

**PARTO DOMICILIAR:  
AVANÇO OU RETROCESSO?**Clara Fróes de Oliveira SANFELICE<sup>a</sup>, Antonieta Keiko Kakuda SHIMO<sup>b</sup>**RESUMO**

Parir em casa representa uma modalidade de atenção ao parto em ascensão na sociedade brasileira atual, embora em proporção pouco representativa quando comparada ao número de partos hospitalares. No Brasil, o tema tem sido amplamente debatido por diferentes categorias profissionais, com destaque para a questão da segurança envolvida no processo. Este artigo, de cunho teórico-reflexivo, tem como objetivo apresentar um breve panorama global da assistência ao parto domiciliar, problematizando a realidade do cenário obstétrico brasileiro contemporâneo. A literatura científica apresenta resultados obstétricos e neonatais favoráveis ao parto domiciliar, risco semelhante quando comparado ao parto hospitalar e maiores índices de satisfação materna, fatores que legitimam a sua prática. Assim, observa-se, na atualidade, um movimento de mulheres que, profundamente descontentes com o modelo de atenção obstétrica vigente, têm optado pelo parto em casa como reação à violência institucional, à fragmentação e despersonalização da assistência hospitalar.

**Descritores:** Tocologia. Parto humanizado. Parto domiciliar.

**RESUMEN**

*Dar a luz en casa es un tipo de atención del parto en aumento en la sociedad brasileña, aunque en proporción no representativa en comparación con el número de nacimientos en hospitales. En Brasil, el tema ha sido ampliamente debatido por diferentes categorías profesionales, destacando el problema de seguridad en el proceso. Este artículo, teórico-reflexivo presenta una breve visión general del parto en casa, cuestionando la realidad del contexto obstétrico brasileño contemporáneo. La literatura científica muestra resultados obstétricos y neonatales favorables para el parto en casa; riesgo similar en comparación con el parto en el hospital y tasas más altas de satisfacción materna, factores que legitiman su práctica. Así, vemos, en realidad, el movimiento de mujeres, que profundamente descontentos con el actual modelo de atención obstétrica, han optado por el parto en casa como una reacción a la violencia institucional, la fragmentación y la despersonalización de la atención hospitalaria.*

**Descriptores:** Tocología. Parto humanizado. Parto domiciliario.

**Título:** Parto en casa: hacia adelante o hacia atrás?

**ABSTRACT**

*Giving birth at home represents a rising modality of delivery care in the Brazilian society, although in unrepresentative proportion when compared to the number of hospital childbirths. In Brazil, the topic has been broadly discussed by different professional categories, highlighting the safety issue involved in the process. The aim of this theoretical and reflective study was to present a brief overview of the overall care related to home childbirth, also questioning the reality of the contemporary Brazilian obstetric scenario. The scientific literature presents both obstetric and neonatal outcomes as favorable to home childbirth; similar risks when compared to hospital childbirth and higher rates of maternal satisfaction, and these both factors justify its practice. Therefore, a movement of women who are deeply unhappy with the current model of obstetric care is currently observed and they have been opting for home childbirth as a response to institutional violence, fragmentation and depersonalization of hospital care.*

**Descriptors:** Midwifery. Humanizing delivery. Home childbirth.

**Title:** Home childbirth: progress or retrocession?

a Enfermeira Obstetra, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas/SP/Brasil.

b Enfermeira Obstetra, Professora Doutora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas/SP/Brasil.

## INTRODUÇÃO

A atual assistência ao parto e nascimento no Brasil é caracterizada por um modelo tecnocrático hegemônico, aliado a uma elevada taxa de cirurgias cesarianas e de institucionalização do parto<sup>(1)</sup>, o que resulta em resultados maternos e perinatais piores que os encontrados em países com igual ou menores índices de desenvolvimento socioeconômico<sup>(2)</sup>.

Segundo as estatísticas, pouco mais de 98% dos nascimentos no Brasil ocorrem dentro de uma instituição de saúde e os dados oficiais revelam que as taxas de cesariana nos serviços públicos alcançam 52%<sup>(1)</sup> e são superiores a 80% nos privados, número sem correspondente em qualquer outro lugar do mundo<sup>(2)</sup>.

