



Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil*

Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil

Prácticas obstétricas en los partos domiciliarios planificados asistidos en Brasil

Joyce Green Koettker¹, Odaléa Maria Bruggemann², Paulo Fontoura Freitas³, Maria Luiza Gonzalez Riesco⁴, Roberta Costa⁵

Como citar este artigo:

Koettker JG, Bruggemann OM, Freitas PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03371. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371>

* Extraído da tese: "Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil", Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

¹ Equipe Hanami, O Florescer da Vida, Parto Domiciliar Planejado, Florianópolis, SC, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário, Serviço de Saúde Pública, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To describe obstetric practices in planned home births, assisted by qualified professionals in Brazil. **Method:** This is a descriptive study, with data collected in an online bank maintained by 49 professionals from December 2014 to November 2015, in which the target population was women and newborns assisted in home births. Data were analyzed through descriptive statistics. **Results:** A total of 667 women and 665 newborns were included. Most of the women gave birth at home (84.4%), in a nonlithotomic position (99.1%); none underwent episiotomy; 32.3% had intact perineum; and 37.8% had first-degree lacerations, some underwent amniotomy (5.4%), oxytocin administration (0.4%), and Kristeller's maneuver (0.2%); 80.8% of the women with a previous cesarean section had home birth. The rate of transfer of parturients was 15.6%, of puerperal women was 1.9%, and of neonates 1.6%. The rate of cesarean section in the parturients that started labor at home was 9.0%. **Conclusion:** The obstetric practices taken are consistent with the scientific evidence; however, unnecessary interventions are still performed. The rates of cesarean sections and maternal and neonatal transfers are low. Home can be a place of birth option for women seeking a physiological delivery.

DESCRIPTORS

Home Childbirth; Humanizing Delivery; Obstetric Nursing; Observational Study.

Autor correspondente:

Odaléa Maria Bruggemann
Rua Deputado Antônio Edu Vieira,
1020, apto 204 B, Bairro Pantanal
CEP 88040-001 – Florianópolis, SC, Brasil
odalea.ufsc@gmail.com

Recebido: 21/08/2017
Aprovado: 03/05/2018

INTRODUÇÃO

O Brasil não dispõe de dados sobre o atendimento ao parto domiciliar planejado (PDP), uma vez que o Sistema de Informação sobre Nascimento Vivo (SINASC) engloba todos os nascimentos que acontecem fora do ambiente hospitalar, independentemente de terem sido planejados para ocorrer no domicílio e de qual profissional prestou assistência.

Em países desenvolvidos, a prevalência de partos domiciliares atendidos por profissional qualificado, de forma planejada, varia: 11,3% na Nova Zelândia⁽¹⁾, 2,8% na Inglaterra⁽²⁾ e menos de 1% na Austrália⁽³⁾. Entretanto, na Holanda, 62,7% das mulheres planejam o parto no domicílio⁽⁴⁾.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) brasileiro, enfermeiras obstetras, obstetras e médicos são profissionais qualificados para o atendimento ao parto normal⁽⁵⁻⁶⁾.

No Brasil, nem sempre a assistência obstétrica realizada nas instituições de saúde é baseada em práticas com evidências científicas, como mostra a pesquisa Nascer no Brasil⁽⁷⁾. Diferentemente do contexto hospitalar brasileiro, diversos estudos internacionais apontam que a assistência no PDP é pouco intervencionista^(1,3-4).

As práticas assistenciais desenvolvidas no ambiente domiciliar são descritas em alguns estudos quantitativos que analisaram pequenas amostras (de 70 a 212 mulheres)⁽⁸⁻¹⁰⁾. Esses estudos revelaram menores taxas de intervenções, como amniotomia e episiotomia, quando comparadas às taxas hospitalares, e há maior adoção de boas práticas, como liberdade de deambulação, movimentação e alimentação, participação de acompanhantes, contato pele a pele, estímulo à amamentação, liberdade de escolha do tipo de posição no parto e elevada taxa de parto normal após cesárea.

Na realidade brasileira, diversos profissionais vêm assistindo o parto no domicílio. No entanto, em virtude da escassez de dados sobre essa modalidade de assistência e da necessidade de conhecer os procedimentos realizados e as condutas seguidas nesse contexto, surge a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são as práticas obstétricas realizadas no domicílio, uma vez que é crescente o número de mulheres que optam pelo parto domiciliar? Os indicadores provenientes deste estudo fornecerão dados para aprofundar a discussão acerca da assistência ao parto e nascimento em ambiente não institucional, prestada por profissionais qualificados.

