



Revista de Enfermagem | Journal of Nursing

Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra
Portugal

Colacioppo, Priscila Maria; Duarte Koiffman, Márcia; Gonzalez Riesco, Maria Luiza;
Schneck, Camilla Alessandra; Hitomi Osava, Ruth

Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais

Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 2, diciembre, 2010, pp. 81-90

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Coimbra, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239961013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais

Planned homebirth: maternal and neonatal outcomes

Parto domiciliario planificado: resultados maternos y neonatales

Priscila Maria Colacioppo*; Márcia Duarte Koiffman**;
Maria Luiza Gonzalez Riesco***; Camilla Alessandra Schneck****;
Ruth Hitomi Osava*****

Resumo

A hospitalização de todas as parturientes, em nome da segurança e bem-estar da mãe e bebê, introduziu uma assistência mecânica, impessoal e intervencionista no parto, fazendo ressurgir o parto em domicílio. A bibliografia a respeito é escassa, justificando-se a produção de dados sobre partos domiciliares. O objetivo foi descrever o processo e os resultados maternos e neonatais em partos domiciliares planejados. Foram coletados dados de 70 partos assistidos por enfermeiras obstétricas, em São Paulo, Brasil. Os resultados indicaram que 61,4% das mulheres tinham 30 anos ou mais; 71,4% possuíam ensino superior; 97,1% viviam com companheiro; 64,3% exerciam atividade remunerada; 54,3% eram nulíparas; a taxa de remoção materna para o hospital foi de 5,7% por indicação obstétrica e 14,3% a pedido; 92,9% foram partos normais; 63,6% escolheram posições verticais e 57,5% tiveram períneo íntegro ou laceração de primeiro grau; todos os recém-nascidos apresentaram Apgar ≥ 7 no 5º minuto e um bebê foi removido para o hospital com seis horas de vida, devido a arritmia cardíaca.

O uso criterioso de intervenções obstétricas e neonatais no parto domiciliar e a produção de evidências científicas sobre sua segurança podem contribuir para a transformação do atual modelo de assistência ao parto no Brasil.

Palavras-chave: parto domiciliar; parto humanizado; enfermagem obstétrica; apoio social.

Abstract

The hospitalization of all women in labour, in the interests of the safety and well-being of mother and baby introduced mechanical, impersonal and interventionist childbirth care, leading to seeing homebirth as an alternative for women seeking a natural approach during birth. The literature on the subject is scarce, justifying the production of data on homebirths. The aim was to describe the process and maternal and neonatal outcomes in planned homebirths. Data were collected from 70 births attended by midwives, in São Paulo, Brazil. The results indicated that 61.4% of women were 30 years old or more, 71.4% had higher education, 97.1% lived with a partner, 64.3% performed paid work, 54.3% were nulliparous, and the rate of maternal transfer to hospital was 5.7% due to complications in labour and 14.3% on request; 92.9% were normal deliveries, 63.6% chose vertical positions and 57.5% had an intact perineum or first-degree laceration, all newborns had Apgar scores ≥ 7 at 5 minutes and one baby was transferred to the hospital due to cardiac arrhythmia. Judicious use of obstetrical and neonatal interventions in homebirths and scientific evidence about their safety can contribute to transformation of the current model of childbirth in Brazil.

Keywords: home childbirth; humanizing delivery; obstetrical nursing; social support.

* Enfermeira Obstétrica. Doutora em Ciências. Diretora do Primaluz Partearies Contemporâneas. [priscola@gmail.com]

** Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem. Diretora do Primaluz Partearies Contemporâneas. [koiffman@ajato.com.br]

