

Joyce Green Koettker<sup>I</sup>

Odaléa Maria Brüggemann<sup>II</sup>

Rozany Mucha Dufloth<sup>III</sup>

Roxana Knobel<sup>IV</sup>

Marisa Monticelli<sup>II</sup>

# Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC

## Outcomes of planned home birth assisted by nurses, from 2005 to 2009, in Florianópolis, Southern Brazil

---

### RESUMO

Estudo transversal sobre resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas em Florianópolis, SC. Dados coletados nos prontuários de 100 parturientes assistidas de 2005 a 2009 apontam 11 transferências hospitalares, sendo nove submetidas a cesariana. A maioria das que pariram no domicílio apresentou batimentos cardíacos fetais (94,0%) e evolução no partograma normais (61,0%), adotou posição vertical na água, no período expulsivo (71,9%), e os recém-nascidos receberam Apgar do 5º minuto  $\geq 7$  (98,9%). A frequência de episiotomia foi 1,0%, 49,4% não necessitaram sutura perineal. Os resultados indicam que o parto domiciliar é seguro.

**DESCRITORES: Parto Domiciliar. Parto Humanizado. Parto Normal. Enfermeiras Obstétricas. Enfermagem Obstétrica.**

---

### ABSTRACT

A cross-sectional study was performed to analyze obstetric and neonatal results of planned home births assisted by obstetric nurses in the city of Florianópolis, Southern Brazil. Data collected from the medical records of 100 parturient women cared for between 2005 and 2009 indicated 11 hospital transfers, nine of which underwent a Cesarean section. The majority of women who had a home birth showed normal fetal heart beat (94.0%) and progress on the partogram (61.0%), vertical water delivery was the position most frequently chosen (71.9%), newborns had an Apgar score  $\geq 7$  at five minutes (98.9%), episiotomy was performed in 1.0%, and 49.4% did not need perineal suturing. Outcomes indicated that planned home birth is safe.

**DESCRIPTORS: Home Childbirth. Humanizing Delivery. Natural Childbirth. Nurse Midwives. Obstetrical Nursing.**

<sup>I</sup> Maternidade Carmela Dutra. Florianópolis, SC, Brasil

<sup>II</sup> Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde (CCS). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil

<sup>III</sup> Departamento de Patologia, Programa de Pós-graduação em Patologia. Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Botucatu, SP, Brasil

<sup>IV</sup> Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. CCS-UFSC. Florianópolis, SC, Brasil

#### Correspondência | Correspondence:

Joyce Green Koettker  
Rod. Admar Gonzaga, 841  
Apto 917 bloco A  
Itacorubi  
88034-000 Florianópolis, SC, Brasil  
E-mail: joycegreen@yahoo.com.br

Recebido: 18/7/2011  
Aprovado: 10/2/2012

Artigo disponível em português e inglês em:  
[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

## INTRODUÇÃO

O domicílio é uma opção de local parturitivo em diversos países como Canadá,<sup>3</sup> Austrália<sup>5</sup> e Países Baixos.<sup>4</sup> Publicações internacionais mostram que a assistência domiciliar planejada é tão segura quanto a hospitalar.<sup>3,4</sup> Apesar de não recomendar o parto domiciliar, por considerar que apresenta um risco de morte neonatal aumentado em relação ao parto hospitalar, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia relata que esse risco é baixo e o número de intervenções é menor nessa modalidade de assistência.<sup>2</sup>

O atendimento ao parto domiciliar planejado vem crescendo nos centros urbanos brasileiros.<sup>1</sup> Em Florianópolis, SC, o aumento pode estar relacionado à atuação de enfermeiras obstétricas da “Equipe Hanami (o florescer da vida) – parto domiciliar planejado”.<sup>a</sup>

A avaliação dos resultados obstétricos e neonatais de partos domiciliares planejados é difícil, já que os dados oficiais do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) fundem os nascimentos fora do hospital (planejados ou não). É necessário avaliar sistematicamente esse tipo de atenção para gerar indicadores.

O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas.

## MÉTODOS

Estudo transversal retrospectivo cuja amostra foi composta por todas as mulheres e recém-nascidos (RN) com partos planejados assistidos no domicílio pelas enfermeiras da Equipe Hanami, de janeiro/2005 a dezembro/2009 em Florianópolis.