Diante desse contexto e com o intuito de reverter esse quadro, o Ministério da Saúde vem, há alguns anos, elaborando e implantando programas e medidas de incentivo ao parto normal e humanizado, que resgate o protagonismo da mulher e contribua na melhoria dos indicadores de saúde.

Assim, percebe-se na atualidade um movimento de estímulo à mudança do modelo de atenção ao parto no Brasil, cujas questões políticas envolvidas nesse processo estão em franca discussão.

No que tange à institucionalização do parto, os dados mostram que a pequena porcentagem dos que não ocorrem em estabelecimentos de saúde representam nascimentos de urgência e/ou não planejados, quase sempre onde o acesso ao serviço é tardio e precário.

No entanto, dentro dessa pequena parcela de partos não institucionalizados existe uma crescente proporção de nascimentos que são assistidos por profissionais de saúde habilitados e que são planejados antecipadamente para acontecerem em domicílio.

Apesar de representar uma discreta parcela quando comparada ao total de partos institucionalizados, o domiciliar tem sido alvo de crescentes discussões na mídia, nas redes sociais, entre os conselhos profissionais de saúde e entre os mais diversos setores da sociedade nos últimos anos.

A grande polêmica envolvida com o parto domiciliar se dá pelo fato de ser considerado, para a medicina contemporânea, um ato de retrocesso frente a tantos avanços e recursos que a saúde dispõe na atualidade, colocando em risco a saúde da mulher e recém-nascido. É nesse momento que se confrontam os diferentes olhares sobre o processo de parto e nascimento.

## OBJETIVO

Em virtude do que foi mencionado, este artigo de cunho teórico-reflexivo objetiva apresentar um breve panorama global da assistência ao parto domiciliar, problematizando a realidade do cenário obstétrico brasileiro contemporâneo.

## TEMA FOCO DA REFLEXÃO

Atualmente, no Brasil, as mulheres que optam pelo parto domiciliar são socialmente reconhecidas como irresponsáveis e adeptas de um modismo. Já os profissionais envolvidos, recebem pouco incentivo e/ou são perseguidos, inclusive, pelos próprios conselhos regulamentadores.

Tal fato demonstra que ainda são pouco compreensíveis, por parte da sociedade, os motivos que levam uma mulher a escolher o ambiente doméstico para parir, abdicando da tecnologia, modernidade, conforto e suposta segurança que se encontra nos hospitais/maternidades atuais.

Contextualizando, brevemente, o parto domiciliar no cenário mundial, sabe-se que em países como Holanda, Canadá e Austrália, o parto domiciliar é um evento não somente reconhecido, como também estimulado pelo sistema público de saúde. Isso porque, nestes países, o parto domiciliar é considerado como modalidade de assistência tão segura quanto o parto hospitalar; se mostra como experiência satisfatória às mulheres e familiares e, acima de tudo, se trata de um serviço potencialmente menos oneroso ao Estado. Essas questões compõem as principais justificativas para o apoio, incentivo e respaldo ao parto domiciliar nesses países.<sup>(3-5)</sup>

Corroborando a experiência desses países, a literatura científica internacional tem demonstrado por meio de recentes estudos que os resultados obstétricos e perinatais são semelhantes quando comparados aos locais de parto, desconstruindo a vigente concepção de que o parto domiciliar oferece maior risco para mãe e bebê em relação ao hospitalar<sup>(6-11)</sup>.

Os resultados demonstram que o parto domiciliar planejado e de baixo risco está associado a menores taxas de morbidade materna grave, hemorragia pós-parto e remoção manual da placenta<sup>(7)</sup>; baixas taxas de intervenções obstétricas<sup>(11)</sup> e não há aumento nas taxas de mortalidade perinatal<sup>(6, 8-11)</sup>.