*** Enfermeira Obstétrica. Livre-docente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. [riesco@usp.br]

**** Enfermeira Obstétrica. Doutora em Ciências. Docente da Universidade Nove de Julho. [camilla_midwife@yahoo.com.br]

***** Enfermeira Obstétrica. Professora Doutora do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. [rosava@usp.br]

Resumen

La hospitalización de todas las parturientas, en el nombre de la seguridad y el bienestar de madre y bebé, introdujo una asistencia mecánica, impersonal e intervencionista en el parto, haciendo resurgir el parto domiciliario. La literatura sobre este tema es escasa, justificando la producción de datos sobre los nacimientos en el hogar. El objetivo fue describir el proceso y los resultados maternos y neonatales en partos domiciliarios planificados. Se recogieron datos de 70 partos atendidos por enfermeras obstétricas. Los resultados indicaron: 61,4% de las mujeres tenían edad ≥ 30 años; 71,4% tenían educación superior; 97,1% vivían con la pareja; 64,3% eran empleadas; 54,3% eran primíparas; tasa de transferencia materna al hospital de 5,7% por indicación obstétrica y de 14,3% por demanda de la mujer; 92,9% fueron partos normales; 63,6% optaron por posiciones verticales; 57,5% tuvieron perineo intacto o desgarro perineal de primer grado; todos los recién nacidos tuvieron Apgar ≥ 7 a los 5 minutos y un bebé fue trasladado al hospital, por arritmia cardíaca. El uso juicioso de intervenciones obstétricas y neonatales en los partos domiciliarios y la producción de evidencias científicas sobre su seguridad pueden contribuir a la transformación del modelo actual de atención del parto en Brasil.

Palabras clave: parto domiciliario; parto humanizado; enfermería obstétrica; apoyo social.

Recebido para publicação em: 30.09.09

Aceite para publicação em: 16.09.10

Introdução

No Brasil, o parto domiciliar tornou-se um acontecimento exótico e fora de hábito no espaço urbano contemporâneo. Comum na cidade de São Paulo até aos anos 50 do século XX, o cuidado à mãe e ao bebê no domicílio era prestado de modo contínuo por uma única pessoa, geralmente, a parteira.

Desde então, as mudanças ocorridas na assistência materna contribuíram para a difusão de novos padrões de comportamento e consumo de serviços de saúde, com a divisão técnica do trabalho e a restrição à atuação e inclusão de outros profissionais. Assim, vários especialistas apropriaram-se de aspectos da assistência ao parto, cabendo ao médico obstetra o cuidado com o parto, ao anestesta, o cuidado com a dor e ao pediatra, as ações sobre o recém-nascido. Porém, estas atividades, longe de serem harmoniosas, são focos de tensão no espaço hospitalar.

Como reação à fragmentação e despersonalização da assistência hospitalar durante o parto, o parto domiciliar planejado é uma modalidade que vem se ampliando nas regiões urbanas brasileiras. A procura de grávidas por esse tipo de atendimento tem crescido e as enfermeiras obstétricas e obstetizes vêm intensificando suas habilidades para atuarem fora do ambiente hospitalar.

Metanálise realizada com estudos observacionais comparou os resultados de partos domiciliares planejados com partos hospitalares também planejados, incluindo mulheres com características semelhantes. Os resultados indicam menos intervenções, menor risco de mortalidade perinatal e menos índices de Apgar baixo no grupo de partos domiciliares. Na mesma publicação, foi referido um estudo randomizado para comparar parto domiciliar com hospitalar, mostrando que a maioria das mulheres do grupo hospitalar ficou decepcionada com a designação de ir ao hospital (Lindgren, Hildingsson e Radestad, 2006).

É importante frisar que a escolha do local do parto deve ser individual, a opinião da mulher respeitada e aquelas sem contra-indicações que preferem um parto domiciliar planejado não devem ser impedidas de vivenciar essa experiência (Enkin *et al.*, 2005; Olsen e Jewell, 2006).

No contexto urbano contemporâneo, a escolha pelo parto domiciliar costuma estar em consonância com o estilo de vida de clientes e profissionais que planejam

conjuntamente o parto e nascimento desde o período pré-natal, estimando as possibilidades e as restrições de um parto fora do hospital.

A assistência no parto domiciliar se depara frequentemente com a questão do risco que envolve esse tipo de procedimento. O casal e o profissional que os assiste assumem, juntos, a opção pelo parto domiciliar, avaliando que os riscos podem ser idênticos aos que teriam no ambiente hospitalar (Olsen e Jewell, 2006).

Estudo realizado na Suécia, em que foram entrevistados casais que planejaram ter o filho em casa, mostrou que o casal tinha consciência dos riscos e possíveis complicações no parto, mas a escolha estava vinculada à expectativa positiva dos efeitos benéficos que teriam no parto domiciliar. Cinco fatores foram identificados: acreditar na capacidade da mulher em dar à luz, acreditar na intuição, confiança na obstetrix, confiança no relacionamento e preparação física e intelectual do casal (Lindgren, Hildingsson e Radestad, 2006).