Assim, o objetivo deste estudo foi descrever as práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados, assistidos por profissional qualificado, no Brasil.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, com coleta prospectiva dos dados, na qual a população-alvo foram as mulheres e os recém-nascidos (RN) atendidos no parto domiciliar, de forma planejada, por profissionais qualificados, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, independentemente do desfecho do local de nascimento (domicílio ou hospital). Foram identificados e contatados profissionais em pelo menos dois estados de cada uma das Regiões. Dessa forma, participaram da pesquisa, profissionais que assistiam aos partos nos

seguintes estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Pernambuco, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, totalizando 12 estados, mais o Distrito Federal. A Região Norte foi excluída, uma vez que em apenas um estado foi localizado profissional qualificado que atendia partos no domicílio.

A identificação dos profissionais foi mediante contato pessoal em eventos científicos da área obstétrica, rede social da Internet e técnica de amostragem de rede de *snow ball* (bola de neve). Essa técnica facilita a seleção dos participantes, entretanto, com o seu uso, as pessoas indicadas são aquelas mais visíveis na população, o que gera uma limitação e um possível viés.

Os critérios de inclusão dos profissionais foram: possuir formação de nível superior completo e ser registrado no conselho profissional e habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal, de acordo com a legislação do exercício profissional. Dessa forma, foram convidados a participar os enfermeiros obstetras, obstetras e médicos.

Foram contatados 123 profissionais, todavia, alguns não eram elegíveis ou não desejaram participar. Assim, inicialmente, 94 profissionais (enfermeiros obstetras, obstetras e médicos) aceitaram participar da pesquisa. Para assegurar os procedimentos éticos, foi encaminhado, via correio, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais e também para as mulheres que seriam atendidas por eles, juntamente com uma carta de orientações e envelopes previamente selados para a devolução dos termos. Destaca-se que os profissionais foram orientados a incluir no banco de dados todas as mulheres atendidas durante o período de coleta de dados. Depois dessa etapa, alguns desistiram, permanecendo 49 profissionais (37 enfermeiros obstetras, sete médicos obstetras, três obstetras e dois médicos generalistas), representando 36 equipes de atendimento ao PDP, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil. Cada equipe elegeu o profissional responsável pelo preenchimento das informações no banco de dados.

A média de idade dos profissionais que assistiram as mulheres foi de 39,1 anos (DP = 8,7), a maioria era do sexo feminino (94,2%), com média de tempo de atendimento ao PDP de 6,7 anos (DP = 4,9), 58,9% não atendiam parto em instituições de saúde pública ou privada. A média de tempo de formados dos enfermeiros obstetras e médicos obstetras foi de 12,7 anos (DP = 8,0) e das obstetras e médicos generalistas, de 7,1 anos (DP = 8,5). A maioria dos partos foi atendida por enfermeiro obstetra (74,8%), seguida por médico obstetra (20,2%), obstetra (3,8%) e médico generalista (1,2%), e os profissionais atendiam o parto em equipe, de dois a três (82,1%). A composição dessas equipes era diversa, sendo de maneira geral formadas por enfermeiras obstetras, algumas também contavam com a participação de obstetra e médico obstetra e, ocasionalmente, outros profissionais (enfermeira generalista, técnica em enfermagem, médico generalista e neonatologista e psicóloga) e doulas. As equipes nas quais a referência para o atendimento ao parto era o médico obstetra, geralmente contavam com a presença de uma enfermeira obstetra, de um médico obstetra e eventualmente de outros profissionais (neonatologista, técnico em

enfermagem e outro médico generalista) e da doula. Quando a equipe era formada por obstetrias, eventualmente havia a participação de enfermeira obstetra, médico obstetra e doula.

Os profissionais foram orientados sobre os critérios de inclusão e exclusão, uma vez que eles foram os responsáveis pela seleção das mulheres elegíveis e seus RN. Os critérios de inclusão das mulheres foram: ter sido assistida no domicílio durante o trabalho de parto, durante o parto ou em ambos os períodos clínicos, de forma planejada, por profissional qualificado e habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal. Os critérios de inclusão dos RN foram: ter nascido no domicílio ou em instituição de saúde, após transferência da parturiente, sendo excluídos os nascidos com malformação congênita, independentemente do local de nascimento.

Assim, a amostra foi composta de mulheres assistidas no domicílio durante o trabalho de parto ou parto, de forma planejada, e pelos seus RN, durante o período de coleta de dados, ou seja, de dezembro de 2014 a novembro de 2015, totalizando 667 mulheres e 665 RN (dois foram excluídos por malformação congênita).