Assim, os estudos são claros em afirmar que o parto domiciliar planejado e de baixo risco, assistido por profissionais bem treinados e na presença de um adequado sistema de referência e transporte apre-

senta resultados favoráveis e pode ser considerado tão seguro quanto o hospitalar, não havendo evidência de que, nessas condições, há aumento no risco de resultados adversos graves para as mulheres<sup>(8-11)</sup>.

A mais recente revisão de literatura sobre o tema publicada pela Biblioteca Cochrane comparou os efeitos sobre as taxas de intervenções, complicações e mortalidade do nascimento hospitalar versus o nascimento domiciliar planejado<sup>(12)</sup>. Embora essa revisão não tenha encontrado uma amostra suficiente de estudos para estabelecer uma conclusão estatisticamente fundamentada, os autores concluíram que não existe evidência a favor do parto hospitalar planejado para gestantes de baixo risco considerando, portanto, que não há provas fundamentadas para desencorajar o parto domiciliar para esse grupo. Os autores destacam, ainda, que há resultados provenientes de bons estudos observacionais demonstrando vantagens relacionadas ao parto domiciliar planejado<sup>(12)</sup>.

De fato, as pesquisas nacionais, embora escassas, apresentam bons resultados obstétricos e neonatais, semelhantes aos estudos internacionais. Os dados mostram reduzida taxa de transferência hospitalar, de necessidade de cesariana, de traumas perineais e uso de fármacos tanto no trabalho de parto como no pós-parto. Além disso, nos partos domiciliares encontra-se alta porcentagem de posições verticalizadas durante o trabalho de parto e parto, de contato pele a pele e amamentação na primeira hora de pós-parto<sup>(13-14)</sup>, todas recomendações estimuladas pelas organizações nacionais e internacionais para uma assistência segura e humanizada ao parto.

Assim, os resultados encontrados na literatura contribuem para a divulgação e credibilidade dessa modalidade de assistência, além de dar maior visibilidade à atuação autônoma das enfermeiras obstetras na assistência ao parto.

Parir em casa representa um abrupto rompimento com o modelo de assistência obstétrica vigente, caracterizado pela utilização maciça de tecnologia, incorporação de grande número de intervenções desnecessárias e muitas vezes, permeado pela silenciosa violência obstétrica.

A pesquisa nacional realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, em parceria com o SESC, é capaz de pontuar esse sombrio cenário. Seus resultados apontam que uma em cada quatro mulheres (25%) relatou ter sofrido algum tipo de violência na hora do parto. Dentre as diversas formas possíveis de abusos e maus-tratos, destaca-se o exame de toque doloroso, recusa para alívio da dor, não explicação de procedimentos adotados,

gritos de profissionais, negativa de atendimento, xingamentos e humilhações<sup>(15)</sup>.

Historicamente falando, pode-se considerar que no primeiro momento da assistência obstétrica brasileira, o parto era atendido por parteiras leigas e/ou tradicionais e ocorria em domicílio. Tratava-se de um evento familiar e feminino.

No momento em que o parto se tornou um evento institucionalizado e controlado por profissionais médicos na metade do século XX, os conceitos e a lógica de sua condução se alteraram. De maneira gradual, construiu-se socialmente uma visão de parto associada à patologia, ao risco e sofrimento. Essa forma de compreender e assistir ao parto foi sendo incorporada às escolas médicas, caracterizando o fenômeno da gestação/parto como um processo não mais ligado à saúde, e sim à doença. Essa concepção ainda é a prevalente na atualidade e pode ser considerada como um segundo momento da assistência obstétrica no Brasil.

Contrárias a essa visão, as mulheres que desejam parir em casa entendem o parto como uma experiência prazerosa, íntima, familiar e inerente ao corpo feminino. São mulheres que desejam resgatar o protagonismo, vivenciar essa experiência em sua plenitude e que conseguem, mesmo diante de tantas construções sociais negativas vigentes, vislumbrar o prazer e a beleza da experiência de parir.

Pode-se dizer que se trata de uma fase da assistência obstétrica caracterizada pelo resgate do processo de parto em sua forma mais holística, por mulheres que se mostram profundamente descontentes com o modelo atual. Mulheres e famílias que buscam e se cercam de informação de qualidade para lhes respaldarem. Mulheres que vão às ruas reivindicar práticas baseadas em evidências e denunciar a violência obstétrica sofrida e ainda presente na maioria das instituições de saúde.