Na mesma abordagem dos fatores de risco em parto domiciliar, um estudo de coorte com 529.688 mulheres com gravidez de baixo risco na Holanda comparou a mortalidade perinatal e morbidade severa entre partos planejados em casa e no hospital. O estudo mostrou que não houve diferença significativa entre os dois locais de parto para morte intraparto e neonatal nas primeiras 24 horas e sete dias após o parto, bem como no encaminhamento para unidade de terapia intensiva. Os autores concluíram que a escolha do local do parto no sistema de saúde holandês é facilitado pela disponibilidade de parteiras bem treinadas, transporte e sistema de referência; mostrou também que o parto domiciliar planejado não aumenta os riscos de mortalidade e morbidade perinatal grave em casos de baixo-risco (Jonge *et al.*, 2009).

Revisão integrativa de 28 artigos, publicados a partir de 1980, reforça a importância das políticas de apoio na promoção do parto domiciliar planejado, como estratégia para oferecer cuidados maternos e perinatais em nível primário. Os estudos, em geral, demonstram consistência nos resultados favoráveis, para populações de baixo risco, e destacam os seguintes fatores, que melhoram os resultados perinatais: um ambiente facilitador no local de nascimento, o atendimento qualificado durante o parto e os cuidados de saúde perinatal contínuos para

as mulheres e recém-nascidos (Fullerton, Navarro e Young, 2007).

No Brasil, não existem dados organizados e sistematizados sobre resultados de partos domiciliares nas regiões urbanas. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi descrever o processo e os resultados maternos e neonatais em partos domiciliares planejados.

Método

Tipo de estudo

Estudo descritivo com coleta retrospectiva sobre os resultados maternos e perinatais de mulheres que tiveram parto domiciliar planejado, atendido por enfermeiras obstétricas na capital e em cidades do interior do Estado de São Paulo, Brasil.

População e equipe

Fizeram parte do estudo 70 parturientes, que correspondem ao total de mulheres atendidas durante o parto, no período entre 4 de abril de 2005 e 24 de maio de 2009.

Os partos foram atendidos pelas enfermeiras obstétricas vinculadas a Primaluz Parteias Contemporâneas (www.primaluz.com.br), que prestam assistência a mulheres durante a gestação, parto e pós-parto e apóiam grupos organizados de mulheres que atuam pela ampliação do modelo de assistência ao parto e nascimento baseado na fisiologia e em evidências científicas.

São atendidas somente mulheres com gestação de baixo risco, mediante avaliação das condições clínico-obstétricas na gestação e no parto. Os critérios de atendimento são gestação única com feto vivo, apresentação cefálica, idade gestacional maior que 37 semanas e ausência de intercorrências.

O material utilizado no parto inclui produtos descartáveis e instrumental cirúrgico esterilizado para secção do cordão umbilical e reparo perineal. Faz parte do material a bola suíça, piscina e banqueta de parto, *rebozo* (xale originário do México, utilizado para sustentação da parturiente nas posições verticais), *kit* de massagem (óleos e massagador), *kit* de sutura perineal (solução anti-séptica, campo cirúrgico, anestésico, seringas, agulhas e fio), sonar, torpedo

de oxigênio e ambu, *kit* de aspiração neonatal (pêra e cateter de *DeLee*), manta térmica e balança tipo cegonha, entre outros itens.

Durante a gestação, são realizados exames e consultas mensais até a 36ª semana, a partir daí, as consultas são semanais. O acompanhamento pré-natal pelas enfermeiras obstétricas é valorizado para estabelecer o vínculo entre as profissionais, mulher e parceiro.

A equipe que atende o parto é sempre composta por pelo menos duas enfermeiras obstétricas. Além das enfermeiras, as mulheres podem optar pela presença de uma doula e um médico neonatologista. Para os casais que optam por não terem, um neonatologista presente no momento do parto e recomendada uma consulta com esse profissional nos primeiros dias após o nascimento.

Existe sempre um médico obstetra ou um serviço público de retaguarda para os casos de remoção. A mulher é removida para o hospital, quando as condições maternas ou fetais não são favoráveis para o parto no domicílio. Estas condições também envolvem solicitação da mulher para remoção.

A mãe e o bebê são acompanhados pela equipe durante os dez primeiros dias após o parto, normalmente no primeiro, terceiro e décimo dia, por meio de consultas em domicílio, para avaliação das condições de saúde e orientações sobre amamentação e cuidados no puerpério e período neonatal.