A equipe é composta por três enfermeiras obstétricas e quatro enfermeiras generalistas e conta com o apoio de dois médicos obstetras, que acompanham a maioria das gestantes no pré-natal. As mulheres com gestação de baixo risco são triadas por meio de um protocolo. O atendimento é privado. O pré-natal com as enfermeiras é realizado semanalmente, a partir da 37ª semana de gestação, até o parto. No dia do parto a equipe leva o material necessário para o atendimento, incluindo suporte básico de vida para os casos de intercorrências. O acompanhamento da puérpera e do RN ocorre no 1º, 3º, 4º e 10º dias pós-parto.<sup>a</sup>

A amostra e as variáveis avaliadas foram obtidas dos registros realizados pelas enfermeiras durante o atendimento prestado. A coleta dos dados ocorreu por meio de formulário padronizado, digitados no programa EpiInfo 2008 e analisados por estatística descritiva (frequência e porcentagem).

A pesquisa seguiu os princípios da Declaração de Helsinki e da Resolução nº 196/96. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina em 14/12/2009 sob o certificado número 552.

## RESULTADOS

Das 102 mulheres assistidas pelas enfermeiras no domicílio, 100 atenderam aos critérios de inclusão. Desse total, 11 foram transferidas para uma instituição de saúde durante o trabalho de parto, e nove delas realizaram cesariana.

A idade mediana das mulheres foi de 28 anos (21-43), a maioria (53) concluiu o ensino superior e era primípara (73). Nove mulheres tinham cesariana prévia e, destas, cinco pariram no domicílio.

A deambulação livre foi prerrogativa do cuidado no parto, assim como a liberdade de movimentação e de alimentação. Foi realizada amniotomia em 8 parturientes. Não houve alterações dos batimentos cardíacos fetais em 94 dos casos; em 61 o traçado do partograma manteve-se normal. O tempo transcorrido entre a primeira avaliação e o parto foi menor que cinco horas em 46 casos (Tabela).

As mulheres foram apoiadas por acompanhantes durante o parto, 60 delas tiveram mais de um e 98 contaram com a presença do companheiro.

Predominou o parto vertical na água e praticamente metade da amostra não necessitou de sutura perineal. Todos os RNs foram colocados em contato pele a pele logo após o nascimento e 70,8% apresentaram sucção efetiva na primeira hora de vida (Tabela).

Do total de RNs assistidos no domicílio, a mediana de peso foi 3.300 gramas (2.470-4.300) e apenas um RN apresentou Apgar menor de 7 no 5º minuto, mas recuperou rapidamente, após os cuidados prestados. Um RN foi transferido após o nascimento, por apresentar epidermólise bolhosa não diagnosticada no pré-natal.

Outras variáveis obstétricas e neonatais estão descritas na Tabela.

## DISCUSSÃO

Os resultados obstétricos e neonatais obtidos são semelhantes aos das pesquisas realizadas em países nos quais essa prática, desenvolvida pelas *midwives*, é respeitada e reconhecida pelo sistema de saúde. Na amostra estudada, a taxa de transferência materna foi

<sup>a</sup> Feyer ISS, Silva J, Koettker JG, Calvette MF, Burigo RA, Collaço VS. O florescer da vida: parto domiciliar planejado, orientações para gestação, parto e pós-parto. Florianópolis: Lagoa; 2009.

**Tabela.** Assistência obstétrica e neonatal no atendimento ao parto domiciliar planejado. Florianópolis, SC, 2005-2009. (n=89)

Variável	n	%
Tempo dilatação/expulsão		
5 min a 4:59 min	41	46,1
5 horas a 9:59 min	27	30,3
10 horas a 14:59 min	16	18,0
15 horas a 19:59 min	5	5,6
Posição de parto		
Vertical na água	64	71,9
Vertical/De lado ou Sims fora da água	25	28,1
Líquido amniótico meconial no parto	7	7,0
Condições do períneo		
Sem trauma ou sem sutura	44	49,4
Laceração de 1º grau com sutura	42	47,2
Episiotomia	1	1,1
Sem registro	2	2,2
Contato pele a pele	89	100,0
Amamentação na 1ª hora pós-parto		
Sim	63	70,8
Não	24	27,0
Sem registro	2	2,2
Medicação no pós-parto		
Nenhuma	74	83,1
Ocitocina	8	8,9
Outra	7	7,9
Sem registro	1	1,1
Apgar do 5º minuto		
< 7	1	1,1
≥ 7	88	98,9
Classificação do recém-nascido		
Pequeno para a idade gestacional	1	1,1
Adequado para a idade gestacional	81	91,0
Grande para a idade gestacional	7	7,9
Capurro		
37 a 38 semanas	18	20,2
39 a 41 semanas	70	78,7
> 42 semanas	1	1,1

menor do que a encontrada em outras pesquisas,<sup>1,3,5</sup> e a de transferência neonatal<sup>1,5</sup> e de necessidade de cesariana<sup>1,3,5</sup> foram similares. O número de mulheres com cesariana prévia que pariram no domicílio foi superior ao encontrado na literatura internacional.<sup>5</sup>