A coleta de dados foi viabilizada pela criação de um banco de dados *on-line* no sistema *Google Docs*, que foi disponibilizado para os 49 profissionais, mediante senha e número de identificação pessoal. Ao finalizar o acompanhamento, o profissional cadastrava os seus dados pessoais, assim como os dados da mulher e do RN. A inserção dos dados no banco foi acompanhada semanalmente pela pesquisadora principal, com o intuito de identificar erros de registro ou digitação, ausência de seguimento e desistência em participar, e também de ficar à disposição para esclarecer as dúvidas.

Os dados, transferidos para o aplicativo Excel versão 2008, foram agrupados por profissional e, em seguida, enviados para cada um deles para a verificação de duplicidade ou falta de registro de algum atendimento.

As condições sociodemográficas e obstétricas foram coletadas por meio das variáveis: idade; escolaridade; região de moradia; número de consultas de pré-natal; partos anteriores; idade gestacional na data do parto, pela ultrassonografia. As práticas obstétricas relacionadas ao trabalho de parto e parto foram mensuradas por meio das variáveis: amniotomia; uso de ocitocina no trabalho de parto e parto; parto instrumental; transferência da parturiente ou da puérpera para instituição de saúde; posição de parto (fora da água: sentada/semisentada, cócoras, quatro apoios, ajoelhada, em pé, Sims, ginecológica, McRoberts e na rede; na piscina: sentada/semisentada, cócoras, quatro apoios, ajoelhada, em pé e Sims; no chuveiro: em qualquer posição); manobra de Kristeller; episiotomia; grau de laceração perineal (1º grau – lesão de mucosa; 2º grau – lesão dos músculos perineais sem atingir o esfíncter anal; 3º grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal; 4º grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal, interno e externo, e o epitélio anal); necessidade de sutura da laceração; transferência do RN para instituição de saúde.

Para o controle de qualidade dos dados, 10% das mulheres foram contatadas por telefone, e todas confirmaram a participação na pesquisa e algumas informações acerca do parto e nascimento.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e com média e desvio-padrão (DP) para as variáveis contínuas.

Todos os aspectos éticos que envolveram a pesquisa estão de acordo com a Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. O protocolo de pesquisa obteve aprovação em novembro de 2014, sob o parecer n.º 865.451 e CAAE n.º 33727314.2.0000.0121.

RESULTADOS

Os resultados acerca das características das mulheres assistidas no domicílio, bem como das práticas obstétricas no trabalho de parto e parto, foram extraídos das informações fornecidas pelos 49 profissionais que participaram do estudo, ou seja, são dados coletados a partir da perspectiva e dos registros realizados por eles.

Do total de 667 mulheres analisadas, a maioria possuía elevada escolaridade, residia nas Regiões Sudeste e Sul do país, realizou mais de seis consultas de pré-natal e era primípara, com gestação a termo. A média de idade atingiu 30 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres assistidas no domicílio – Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Idade (média, em anos)	30,9 (DP = 4,5)	
Escolaridade (n = 660)		
Ensino Fundamental	8	1,2
Ensino Médio	103	15,6
Ensino Superior	433	65,6
Pós-graduação	116	17,6
Região de moradia		
Sudeste	271	40,7
Sul	169	25,3
Nordeste	122	18,3
Centro-Oeste	105	15,7
Consultas de pré-natal		
≤ 6	73	10,9
> 6	594	89,1
Partos anteriores		
Nenhum	372	55,8
≥ 1 parto vaginal	191	28,6
≥ 1 cesárea	79	11,9
≥ 1 partos vaginal† e cesárea	25	3,7
Idade gestacional (média, em semanas) (n = 653)		
< 37‡	4	0,6
37 – 39	297	45,5
40 – 41	324	49,6
≥ 42	28	4,3

*Oito partos com fórceps e um com vácuo. †Três partos com fórceps.

‡Todas com idade gestacional de 36 semanas e 6 dias.

Nota: (n = 667).

Das mulheres que iniciaram o trabalho de parto em casa (N = 667), 563 (84,4%) pariram no domicílio, das quais oito (1,4%) deram à luz antes da chegada do profissional. Algumas foram submetidas à amniotomia (5,4%) e ao parto vaginal com uso de vácuo extrator (0,5%), apenas três receberam ocitocina no trabalho de parto ou parto e uma sofreu a manobra de Kristeller, por desaceleração dos batimentos cardíofetais no período expulsivo. Cerca de um sexto das parturientes necessitou de transferência para instituição de saúde, e a taxa de transferências de puerperas e de RN ficou abaixo de 2% (Tabela 2).