Coleta de dados

Para cada parto assistido, as enfermeiras obstétricas mantêm um registro com informações sobre as características sócio-demográficas e condições clínico-obstétricas das mulheres atendidas, a assistência ao parto e ao recém-nascido e as remoções maternas e neonatais para o hospital.

Os dados foram coletados a partir da base de dados que contém os registros dos partos assistidos, mediante autorização de todas as mulheres cujos dados foram incluídos no estudo, preservando-se o anonimato das informações.

Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram: idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação, paridade, tipo de parto

anterior, número de consultas de pré-natal com a equipe, idade gestacional no início do pré-natal com a equipe, idade gestacional e estado das membranas no início do trabalho de parto, local e tipo de parto, posição no parto, condições do períneo, intercorrências durante o parto, peso e Apgar do recém-nascido.

Análise dos dados

Os dados foram analisados quantitativamente, por meio do software *Excel*, considerando-se a frequência absoluta e relativa das variáveis estudadas.

Resultados

Os resultados referem-se aos 70 partos atendidos pelas enfermeiras obstétricas da Primaluz Partearas Contemporâneas. Das mulheres atendidas, 24 (34,3%) optaram pela presença de um pediatra no parto e 34 (48,6%) tiveram o acompanhamento de doula.

Conforme mostra o Quadro 1, 61,4% das mulheres tinham 30 anos ou mais e nenhuma era adolescente. Em relação a escolaridade, todas as mulheres tinham pelo menos o ensino médio e 71,4% possuíam ensino superior. Somente 2,9% não possuíam companheiro e a maioria (64,3%) exercia atividade remunerada.

QUADRO 1 – Distribuição das mulheres segundo as características sócio-demográficas

Características sócio-demográficas	N	%
Idade (anos)		
20 I– 25	6	8,6
25 I– 30	21	30,0
30 I– 35	37	52,8
35 I– 40	4	5,7
≥ 40	2	2,9
Escolaridade		
Ensino Médio completo ou Superior incompleto	20	28,6
Ensino Superior	44	62,8
Pós-graduação	6	8,6
Situação conjugal		
Casada ou união consensual	68	97,1
Solteira	2	2,9
Ocupação		
Remunerada	45	64,3
Não remunerada	25	35,7
Total	70	100

De acordo com o Quadro 2, a maior parte das mulheres (54,3%) era nulípara. Em relação ao acompanhamento da gestante pela equipe, 52,8% realizaram quatro ou mais consultas, com início antes do terceiro trimestre em 42,8% dos casos. A idade gestacional do início do trabalho de parto foi de 41 semanas ou mais em 21,4%

dos partos. A bolsa das águas estava íntegra no início do trabalho de parto em 72,9% das mulheres.

Dentre as 32 mulheres com partos anteriores, 17 (53,1%) tinham uma cesariana e 10 (31,3%) tinham parto domiciliar anterior

QUADRO 2 – Distribuição das mulheres segundo as condições clínico-obstétricas

Condições clínico-obstétricas	n	%
Partos anteriores		
Nenhum	38	54,3
Um	24	34,3
Dois	8	11,4
Número de consultas pré-natal com a equipe		
Nenhuma	1	1,4
1 a 3	32	45,8
4 a 6	29	41,4
7 ou mais	8	11,4
Idade gestacional no início do pré-natal com a equipe		
Primeiro trimestre (7 a 12 semanas)	4	5,7
Segundo trimestre (13 a 26 semanas)	26	37,1
Terceiro trimestre (27 ou mais semanas)	40	57,2
Idade gestacional no início do trabalho de parto (semanas)		
37 a 40	55	78,6
41 ou mais	15	21,4
Estado das membranas no início do trabalho de parto		
Íntegras	51	72,9
Rotas	19	27,1
Total	70	100

Com relação ao local e tipo de parto, 14,3% ocorreram no hospital, após remoção a pedido da parturiente ou da família, e 5,7%, após remoção por indicação obstétrica; 92,9% foram partos normais e a taxa de cesariana foi de 5,7% (Quadro 3). Os motivos de remoção das mulheres para o

hospital durante o trabalho de parto foram: nove por solicitação da parturiente, duas por estado fetal “não-tranquilizador”, uma por fisometria, uma por parada de progressão fetal e uma por pressão familiar. As parturientes solicitaram remoção por sentirem exaustão ou desejarem analgesia.