A faixa etária das mulheres, considerada de baixo risco reprodutivo, e elevado grau de escolaridade são semelhantes a outras amostras estudadas no Brasil e no exterior.<sup>1,3,5</sup>

A porcentagem de primíparas foi maior que nos estudos realizados no exterior,<sup>3-5</sup> mas semelhante ao estudo realizado em São Paulo, SP, podendo ser uma característica das mulheres que procuram esse tipo de local parturitivo no Brasil.<sup>1</sup>

Os dados referentes ao trabalho de parto são similares a estudo no Canadá<sup>3</sup> e mostram a não utilização de fármacos e a baixa porcentagem de amniotomia, que foi realizada apenas nos casos indicados (parada da progressão da dilatação e cruzamento da curva de alerta no partograma). No entanto, ambos os procedimentos foram expressivamente menos frequentes do que nos hospitais e centros de parto normal brasileiros.<sup>b</sup>

O tempo de trabalho de parto acima de cinco horas pode ser atribuído ao elevado número de mulheres que estavam na fase latente do trabalho de parto no início do acompanhamento e de primíparturientes. Entretanto, a duração do trabalho de parto foi menor do que a encontrada nos parâmetros descritos pelo Ministério da Saúde.<sup>c</sup>

O ambiente domiciliar possibilitou que a mulher fosse apoiada por mais de uma pessoa da sua rede social, inclusive a de outros filhos, o que favorece o vínculo familiar. O não cumprimento da “Lei do acompanhante” pelas instituições de saúde<sup>d</sup> pode ser uma das razões que motivaram a opção pelo domicílio.

As mulheres tiveram a possibilidade de livre escolha sobre as posições adotadas no trabalho de parto e a assumida no período expulsivo. Dados sobre essa prática são escassos, mas apontam que as mulheres assistidas em casa optam por posições não litotômicas.<sup>1</sup>

Com relação aos desfechos do parto, a taxa de líquido meconial foi baixa, resultado que pode ter influenciado na elevada frequência de escore de Apgar  $\geq 7$ . Houve apenas uma transferência de RN para unidade de terapia intensiva neonatal, mas não foi relacionada com a assistência prestada. A reduzida taxa de episiotomia foi semelhante à de outras pesquisas realizadas no Brasil,<sup>1</sup> Canadá<sup>3</sup> e Austrália.<sup>5</sup> Em contrapartida, em âmbito hospitalar, no Brasil, em 2006, a episiotomia foi realizada em 70% das parturientes submetidas ao parto normal.<sup>d</sup> A ausência de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto pode ter contribuído para bons resultados obstétricos e neonatais.

<sup>b</sup> Schenek CA. Estudo comparativo dos resultados maternos e perinatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital - São Paulo (SP) [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2009.

<sup>c</sup> Ministério da Saúde (BR). Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2003.

<sup>d</sup> Ministério da Saúde (BR). PNDS 2006. Pesquisa nacional e demográfica e saúde da criança e da mulher. Relatório. Brasília; 2008.

Entre as limitações do estudo destacam-se a coleta retrospectiva dos dados e amostra reduzida. Um potencial viés deve-se ao fato de serem mulheres que optaram pelo domicílio por acreditarem no seu poder parturitivo e desejarem uma assistência não intervencionista.

Nossos dados foram comparados, em sua maioria, com dados internacionais de atendimento domiciliar planejado realizado por *midwife*, uma vez que há poucos dados publicados sobre esse tipo de assistência no Brasil.

Este estudo de avaliação da assistência ao parto domiciliar planejado contribui para divulgação e credibilidade dessa modalidade de atendimento em tela, além de dar maior visibilidade à atuação autônoma das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto. As transferências, quando necessárias, foram realizadas sem intercorrências e os dados mostram resultados seguros para o binômio mãe-RN. Os achados preenchem uma lacuna existente nas publicações nacionais e indicam a necessidade de outras investigações sobre essa prática no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. 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.  
DOI:10.1503/cmaj.081869
2. Committee opinion. Planned home birth. *Obstet Gynecol*. 2011;117(2):425-8.  
DOI:10.1097/AOG.0b013e31820eee20
3. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. 2009;181(6-7):377-83.
4. Jonge A, Goes VD, Ravelli ACJ, 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.  
DOI:10.1111/j1471-0528.2009.02175.x
5. 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.

---

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Koettker JG apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina em 2010. Os autores declaram não haver conflitos de interesse.