A maioria das mulheres transferidas foi encaminhada para cesárea (57,7%), sendo que 42,3% tiveram parto vaginal (6,8% com fórceps ou vácuo, 34% com analgesia e 15,9% com analgesia e fórceps ou vácuo) (dados não apresentados na Tabela).

Em relação ao trauma perineal, nenhuma mulher foi submetida à episiotomia, 37,8% tiveram laceração de 1º grau; 28,5%, de 2º grau; 0,7%, de 3º grau; e uma teve laceração de 4º grau (0,2%). Apenas 57,8% das lacerações foram suturadas (dados não apresentados na Tabela).

Tabela 2 – Práticas obstétricas no trabalho de parto e parto das mulheres assistidas no domicílio – Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, Brasil, 2015.

Práticas obstétricas	n	%
Amniotomia	36	5,4
Integridade da bolsa amniótica até o período expulsivo	117	17,5
Ocitocina no trabalho de parto	1	0,1
Ocitocina no parto (n = 563)	2	0,3
Parto vaginal com uso de vácuo* (n = 563)	3	0,5
Manobra de Kristeller (n = 563)	1	0,2
Períneo íntegro (n = 555)	182	32,8
Transferência de parturiente	104	15,6
Transferência de puerpera (n = 563)	11	1,9
Transferência de RN (n = 561)	9	1,6

*Atendido por médico obstetra.

Nota: (n = 667).

As posições de parto adotadas pelas mulheres são apresentadas na Tabela 3. A quase totalidade das mulheres pariu em posições verticalizadas, sendo que pouco menos da metade optou pelo parto na água.

Cabe destacar que, das 79 mulheres com cesárea prévia que iniciaram o acompanhamento no domicílio, 75,9% tiveram parto normal no domicílio. Das mulheres que tinham cesárea prévia, mas também parto vaginal anterior, a quase totalidade teve PDP (96,0%) (Tabela 4). Entre as que pariram no hospital, 28,6% tiveram parto fórceps e 85,7% receberam analgesia (dados não apresentados na Tabela).

Tabela 3 – Posições de parto adotadas pelas mulheres que pariram na água e fora da água no domicílio – Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, Brasil, 2015.

Posição de parto*	n	%
Fora da água	292	52,6
Cócoras no banquinho	130	23,42
Quatro apoios/genupeitoral	49	8,8

continua...

...continuação

Posição de parto*	n	%
Cócoras sustentada	33	6,0
Sentada/semisentada	24	4,3
Em pé	20	3,6
Ajoelhada	17	3,1
Sims	14	2,5
Ginecológica	3	0,5
McRoberts	1	0,2
Na rede	1	0,2
Na água (piscina)	233	42,0
Sentada/semisentada	119	21,4
Quatro apoios/genupeitoral	52	9,4
Cócoras	51	9,2
Sims	6	1,1
Ajoelhada	3	0,5
Em pé	1	0,2
Cócoras no banquinho	1	0,2
No chuveiro em qualquer posição	30	5,4

*Oito posições de parto não referidas.

Nota: (n = 563).

Tabela 4 – Acompanhamento domiciliar de mulheres com cesárea prévia segundo o local e tipo de parto atual – Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, Brasil, 2015.

Parto anterior	Parto atual no domicílio	Parto atual no hospital	
	n (%)	Normal n (%)	Cesárea n (%)
Cesárea (n = 79)	60 (75,9)	7 (8,9)	12 (15,2)
Cesárea e parto vaginal (n = 25)	24 (96,0)	-	1 (4,0)

Nota: (n = 104).

DISCUSSÃO

Os resultados apontam que, no contexto domiciliar, a prática obstétrica é congruente com as evidências científicas. No entanto, alguns profissionais ainda realizaram intervenções não recomendadas. Cabe destacar que a população do estudo possui um perfil específico, diferente da assistida pelo Sistema Único de Saúde e, de modo geral, os profissionais que atendem no domicílio buscaram implementar as boas práticas durante o trabalho de parto, parto e nascimento. O ambiente favoreceu a liberdade de escolha da posição de parto e a oportunidade de realizar parto normal, inclusive após cesárea prévia, resultados estes que diferem da assistência hospitalar brasileira.