QUADRO 3 – Distribuição das mulheres segundo o local e o tipo de parto

Local do parto	n	%
Domicílio	56	80,0
Hospital após remoção a pedido da parturiente ou família	10	14,3
Hospital após remoção por indicação obstétrica	4	5,7
Tipo de parto		
⁽¹⁾ Normal no domicílio	56	80,0
Normal no hospital	9	12,9
Cesariana	4	5,7
Vácuo-extractor no hospital	1	1,4
Total	70	100

⁽¹⁾ Em 8 partos, a expulsão fetal ocorreu na água

Quanto ao terceiro e quarto períodos clínicos do parto, três mulheres apresentaram retenção placentária; uma delas foi removida para o hospital para extração da placenta. Dentre aquelas que deram à luz em casa, 20 (37,5%) receberam ocitocina injetável imediatamente após o parto para promover

a contratilidade uterina e controlar o sangramento vaginal.

A grande maioria dos bebês apresentou boa vitalidade ao nascer; apenas três tiveram Apgar menor que sete no primeiro minuto de vida e 100% apresentaram índice maior ou igual a sete no quinto

minuto. Houve dois casos de distocia de ombro e um desses recém-nascidos apresentou lesão de plexo braquial.

Quanto à remoção de recém-nascidos, apenas um bebê foi removido para o hospital com seis horas de vida, após avaliação do pediatra, devido à arritmia cardíaca.

Tanto o recém-nascido como as mulheres removidos para o hospital receberam alta em bom estado geral, não houve nenhum caso de internação em unidade de cuidados intensivos.

A maioria dos bebês (51,5%) tinha entre 3000 a 3500g ao nascer; o menor peso foi de 2500g e o maior foi de 4350g (Quadro 4).

QUADRO 4 – Distribuição dos recém-nascidos segundo o peso

Peso (g)	n	%
< 3000	11	15,7
3000 I– 3500	36	51,5
3500 I– 4000	19	27,1
≥ 4000	4	5,7
Total	70	100

Conforme indica o Quadro 5, 63,6% das mulheres escolheram posições verticais (sentada, cócoras, joelhos e em pé) no momento da expulsão fetal e todos os partos em posição litotômica ocorreram

no hospital. Em relação às condições do períneo, a maioria das mulheres (57,5%) não teve trauma ou apresentou trauma leve. A episiotomia foi realizada exclusivamente no hospital.

QUADRO 5 – Distribuição das mulheres segundo a posição no parto e as condições o períneo

⁽¹⁾ Posição no parto	n	%
Sentada na banqueta de parto	27	40,9
Cócoras e cócoras sustentada	7	10,6
De joelhos	7	10,6
Semi-sentada	7	10,6
Dorsal horizontal	7	10,6
Lateral	6	9,1
De quatro	4	6,1
Em pé	1	1,5
⁽¹⁾ Períneo		
Íntegro	23	34,8
⁽²⁾ Laceração 1º grau	15	22,7
Laceração 2º grau	24	36,4
Episiotomia	4	6,1
⁽³⁾ Total	66	100

⁽¹⁾ Partos hospitalares: 7 na posição litotômica, 1 na banqueta, 1 de cócoras, 1 lateral; 3 com períneo íntegro, 4 com episiotomia

⁽²⁾ 6 casos sem sutura

⁽³⁾ Excluídas 4 mulheres com cesariana

Discussão

Nem todo parto domiciliar é planejado e pode ser consequência das dificuldades de acesso da população carente ao hospital ou outro serviço de saúde. As estatísticas brasileiras de partos domiciliares referem-se,

principalmente, a partos acidentais em áreas urbanas, ou àqueles ocorridos em na zona rural das regiões norte e nordeste. Nestas regiões, os partos domiciliares são, em geral, assistidos por parteiras tradicionais. Na cidade de São Paulo, em 2002, a proporção de partos domiciliares variou de 0,2% a 0,4% (Almeida *et al.*, 2005).

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) oferece assistência universal e gratuita a toda a população. No entanto, não existe financiamento do SUS para o parto domiciliar e as mulheres que optam pelo parto em casa devem arcar integralmente com os custos que envolvem esse procedimento. Mesmo no setor de saúde suplementar, operado por seguradoras de saúde, não existe cobertura para o parto domiciliar planejado, exceto em alguns casos em que esta modalidade é prevista em contrato com a seguradora. No presente estudo, todos os partos domiciliares foram assistidos por enfermeiras obstétricas. No Brasil, estas profissionais são formalmente qualificadas em curso de especialização, após a graduação em enfermagem, ou em curso de graduação em obstetrícia, com duração de quatro anos. Seu exercício profissional está regulamentado na legislação federal e é reconhecido pelo Ministério da Saúde, para o acompanhamento dos partos e nascimentos de evolução fisiológica.

