

# O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO SOB A ÓTICA DE UM GRUPO DE PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL DE ENSINO

## Resumo

Objetivo: compreender a opinião de profissionais de saúde sobre o parto domiciliar planejado. Método: estudo exploratório e qualitativo, realizado com 15 profissionais de saúde, entre enfermeiros, médicos obstetras e neonatologistas de um hospital de ensino. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, áudio gravadas e transcritas. Utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin para análise dos dados. Resultados: os relatos deram origem a duas categorias temáticas: a) Parto domiciliar: uma possibilidade, com critérios e b) Parto domiciliar: uma miscelânea de conceitos, opiniões e interpretações. Conclusão: apesar dos profissionais de saúde reconhecerem os principais critérios de elegibilidade para o parto domiciliar planejado, percebe-se que não existe clareza sobre o processo de trabalho na assistência ao parto em domicílio, o que gera opiniões e impressões sem adequada fundamentação científica.

Descritores: Saúde da mulher; Obstetrícia, Parto domiciliar; Pessoal de Saúde.

## INTRODUÇÃO

Há algumas décadas, o parto domiciliar planejado é uma opção reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desde que a assistência seja realizada por um profissional de saúde habilitado e qualificado<sup>(1)</sup>. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) declara que, embora o parto domiciliar planejado não faça parte das políticas atuais de saúde no país, o mesmo não deve ser desencorajado às multíparas de baixo risco gestacional, para as quais deve ser assegurado o acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência<sup>(2)</sup>.

De acordo com a literatura atual, o parto domiciliar está relacionado a resultados maternos e fetais satisfatórios, tais como maior taxa de partos espontâneos e de satisfação materna, menores chances de intervenção e cirurgia cesariana, menor risco de distócia fetal e hemorragia pós-parto, além de taxas semelhantes para morbimortalidade neonatal quando comparados o ambiente hospitalar e domiciliar<sup>(3-6)</sup>.

Na ótica das mulheres, a literatura aponta que a insatisfação com o modelo obstétrico hospitalar vigente é um dos principais motivos que justificam a escolha pelo parto domiciliar planejado<sup>(4-7)</sup>, uma vez que a assistência intra-hospitalar é vista como um atendimento despersonalizado, baseado em normas e rotinas inflexíveis, que se apropria do momento de vulnerabilidade materna para impor condutas e procedimentos de forma arbitrária, sem considerar o diálogo e as decisões maternas, além de compreender o parto como um processo patológico<sup>(4-7)</sup>.

Neste contexto, as estatísticas mostram uma tendência de crescimento nas taxas de parto domiciliar no âmbito nacional e mundial. Nos Estados Unidos, por exemplo, a taxa de parto domiciliar planejado aumentou 77,0% de 2004 a 2017<sup>(8)</sup> e no Brasil observa-se o mesmo fenômeno nas regiões mais urbanizadas do país (Sul, Sudeste e Centro-Oeste) no período de 2010 a 2017, sendo a categoria da enfermagem obstétrica a que adere de forma majoritária a este modelo de atendimento<sup>(9)</sup>.

Embora exista uma vasta produção internacional sobre o tema, uma recente revisão da literatura sobre o parto domiciliar mostra que a produção nacional sobre esta temática ainda apresenta lacunas, e

retrata, principalmente, os desfechos maternos e neonatais deste tipo de assistência<sup>(4)</sup>, além das motivações maternas que justificam a escolha de parir em casa<sup>(4-7)</sup>.

Diante deste panorama, esta pesquisa se propôs a investigar a opinião de médicos e enfermeiros de um hospital de ensino sobre o parto domiciliar planejado, ampliando a discussão desta temática entre profissionais de saúde que não estão diretamente envolvidos com esta modalidade de assistência.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e qualitativa. O público alvo deste estudo foram profissionais de saúde que trabalham em um hospital universitário público, localizado no interior do estado de São Paulo. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: profissionais graduados em medicina ou enfermagem, com especialização em obstetrícia ou neonatologia; alocados em uma das três unidades (Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e/ou Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) do Hospital Estadual Sumaré-SP, sem dificuldades para comunicação verbal.