Diante da escassa publicação de dados nacionais acerca da assistência prestada no domicílio, os achados deste estudo também são discutidos com aqueles de atendimentos realizados nos centros de parto normal (CPN) brasileiros e com estudos desenvolvidos em países onde, em sua maioria, o atendimento ao parto domiciliar faz parte do sistema de saúde, realidade diferente da brasileira.

As mulheres que optaram pelo PDP têm escolaridade elevada, resultado semelhante a outras pesquisas brasileiras⁽⁸⁻¹²⁾. Contudo, elas são mais jovens quando comparadas às dos

estudos internacionais^(1-3,13-14). A alta escolaridade das mulheres mostra que se trata de um público com características singulares, que tem acesso à informação, questiona o modelo hegemônico atual e busca um local para o parto que atenda às suas expectativas, da mesma forma que as mulheres atendidas em CPN, uma vez que a assistência é menos intervencionista do que no hospital⁽⁷⁾. Entretanto, a clientela dos CPN, em sua maioria, possui baixa escolaridade⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. As mulheres assistidas no domicílio apresentam alta adesão ao pré-natal, o que também foi constatado em estudo realizado em CPN⁽¹⁵⁾ e no domicílio⁽¹⁰⁾.

O fato de as mulheres serem mais jovens pode ser explicado pela população estudada, composta majoritariamente por primíparas, sendo similar a outras pesquisas realizadas no Brasil⁽⁸⁻¹²⁾. Destaca-se que esse é praticamente o único dado que difere da maioria dos estudos internacionais, já que as múltiparas são as que mais optam pelo PDP^(1-4,13-14,18). A escolha pelo PDP pelas mulheres brasileiras, já na primeira gestação, pode ser decorrente do desejo da liberdade e autonomia para participar do seu processo de parto e nascimento do filho e da busca por uma assistência menos intervencionista, em um ambiente acolhedor, além de evitar ser submetida à cesárea desnecessária^(12,19-20). Destaca-se que mulheres com cesárea prévia também optaram pelo PDP, como já apontado em outros estudos realizados no Brasil⁽⁸⁻⁹⁾, o que pode demonstrar o descontentamento com a realização daquele procedimento. Esse achado é similar ao apontado em outros países^(13,21), e esses percentuais podem ser decorrentes de protocolos que desaconselham que essas mulheres sejam atendidas no domicílio^(1,4,14).

Com relação às práticas adotadas durante o trabalho de parto, a maioria das mulheres teve rotura espontânea das membranas ou permaneceu com bolsa íntegra até o período expulsivo, diferentemente dos elevados percentuais de amniotomia realizada nos hospitais (40,7%)⁽⁷⁾ e em alguns CPN (variando de 53,3% a 71,3%)⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ para acelerar a evolução do trabalho de parto⁽⁷⁾.

A utilização de ocitocina antes do nascimento deve ocorrer somente em ambiente hospitalar, tendo em vista que não se pode controlar os efeitos dessa droga, a qual inclusive pode acarretar necessidade de cesárea emergencial⁽²²⁾. Mesmo assim, algumas mulheres assistidas no domicílio foram submetidas ao uso de ocitocina no trabalho de parto e parto. Apesar de inadequado, seu uso ainda é contrastante com a elevada taxa de ocitocina em mulheres de risco obstétrico habitual em hospitais (38,2%)⁽⁷⁾ e CPN (variando de 23,6% a 31%)⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Apesar de contraindicada, inclusive pelas recomendações da OMS⁽²²⁾ desde 1996, a manobra de Kristeller foi realizada em uma mulher assistida no domicílio. No Brasil, essa manobra é realizada em mais de um terço das mulheres assistidas nos hospitais (37,3%)⁽⁷⁾. A maior parte dos estudos realizados em CPN não traz dados acerca dessa manobra, assim, não se tem certeza se essa prática foi abolida ou se ainda tem sido realizada⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Neste estudo, nenhuma mulher atendida no domicílio foi submetida à episiotomia, achado totalmente discrepante da taxa de realização dessa intervenção nas mulheres brasileiras que são assistidas no hospital (56,1%), a qual é ainda maior entre as primíparas (74,7%)⁽⁷⁾. Nos CPN, essa taxa varia de 7,2% a 25,7% das mulheres⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

As poucas mulheres submetidas ao uso de vácuo extrator foram assistidas por médicos obstetras. Cabe destacar que,

no Brasil, esse procedimento somente pode realizado por esses profissionais, que possuem amparo legal.