Com relação à população deste estudo, as características sócio-demográficas da maioria das mulheres mostram idade e escolaridade elevadas, inserção no mercado de trabalho e estabilidade conjugal. Estas variáveis, em geral, estão relacionadas com maior acesso aos meios de informação, possibilidade de opção e uso do direito à escolha informada. Por sua vez, esse perfil contrasta com as mulheres usuárias do SUS.

A vivência da mulher em partos anteriores pode influenciar sua opção pelo parto domiciliar. Neste estudo, diversas mulheres com cesariana anterior manifestaram o desejo de não repetir uma experiência frustrante relacionada ao desfecho em cesariana, que posteriormente foi reconhecida como desnecessária. Além disso, essas mulheres rejeitam submeter-se a rotinas hospitalares e práticas assistenciais como infusão endovenosa, alimentação e mobilidade restritas, limitação na presença de familiares e intervenções com o bebê, entre outras.

Parece existir uma relação entre a escolha pelo parto domiciliar e o grau de informação. Pesquisa conduzida por Lessa (2003) aponta que essas mulheres têm acesso à informação formal e informal e possuem independência intelectual e financeira, fazendo escolhas com autonomia, mesmo quando contrárias ao senso comum. Um dado importante da referida pesquisa é o desejo unânime das mulheres em repetir essa experiência em partos posteriores.

Em estudo realizado na Grã-Bretanha, mulheres

com maior informação sobre as opções de parto foram as que escolheram dar à luz em domicílio (Madi e Crow, 2003). Segundo Longworth, Ratcliffe e Boulton (2001), alguns dos motivos apontados pelas mulheres para a escolha do parto domiciliar foram: a continuidade do cuidado, ambiente doméstico e capacidade de tomar decisões próprias sobre o que ocorre no parto. Em contraste, a escolha pelo parto hospitalar recaiu sobre a disponibilidade de analgesia e não precisar ser removida para outro local, caso ocorra algum problema.

O acompanhamento pré-natal pelas enfermeiras que prestam assistência no parto contribui para que o casal se sinta confiante. Nas consultas, as dúvidas das gestantes são esclarecidas e a expectativa em relação ao parto é acolhida, amenizando a ansiedade da mulher e família, principalmente entre as nulíparas. A continuidade do cuidado pode ser uma razão importante para que 21,4% dos partos tenham ocorrido após a 41ª semana de gestação.

Em 2006, a taxa de cesariana no Brasil foi de 45,9%, enquanto que no setor de saúde suplementar, a taxa chegou a 80,7%. Dados da cidade do Rio de Janeiro mostram que nos serviços desse setor, 92% das cesarianas eletivas ocorreram antes do início do trabalho de parto (Brasil, 2008; Brasil, 2009). Pode-se supor que parte das mulheres deste estudo, seriam submetidas à indução do parto ou cesariana, se recorressem ao parto hospitalar.

O parto domiciliar é assistido sem uso de intervenções. Entre as mulheres deste estudo, foram adotadas práticas assistenciais que visam promover o conforto e o bem-estar físico e emocional durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. O cuidado realizado é centrado nas necessidades da mulher e no respeito à fisiologia e ao ambiente privado da casa. A mulher é estimulada a encontrar posições e realizar atividades, como se alimentar, movimentar-se e descansar, de acordo com seu desejo. São oferecidos cuidados para alívio da dor como massagem, banho e outros. Todas tiveram a presença de acompanhantes de sua escolha, em geral, o companheiro ou a mãe, que compartilharam esses cuidados. Em quase metade dos partos (48,6%), a doula estava presente.

O parto domiciliar planejado envolve uma decisão emocional e capacidade de participação ativa como resultado de um processo gradativo de avaliação de riscos, custos e benefícios por parte do casal. Essa escolha decorre sempre da aquisição de informações

relacionadas às evidências científicas, opinião dos profissionais de saúde e contato com mulheres que tiveram essa vivência. A mulher e todos os participantes devem estar em sincronia, de tal forma que a condução adequada das emoções é considerada um dos elementos que tornam possível aos integrantes do grupo influenciarem positivamente na evolução do parto (Souza, 2005; Medeiros, Santos e Silva, 2008).