O número de participantes deste estudo foi definido utilizando-se o conceito de “ponto de saturação”, o qual é amplamente utilizado em investigações qualitativas<sup>(10)</sup>. Considera-se que o ponto de saturação é alcançado quando os novos participantes passam a repetir informações que já foram mencionadas em entrevistas anteriores e o acréscimo de novos conteúdos deixa de ser necessário, visto que não altera a compreensão do fenômeno estudado<sup>(10)</sup>.

A amostra foi definida por conveniência e os participantes foram recrutados a partir da técnica de amostragem por bola de neve (Snowball Sampling). Nesta técnica os primeiros entrevistados indicam os próximos, que por sua vez, indicarão outros e assim por diante<sup>(11)</sup>, até o momento em que as novas informações passam a ser repetidas (ponto de saturação)<sup>(10)</sup>. Neste percurso, 15 profissionais de saúde foram indicados e convidados à participação, sendo que não houve nenhuma recusa.

Os dados foram coletados no período de agosto de 2019 à dezembro de 2020, através de um roteiro-guia semiestruturado, composto por duas partes: 1- Perfil sociodemográfico e 2- Entrevista semiestruturada, contendo três perguntas abertas disparadoras: a) Qual sua opinião sobre o parto domiciliar planejado? b) Na sua opinião, toda mulher pode parir em casa? c) Você acha que esse tipo de parto pode trazer benefícios e/ou malefícios para a mãe e bebê?

As entrevistas foram realizadas durante o plantão do profissional, em um momento em que o mesmo julgasse pertinente, e tiveram duração média de 10 min. As mesmas foram audiogravadas e imediatamente transcritas pela pesquisadora.

Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo proposta por Bardin, a qual compreende uma técnica de tratamento dos dados que visa obter, através de procedimentos sistemáticos, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às mensagens e o desvelamento das relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas<sup>(12)</sup>.

A Análise de Conteúdo prevê três fases fundamentais que foram seguidas no tratamento das entrevistas realizadas: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação)<sup>(12)</sup>.

Visando o rigor metodológico do estudo, utilizou-se o checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) durante o processo de produção dos dados.

Para garantir o anonimato, os entrevistados foram identificados pela letra “P” seguida de um número aleatório. A pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde

e foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos para pesquisas que envolvem seres humanos. O estudo seguiu as normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos dispostas na Resolução CNS 466/2012 e/ou Resolução CNS 510/2016, obtendo parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com protocolo nº 3.294.813. Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS e DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 15 profissionais de saúde, entre médicos e enfermeiros com diferentes especializações, conforme tabela abaixo:

<b>Profissão</b>	<b>Especialidade</b>	<b>N</b>
Médico	Obstetrícia	5
	Neonatologia	2
Enfermeiro	Obstetrícia	6
	Neonatologia	2
<b>Total</b>		15

**Tabela 1- Profissão e especialização dos participantes. Campinas-SP, 2020.**

Dentre os participantes, 13 (86,66%) era do sexo feminino e 2 (13,33%) do sexo masculino, a faixa etária média foi de 35 anos, variando no intervalo de 25 a 58 anos, e o tempo médio de trabalho na instituição foi de nove anos.

A análise dos dados permitiu a construção de duas grandes categorias temáticas que foram nomeadas como A) Parto domiciliar: uma possibilidade, com critérios e B) Parto domiciliar: uma miscelânea de conceitos, opiniões e interpretações.