Assim, além do protagonismo, essas mulheres resgatam o poder de decisão sobre suas escolhas e seus corpos e se responsabilizam pelos riscos e benefícios associados à opção do parto domiciliar.

A falta de naturalidade associada ao parto faz com que as mulheres que optam por vivenciá-lo sejam constantemente vítimas de ameaças, chacotas e chantagem por parte de um sistema dominador, alienante e cruel.

Assim, acreditamos que parir em casa parece fazer parte de um movimento de reação à violência institucional, à fragmentação e despersonalização da assistência hospitalar. Estariam, essas mulheres, dando início à construção de um novo capítulo da assistência obstétrica brasileira?

## CONCLUSÕES

A literatura científica é clara em apontar que o parto domiciliar representa uma modalidade de atendimento já consolidada em diversos países do mundo, e traz resultados obstétricos e neonatais favoráveis para legitimar a sua prática. No Brasil, trata-se de uma opção ainda pouco explorada, em ascensão, e que provavelmente se traduz em um movimento de contestação ao atendimento obstétrico convencional, e de busca, pelas próprias mulheres, por um parto mais digno, respeitoso e humano.

## REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Rede Interagencial de Informações para a Saúde [Internet]. Indicadores e dados básicos – Brasil – 2011: F. Indicadores de cobertura. [citado 2013 nov 20] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm#cober>
- 2 Dias MAB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. *Cad Saúde Pública* 2011;27(5):1042-3.
- 3 Walsh S, Blijden J. Having a baby in Netherlands [Internet]. The Hague: Access; 2012. [citado 2013 nov 21]. Disponível em: [www.access-nl.org/media/13946/faq\\_guide\\_having\\_a\\_baby\\_in\\_the\\_netherlands\\_-\\_july\\_2012.pdf](http://www.access-nl.org/media/13946/faq_guide_having_a_baby_in_the_netherlands_-_july_2012.pdf)
- 4 Ontario Hospital Association (OHA), College of Midwives of Ontario and Association of Ontario Midwives. Resource manual for sustaining quality midwifery services in Hospitals. Ontário (CA); 2010, 241p.
- 5 Government of South Australia. Department of Health. Planned birth at home: policy. Adelaide; 2007 [citado 2013 mar 10]. Original version. Disponível em: <http://www.health.sa.gov.au/PPG/Default.aspx?tabid=189>
- 6 Kennare RM, Keirse MJNC, Tucker GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Med J Aust.* 2010;192(2):76-80.
- 7 Jonge A, Mesman JAJM, Manniën J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J. Several adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *Brit Med J.* 2013 June 13;346:f3263.
- 8 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 Nov 23;343:d7400.
- 9 Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203(3):243.e1-8. Erratum in: *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Apr;204(4):e7-13.
- 10 Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth* 2009;36(3):180-9.
- 11 De Jonge A, Van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009;116(9):1177-84.
- 12 Olsen O, Jewell MD. El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital. *La Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. 2008 [citado 2013 fev 10];(2). Disponível em: <http://summaries.cochrane.org/es/CD000352/el-nacimiento-en-casa-frente-al-nacimiento-en-el-hospital>
- 13 Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. *Rev Saúde Pública* 2012;46(4):747-50.
- 14 Colacioppo PM, Koiffman MD, Gonzalez Riesco ML, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enf Ref.* 2010;3(2):81-90.
- 15 Fundação Perseu Abramo, Núcleo de Opinião Pública. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. In: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: pesquisa de opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010 [citado 2013 jun 10]. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/node/7247>

**Endereço do autor / Dirección del autor /  
Author's address**

Clara Fróes de Oliveira Sanfelice  
Rua Pedro Guidotti, 283, Guará  
130854-410, Campinas, SP  
E-mail: [clara\\_sanfelice@yahoo.com.br](mailto:clara_sanfelice@yahoo.com.br)

Recebido em: 24.07.2013  
Aprovado em: 31.01.2014