No domicílio, práticas como a amniotomia, infusão endovenosa de ocitocina e episiotomia não são utilizadas e as posições no parto adotadas pelas mulheres deste estudo foram, principalmente, as verticais. Além disso, durante a expulsão fetal, as mulheres fazem exclusivamente o puxo espontâneo e a bolsa das águas é sempre preservada. Essas práticas favorecem a integridade perineal, que neste estudo foi de 57,5%.

Pesquisas comparativas concluíram que o uso de cadeira ou banqueta de parto foi acompanhado da redução de episiotomias, ainda que houvesse aumento de lacerações de segundo grau e de perda sanguínea. Por outro lado, anormalidades nos batimentos cardíofetais foram menos frequentes nas mulheres que permaneceram em posição vertical, de modo que elas devem ser incentivadas a dar à luz na posição que considerarem mais confortável, com exceção do decúbito dorsal horizontal, que deve ser evitado (Enkin *et al.*, 2005).

O parto domiciliar planejado aparece como uma opção segura e apropriada nos países desenvolvidos. Estudo de coorte com 5.418 mulheres que procuraram parteiras profissionais para dar à luz em domicílio, nos Estados Unidos da América e Canadá, em 2000, obteve taxa de remoção materna de 12,1% e mortalidade neonatal de 1,7/1.000 nascidos vivos. Nenhuma mulher morreu. Os principais motivos para remoção materna foram: primeiro e segundo estágios do parto prolongados, desejo de analgesia e exaustão materna. Quanto aos recém-nascidos, os motivos de remoção foram: problemas respiratórios e avaliação de anormalidades. Além de tão seguros como os hospitalares, os partos domiciliares planejados produziram menores taxas de intervenção, antes ou após a remoção a remoção materna (por exemplo: episiotomia = 2,1%; peridural = 4,7%; cesariana = 3,7%) (Johnson e Davis, 2005).

Estudo retrospectivo com 1.025 nascimentos domiciliares ocorridos na Suécia, entre 1992 e 2005,

mostrou que 12,5% das mulheres foram removidas durante ou imediatamente após o parto. O principal motivo para remoção antes do parto entre primíparas e múltiparas foi a parada de progressão, e após o parto, a hemorragia, entre múltiparas. A primiparidade aumentou em 2,5 a chance de remoção materna (Lindgren *et al.*, 2008).

Os resultados do presente estudo mostraram taxa de remoção materna de 5,7% por indicação obstétrica. No entanto, a solicitação da mulher para remoção deve ser considerada desde o planejamento do parto domiciliar. Apesar de todos os cuidados domiciliares prestados, algumas mulheres desistiram de continuar em casa e optaram pelo hospital, na expectativa de um desfecho rápido e sem dor. Após a remoção, as mulheres receberam analgesia e infusão de ocitocina. Em algumas situações, as enfermeiras obstétricas continuaram prestando assistência no hospital, mas a permanência da equipe domiciliar no local depende de autorização do serviço para onde a mulher é removida.

O terceiro e quarto períodos clínicos do parto representam momentos de vulnerabilidade, que merecem atenção especial no domicílio. A hemorragia pós-parto constitui situação de emergência, que nem sempre pode ser prevista. Nesse sentido, a enfermeira obstétrica deve estar capacitada para o atendimento de urgência e uso de intervenções, como administração de ocitócicos, além de contar com serviço de referência.

Quanto às condições neonatais, o desfecho favorável em todos os recém-nascidos reforça a segurança do parto domiciliar planejado. Estudo canadense, realizado com 2.889 partos, entre 2000 a 2004, confirmou que partos domiciliares de mulheres de gravidez de baixo risco tiveram bons resultados perinatais e redução de intervenções obstétricas, comparados a partos assistidos no hospital (Janssen *et al.*, 2009). Igualmente, o estudo de Jonge *et al.* (2009) mostrou que não houve diferença significativa entre os dois locais de parto para morte intra-parto e neonatal nas primeiras 24 horas e sete dias após o parto, bem como no encaminhamento para unidade de terapia intensiva.

Cabe salientar que mãe e bebê precisam ser acompanhados durante os primeiros dias após o nascimento. A enfermeira obstétrica que se dedica ao parto domiciliar tem um papel muito importante no estabelecimento e manutenção de condições

saudáveis para a adequada adaptação da mulher, bebê e família no período pós-natal. Um dado interessante neste estudo refere-se ao vínculo que o casal preserva com a equipe de enfermeiras obstétricas, durante longo tempo.