### **a) Parto domiciliar: uma possibilidade, com critérios**

A maioria dos participantes (n=14, sendo 6 médicos e 8 enfermeiros) citou que o parto domiciliar é uma opção viável às mulheres, desde que sejam adotados alguns critérios de elegibilidade. Dentre os critérios mencionados, a estratificação do risco gestacional apareceu como o mais relevante, o que pode ser percebido nos depoimentos abaixo:

“Acho que existe critério! (...) depende da gestação, do pré-natal, da condição materna, da... é, é multifatorial! Acho que não são todas [mulheres] que podem não!” (P4)

“Desde que ela tenha todas as condições favoráveis, que ela não tenha nenhuma comorbidade, né... Esteja tudo bem com o pré-natal dela...” (P12)

“Se for um pré-natal de baixo risco, sem nenhuma alteração durante a gravidez... Alto risco não tem a possibilidade de se arriscar assim.” (P2)

“(…) Não dá para ser um pré-natal mal feito ou não teve nenhuma avaliação da mãe e do bebê, e só achar que vai nascer em casa que vai dar tudo certo. Tem risco de dar errado…” (P14)

“Não acho que toda mulher poderia parir em casa. Acho que tem vieses, (…) risco no pré-natal, risco de ser um bebê de risco… Não. Toda [mulher] não. Mães de baixo risco. As de alto risco precisa ser adequadamente acompanhadas em um serviço adequado.” (P3)

A identificação deste critério de elegibilidade para o parto domiciliar demonstra que os participantes reconhecem um dos principais pilares que sustentam esta opção, uma vez que, segundo a literatura, a gestação de baixo risco, ou risco habitual é descrita como pré-requisito essencial para o parto domiciliar<sup>(2,13-16)</sup>, já que a existência de qualquer condição de saúde que aumente o risco materno ou fetal torna a opção de parto domiciliar perigosa para o binômio<sup>(16)</sup>.

Somado a este aspecto, outras questões foram levantadas pelos participantes no que diz respeito aos critérios necessários para a vivência do parto domiciliar planejado, como descritos a seguir:

“[...] se for para ter um parto domiciliar, desde que tenha uma equipe de apoio (...) desde que tenha uma retaguarda.” (P11)

“Esse tipo de parto precisa de uma preparação... Uma estrutura, uma equipe preparada, né, que saiba conduzir esse parto, que sabia agir caso alguma coisa não saia como o planejado. Uma orientação para essa gestante, para que ela saiba também tudo o que pode acontecer, estar preparada para essas situações. E suporte! Dá família, dos profissionais que estão atendendo esta mulher, do parceiro. Acho que o mais importante é esta estrutura.” (P8)

“Acho que são necessários critérios! Explicar para essa mulher certinho o porquê ela não pode parir em casa. E se sim, há a necessidade de um preparo profissional, de entender que pode acontecer alguma coisa errada e estar preparada para tomar atitude. Avaliar o percurso até o hospital, se é uma coisa viável. Tudo tem que ser bem estruturado e a equipe preparada.” (P8)

“Tudo precisa ser conversado e é necessário que haja uma decisão conjunta entre o casal e a equipe. Que deve ser preparada e estruturada para atender essa gestante.” (P8)

Percebe-se que os participantes relataram necessidade de habilidade e preparo técnico dos profissionais que atendem o parto domiciliar, especialmente para que seja garantida a adequada atuação frente a possíveis intercorrências. Neste aspecto, a literatura afirma que, para o atendimento de um parto em casa, é necessário que o profissional seja capacitado para atuar nas urgências e emergências obstétricas e neonatais, assim como consiga identificar possíveis complicações obstétricas que necessitem de encaminhamento para um serviço de referência<sup>(16-17)</sup>. Em relação aos profissionais habilitados no atendimento ao parto domiciliar planejado, destaca-se a enfermeira, a qual possui respaldo legal para atuar na assistência ao pré-natal e parto normal de risco habitual<sup>(2,5,14)</sup>.

Uma vez que o parto domiciliar planejado vem crescendo em todo o país e que o número de equipes de enfermeiras obstetras que se dedicam a este atendimento aumentou significativamente<sup>(14)</sup>, cabe ressaltar que, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o enfermeiro obstetra possui competência científica, técnica e legal para a condução do parto domiciliar sem distócia<sup>(14,18)</sup>. Na

assistência domiciliar, essas especialistas devem ter habilidades específicas para realizar uma avaliação contínua, identificando precocemente os sinais de riscos, oferecendo suporte básico de vida e estabilizando as mulheres e os neonatos, até a transferência hospitalar, nos casos de intercorrências <sup>(2,5)</sup>.

