risco para locais especializados, atenção adequada no trabalho de parto e no pós-parto e o tratamento de urgências e emergências.<sup>10</sup>

A “Casa da Gestante” apresentou-se como um meio eficaz de adiamento do TPP, permitindo a administração do corticoide antenatal. Na “Casa da Gestante” espera-se oferecer assistência de qualidade a gestante e ao bebê, oferecendo o tratamento adequado às suas necessidades, reduzindo as taxas de mortalidade materna e infantil. Não foram observadas diferenças nas variáveis dos recém-nascidos, entretanto, isso pode dever-se ao fato de que com o adiamento do parto prematuro decorrente da tocolise recebida pelas mulheres do grupo 1, a idade gestacional de nascimento desses bebês tenham se igualado à do grupo 2. Como a “Casa da Gestante” é uma proposta nova de assistência, suscita-se a necessidade de estudos que avaliem os efeitos deste tipo de assistência nas condições clínicas das gestantes e bebês.

## Referências

1. Albuquerque ICC, Amorim MMR, Meneses J, Katz L, Santos LC. Avaliação do impacto da corticoterapia antenatal para aceleração da maturidade pulmonar fetal nos recém-nascidos em maternidade-escola brasileira. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24:655-61.
2. Bakewell-Sachs S, Blackburn S. State of the science: achievements and challenges across the spectrum of care for preterm infants. *JOGNN* 2003; 32:683-95.
3. Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21:269-76.
4. Bezerra LC, Oliveira SMJV, Latorre MRDO. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6: 223-29.
5. Bittar RE, Zugaib M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; 31:415-22.
6. Bittar RE, Fonseca EB, Zugaib M. Predição e prevenção do parto pré-termo. *Femina* 2010; 38:14-22.
7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de gestação de alto risco. Rio de Janeiro; 2011. p. 7-90.
8. Hospital Sofia Feldman [home page na internet]. Casa da Gestante Zilda Arns. Belo Horizonte; 2012 [acesso em 14 set 2012]. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/atencao-a-mulher/pid-obs/>.
9. Hussein J, Kanguru L, Astin M, Munjanja S. The Effectiveness of Emergency Obstetric Referral Interventions in Developing Country Settings: A Systematic Review. *PLoS Med* 2012; 9:1-12.
10. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília (DF); IPEA/SPI; 2010.
11. Krauss-Silva L, Costa TP, Reis AF, Lamada NO, Azevedo AP, Albuquerque, CP. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar obstétrica: uso de corticoides no trabalho de parto prematuro. *Cad Saúde Pública* 1999; 15: 817-29.
12. Leão PRD, Silva ACP. Corticosteróides na aceleração da maturidade fetal: evidências atuais. *Femina* 2008; 36:385-89.
13. Lee AC, Lawn JE, Cousens S, Kumar V, Osrin D, Bhutta ZA, Wall SN, Nandakumar AK, Syed U, Darmstadt GL. Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths? *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 107:Suppl 1:S65-85.
14. Martinez J M. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002 -2006. *Rev Per Obst Enf* 2007; 3:115-125.
15. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Orientações para elaboração de propostas da rede cegonha. Brasília (DF); 2012.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 31 mai. 2013.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília (DF); 2006. (Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 5).
18. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gestante de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília (DF); 2001.
19. Papile LA, Burstein J, Burstein R, Koffler H. Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: a study of infants with birth weights less than 1,500 gm. *J Pediatr* 1978; 92:529-34.
20. Pimenta A M, Nazareth JV, Souza KV, Pimenta GM. Programa "Casa das Gestantes": perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21:912-20.
21. Roberts D, Dalziel S. Corticosteroides prenatales para acelerar la maduración pulmonar fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2006, Issue 3. No.: CD004454. DOI: 10.1002/14651858.CD004454.pub2.
22. World Health Organization. Preterm Birth. Geneva; 2013.