As mulheres que parem no domicílio e em CPN escolhem posições verticalizadas, podendo assumir uma gama de modalidades, como apontado em outros estudos brasileiros^(8,15), além da possibilidade do parto vertical na água⁽⁹⁻¹⁰⁾. Essa liberdade de posição difere muito da realidade brasileira hospitalar, na qual praticamente todas as mulheres de risco obstétrico habitual parem em posição de litotomia⁽⁷⁾. A escolha das mulheres em parir no domicílio e em CPN pode ser motivada por mais autonomia.

Muitas mulheres do presente estudo tiveram a oportunidade de parirem na água, resultado semelhante a outros estudos realizados no Brasil⁽⁹⁻¹⁰⁾ e maior do que no estudo conduzido na Austrália (52%)⁽¹⁸⁾ e na Islândia (39,1%)⁽²³⁾. No Brasil, a prevalência dos partos vaginais hospitalares na água é pouco conhecida, apenas um estudo apontou prevalência de 13,7%, em maternidade do setor suplementar⁽²⁴⁾.

A preservação da integridade perineal, a taxa de laceração de 2° grau e a de sutura de lacerações foram similares aos dos estudos nacionais⁽⁸⁻¹⁰⁾. Além disso, grande parte das lacerações não foi suturada, seguindo uma tendência à adoção da cicatrização natural, que parece contribuir para a redução da dor⁽²⁵⁾. No entanto, são necessárias mais evidências para apoiar essa prática⁽²⁶⁾. A taxa de lacerações de 3° e 4° grau foi equivalente à de outros estudos nacionais⁽⁸⁻¹⁰⁾ e abaixo da taxa de outros países^(3,10,27).

A taxa de transferência assemelhou-se à de dois estudos brasileiros⁽⁸⁻⁹⁾ e foi mais alta do que um mais recente⁽¹⁰⁾, no entanto, se mantém dentro da variação apontada nos estudos internacionais^(2-3,13,28). Nos países onde existe um sistema de referência, essa taxa é mais elevada⁽²⁹⁾, diferentemente do Brasil, que não dispõe de um fluxo formalizado de referência. As taxas de transferência de puerperas e de RN também foram reduzidas, assim como ocorre em outros estudos brasileiros⁽⁸⁻⁹⁾ e internacionais^(13,18). Na assistência domiciliar, respeita-se a fisiologia do processo, e são utilizadas poucas intervenções, manejos que podem ter contribuído para a baixa taxa de transferência neonatal neste estudo.

Outro achado que merece destaque é a taxa de cesárea do total das mulheres que iniciou o trabalho de parto no domicílio (9%), muito abaixo da realidade brasileira⁽⁶⁻⁷⁾, o que mostra que a chance de ter um parto normal nesse ambiente é maior. Em outros países, a taxa de cesárea nas mulheres que optaram pelo ambiente domiciliar é ainda menor do que a do estudo atual^(1-3,13,18).

Ademais, 80,8% das mulheres com cesárea prévia pariram no domicílio, percentual maior que de outro estudo brasileiro⁽⁹⁾, mas semelhante a taxas internacionais^(13,21). Porém, muito diferente da taxa hospitalar brasileira, de 14,8% de parto normal em mulheres com cesárea prévia⁽³⁰⁾. No Brasil, inexistente um protocolo para o atendimento no domicílio, assim, as equipes decidem incluir ou não mulheres com cesárea prévia no seu protocolo de atendimento e qual o intervalo interpartal.

A maior limitação do presente estudo é o fato de não ter sido possível calcular uma amostra que possibilitasse a generalização dos resultados, uma vez que, no Brasil, o SINASC não diferencia se os partos que ocorrem em ambiente domiciliar foram ou não planejados. Desse modo, o estudo não tem poder amostral para discorrer sobre os

resultados maternos e neonatais do PDP, mas apenas para descrever como acontecem as práticas obstétricas nesse local de parto. Além disso, pode haver um viés de coleta de dados, pois a participação dos profissionais foi realizada de forma voluntária, com o uso da técnica de bola de neve, gerando a inclusão de profissionais de uma mesma rede social.

Por fim, também não se pode ter absoluta certeza de que todos os atendimentos realizados pelos profissionais cadastrados, no período estudado, foram incluídos no banco de dados, e se todas as intervenções foram registradas, ocasionando um viés de informação. No entanto, cabe destacar que este é o primeiro estudo descritivo com coleta prospectiva dos dados de atendimentos ao parto realizados no domicílio de forma planejada, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil.