Considerações finais

Na assistência ao parto domiciliar, paradigmas são quebrados e o movimento de contracultura está sempre presente, pois trabalhar com esse modelo de assistência é gratificante, porém árduo.

No Brasil, os serviços de retaguarda costumam hostilizar os praticantes e usuárias de parto domiciliar e existe uma consistente oposição entre os gestores e profissionais para aceitar práticas diferentes das suas e integrá-las ao sistema de saúde oficial.

O parto domiciliar planejado não deve ser tratado como prática marginal, mas como um direito e uma real possibilidade de escolha da mulher e sua família por uma experiência segura e singular, para além dos limites do biológico. Insere-se, não apenas no paradigma da prática baseada em evidências científicas, como também, no cuidado baseado no direito do usuário (Marques, 2002).

No Brasil, embora o parto domiciliar seja uma prática pouco disseminada em centros urbanos, atualmente, integra as estatísticas oficiais de nascimentos. Desde 2009, a declaração de nascimento emitida por enfermeiras obstétricas passou a ser reconhecida, alimentando o Sistema Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) (Brasil, 2009).

Agradecimentos

Agradecemos às mulheres que participaram desse estudo e que confiaram no nosso trabalho.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, M. [et al.] (2005) - Partos domiciliares acidentais na região sul do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 39, nº 3, p. 366-375.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (2008) - O modelo de atenção obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas [Em linha]. Rio de Janeiro : ANS. [Consult. 30 Set. 2009]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/livro_parto_web.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2009) - **Indicadores e dados básicos (IDB-2008). F.8 Proporção de partos cesáreos** [Em linha]. [Consult. 22 Set. 2009]. Disponível em WWW:<URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?db2008/f08.def>>.
- ENKIN, M. [et al.] (2005) - **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.
- FULLERTON, J. T. ; NAVARRO, A. M. ; YOUNG, S. H. (2007) - Outcomes of planned home birth: an integrative review. *Journal of Midwifery and Womens Health*. Vol. 52, nº 4, p. 323-333.
- JANSSEN, P. A. [et al.] (2009) - Outcomes of planned home birth with registered registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 181, nº 6-7, p. 377-383.
- JOHNSON, K. C. ; DAVISS, B. (2005) - Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *British Medical Journal*. Vol. 330, nº 7505, p. 1416.
- JONGE, A. [et al.] (2009) - Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Vol. 116, nº 9, p. 1177-1184.
- LESSA, H. F. (2003) - **Parto em casa: vivências de mulheres**. Rio de Janeiro : Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado.
- LINDGREN, H. ; HILDINGSSON, I. ; RADESTAD, I. (2006) - A Swedish interview study: parent´s assessment of risks in home births. *Midwifery*. Vol. 22, nº 1, p. 15-22.
- LINDGREN, H. E. [et al.] (2008) - Transfers in planned home births related to midwife availability and continuity: a nationwide population-based study. *Birth*. Vol. 35, nº 1, p. 9-15.
- LONGWORTH, L. ; RATCLIFFE, J. ; BOULTON, M. (2001) - Investigating women´s preferences for intrapartum care: home versus hospital births. *Health and Social Care in the Community*. Vol. 9, nº 6, p. 404-413.
- MADI, B. C. ; CROW, R. (2003) - A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women's preference for a place of delivery. *Midwifery*. Vol. 19, nº 4, p. 328-336.
- MARQUES, P. A. A. R. (2002) – Consentimento informado: o fim do silêncio. *Referência*. Nº 9, p. 41-47.
- MEDEIROS, R. M. K. ; SANTOS, I. M. M. ; SILVA, L. R. (2008) - A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Vol. 12, nº 4, p. 765-772.
- OLSEN O. ; JEWELL, D. (2006) - Home versus hospital birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Nº 2, Art. Nº: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.

PORTARIA nº. 116, de 11 de Fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob Gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde [Em linha]. [Consult. 30 Set. 2009]. Disponível em WWW:<URL:http://www.saudeinfonews.com.br/abre_legislacao.php?COD=16107>.

SOUZA, H. R. (2005) - A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo [Em linha]. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina. [Consult. 30 Set. 2009]. Dissertação de mestrado. Disponível em WWW:<URL:<http://www.tede.ufsc.br/teses/PASO0165.pdf>>.