CONCLUSÃO

No domicílio, as mulheres vivenciaram altas taxas de parto normal, com liberdade de escolha de posição de parto, incluindo a possibilidade do parto na água, sofreram poucas intervenções durante o trabalho de parto e parto, e houve

reduzida taxa de transferência antes e após o parto. Apesar disso, a realização de algumas intervenções, como a manobra de Kristeller e a utilização de ocitocina, contraria as evidências científicas e pode colocar em risco a saúde materna e neonatal. Destaca-se a baixa taxa de cesárea na amostra estudada, assim como o elevado número de mulheres com cesárea prévia que teve parto normal.

Esta pesquisa revela que os profissionais qualificados, de diferentes formações, que assistem no domicílio, atuam de forma autônoma, principalmente em equipes, desenvolvendo boas práticas na assistência ao parto, e que podem atuar como multiplicadores dessa *expertise* na assistência e no ensino. No entanto, é imprescindível que se realizem outras investigações para avaliar a segurança materna e neonatal no PDP.

Por fim, pode-se afirmar que as mulheres assistidas nesse local por profissionais qualificados, conforme preconiza a OMS, estão recebendo uma assistência que é congruente com as evidências científicas e com os principais achados dos estudos de base populacional publicados internacionalmente, produzidos em países onde a prática domiciliar está amplamente amparada pelas políticas públicas.

RESUMO

Objetivo: Descrever as práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados, assistidos por profissional qualificado, no Brasil. **Método:** Estudo descritivo, com dados coletados em banco *on-line*, alimentado por 49 profissionais de dezembro de 2014 a novembro de 2015, no qual a população-alvo foi as mulheres e os recém-nascidos atendidos no parto domiciliar. Os dados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** Foram incluídas 667 mulheres e 665 neonatos. A maioria das mulheres pariu em casa (84,4%), em posição não litotômica (99,1%), nenhuma foi submetida à episiotomia, 32,3% tiveram períneo íntegro e 37,8% tiveram laceração de 1º grau, algumas foram submetidas à amniotomia (5,4%), ocitocina (0,4%) e manobra de Kristeller (0,2%), 80,8% das mulheres com cesárea prévia tiveram parto domiciliar. A taxa de transferência de parturientes foi de 15,6%, de puérperas foi de 1,9%, e de neonatos foi de 1,6%. A taxa de cesárea nas parturientes que iniciaram o acompanhamento domiciliar foi de 9,0%. **Conclusão:** As práticas obstétricas adotadas estão em consonância com as evidências científicas, no entanto, ainda são realizadas intervenções desnecessárias. As taxas de cesárea e de transferência materna e neonatal são baixas. O domicílio pode ser uma opção de local de parto para mulheres que buscam um parto fisiológico.

DESCRITORES

Parto Domiciliar; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica; Estudo Observacional.

RESUMEN

Objetivo: Describir las prácticas obstétricas en los partos domiciliarios planificados, asistidos por profesional calificado, en Brasil. **Método:** Estudio descriptivo, con datos recogidos en banco en línea, alimentado por 49 profesionales de septiembre de 2014 a noviembre de 2015, en el que la población blanco fue de mujeres y recién nacidos atendidos en parto domiciliario. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva. **Resultados:** Fueron incluídas 667 mujeres y 665 neonatos. La mayoría de las mujeres parió en casa (84,4%), en posición no litotômica (99,1%), ninguna se sometió a la episiotomía, el 32,3% mantuvieron el periné íntegro y el 37,8% tuvieron laceración de 1º grado, algunas fueron sometidas a la amniotomía (5,4%), ocitocina (0,4%) y maniobra de Kristeller (0,2%), el 80,8% de las mujeres con cesárea previa tuvieron parto domiciliario. El índice de transferencia de parturientes fue del 15,6%, de puérperas fue del 1,9% y de neonatos fue del 1,6%. El índice de cesárea en las parturientes que iniciaron el acompañamiento domiciliario fue del 9,0%. **Conclusión:** Las prácticas obstétricas adoptadas están en consonancia con las evidencias científicas, no obstante todavía se llevan a cabo intervenciones innecesarias. Los índices de cesárea y de transferencia materna y neonatal son bajos. El domicilio puede ser una opción de sitio de parto para mujeres que buscan un parto fisiológico.

DESCRIPTORES

Parto Domiciliario; Parto Humanizado; Enfermería Obstétrica; Estudio Observacional.

REFERÊNCIAS

1. Davis D, Baddock S, Tchng D, Pairman S, Hunter M, Benn C, et al. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth*. 2011;38(2):111-9. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2010.00458.x.
2. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343:d7400. DOI: 10.1136/bmj.d7400.
3. Homer CS, Thornton C, Scarf VL, Ellwood DA, Oats JN, Foureur MJ, et al. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14:206. DOI: 10.1186/1471-2393-14-206.
4. De Jonge, Geerts CC, Van Der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743,070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*. 2014;122(5):720-8. DOI: 10.1111/1471-0528.13084

5. World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretriz Nacional de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília; MS; 2017 [citado 2017 ago. 12]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/08/Diretrizes-Parto-Normal-resumida-FINAL.pdf>
7. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S17-47. DOI: 10.1590/0102-311X00151513.
8. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. Referência [Internet]. 2010 [citado 2013 set. 21];serIII(2):81-90. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII2/serIII2a09.pdf>
9. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Outcomes of planned home birth assisted by nurses, from 2005 to 2009, in Florianópolis, Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):747-50. DOI: 10.1590/S0034-89102012005000051
10. Koettker JG, Brüggemann OM, Knobel R. Maternal results from planned home births assisted by nurses from the Hanami team in the South of Brazil, 2002-2012. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(1):e3110015. DOI: 10.1590/0104-07072017003110015.
11. Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Profile of couples who opt for home birth assisted by obstetric nurses. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013;17(2):298-305. DOI: 10.1590/S1414-81452013000200014
12. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Information for the option of planned home birth: women's right to choose. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(3):665-72. DOI: 10.1590/0104-07072014000930013
13. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in United States: the Midwives Alliance of North America statistic project, 2004 to 2009. *J Midwifery Womens Health*. 2014;59(1):17-27. DOI: 10.1111/jmwh.12172
14. Hiraizumi Y, Suzuki S. Perinatal outcomes of low-risk planned home and hospital births under midwife-led care in Japan. *J Obst Gynaecol*. 2013;39(11):1500-4. DOI: 10.1111/jog.12094
15. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1031-8. DOI: 10.1590/S0080-623420130000500004
16. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(9):1787-800. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000900012
17. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Maternal and neonatal outcomes at an alongside birth center and at a hospital. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 15];46(1):77-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
18. Catling-Paul C, Coddington RL, Foureur MJ, Homer CS. Publicly funded homebirth in Austrália: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. *Med J Aust*. 2013;198(11):616-20.
19. Frank TC, Pelloso SM. The perception of professionals regarding planned home birth. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):22-9. DOI: 10.1590/S1983-14472013000100003
20. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Home childbirth: progress or retrocession? *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(1):157-60. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.01.41356
21. Rowe R, Li Y, Knight M, Brocklehurst P, Hollowell J. Maternal and perinatal outcomes in women planning vaginal birth after caesarean (VBAC) at home in England: secondary analysis of the birthplace national prospective cohort study. *BJOG*. 2016;123(7):1123-32. DOI: 10.1111/1471-0528.13546
22. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
23. Halfdansson B, Smarason AK, Olafsdottir OA, Hildingsson I, Sveinsdottir H. Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study. *Birth*. 2015;42(1):16-26. DOI: 10.1111/birt.12150
24. Scheidt TR, Brüggemann OM. Water birth in a maternity hospital of the supplementary health sector in Santa Catarina, Brazil: a cross-sectional study. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):1-9. DOI: 10.1590/0104-07072016002180015.
25. Seijmonsbergen-Schermer AE, Sahami S, Lucas C, Jonge AD. Nonsuturing or skin adhesives versus suturing of the perineal skin after childbirth: a systematic review. *Birth*. 2015;42(2):100-15. DOI: 10.1111/birth.12166
26. Elharmeel SAM, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, Van Driel ML. Surgical repair versus non-surgical management of spontaneous perineal tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(8):CD008534.
27. de Jonge A, Peters L, Geerts CC, van Roosmalen JJM, Twisk JWR, Brocklehurst P, et al. Mode of birth and medical interventions among women at low risk of complications: a cross-national comparison of birth settings in England and the Netherlands. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180846. DOI: doi.org/10.1371/journal.pone.0180846(7)
28. Blix E, Kumle MH, Ingversen K, Huitfeldt AS, Hegaard HK, Ólafsdóttir ÓÁ, et al. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries: a prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(4):420-8. DOI: 10.1111/aogs.12858
29. Blix E, Kumle M, Kjaergaard H, Oian P, Lindgren HE. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:179. DOI: 10.1186/1471-2393-14-179
30. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S101-16. DOI: 10.1590/0102-311X00105113.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.