Apesar dos entrevistados reforçarem a importância da qualificação profissional para o atendimento ao parto domiciliar planejado, não houve menção sobre qual profissional de saúde pode atuar neste cenário. Sobre este aspecto, é importante salientar que o Conselho Federal de Medicina (CFM), desde de 2012, recomenda que a realização do parto ocorra, preferencialmente, em ambiente hospitalar. Além disso, nos últimos anos, diversos conselhos regionais da categoria têm emitido pareceres desaconselhando e até mesmo proibindo a atuação destes profissionais na assistência ao parto domiciliar.

Outro aspecto citado pelos participantes é a decisão conjunta entre equipe de atendimento e mulher/casal/família. Este é um importante aspecto na discussão sobre o parto domiciliar, já que a escolha pelo local de parto é entendida como um direito reprodutivo básico, que respeita a autonomia e o protagonismo materno <sup>(14-16,19)</sup>. Sobre este ponto, recomenda-se que as mulheres recebam informações precisas e livre de preconceitos, que contemplem os riscos e os benefícios de cada local de parto, a probabilidade de serem transferidas para uma maternidade, as razões que justificariam esta medida e o tempo necessário para tal, para que possam fazer suas escolhas de forma consciente e informada <sup>(2,15-16)</sup>. Além disso, as mulheres devem compreender e reconhecer os limites da assistência ao parto em domicílio, o que se caracteriza como uma estratégia para aumentar a segurança neste cenário <sup>(16)</sup>.

A literatura recomenda que a decisão pelo parto domiciliar seja formalizada por meio de um documento, que pode ser um contrato elaborado em comum acordo entre as partes, constando ciência e assinatura dos interessados <sup>(20)</sup>. Além disso, sugere-se que este documento acompanhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fim de garantir o registro das informações discutidas entre a equipe e o casal/família, como as condutas a serem tomadas no caso de intercorrências/complicações obstétrica e/ou neonatais, incluindo as ações que serão realizadas em situação de transferência eletiva ou de emergência para um serviço de saúde <sup>(20)</sup>. Os participantes citaram a necessidade de avaliação do percurso até o hospital e da presença de retaguarda durante o atendimento. Sobre este quesito, tanto o MS, como as diretrizes internacionais de países que mantêm o parto domiciliar integrado ao sistema de saúde, endossam que, às mulheres que optarem por parir em domicílio deve ser assegurado o acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade <sup>(2,15-17)</sup>. Além disso, alguns aspectos são citados como componentes críticos para garantia dos melhores resultados nos partos domiciliares planejados, tais como: a) ótima integração dos profissionais de atendimento ao sistema de saúde; b) comunicação efetiva entre o hospital e as equipes de atendimento, c) sinalizações específicas para o transporte de emergência e d) um caminho pré-estabelecido para o encaminhamento a um hospital em caso de complicações <sup>(15-16)</sup>.

A comunicação efetiva e antecipada entre equipes de atendimento e serviços de saúde se justifica por diversos motivos. Inicialmente porque o gerenciamento de transferências pode ser muito favorecido se o hospital já possui informações prévias da mulher a ser atendida. Em segundo lugar, informar o hospital de uma emergência clínica permite que o serviço de saúde antecipe a sua chegada e organize o atendimento de modo que o cuidado às parturientes já internadas não seja negativamente impactado <sup>(16)</sup>.

Considerando o contexto atual, vale destacar que as enfermeiras obstétricas da maior parte dos estudos publicados na atualidade trabalham com um profissional médico obstetra na retaguarda, em equipe multiprofissional, não com o intuito de “supervisionar” suas atividades, mas com o objetivo de

garantir todo o aporte de segurança necessário caso o binômio mãe-bebê viesse a precisar de uma assistência medicamentosa e/ou invasiva hospitalar<sup>(14)</sup>.

Ainda assim, as equipes que atendem parto domiciliar no país enfrentam diversos desafios, uma vez que o parto domiciliar planejado permanece à margem do sistema de saúde do Brasil, sem uma regulamentação específica<sup>(14)</sup> e, portanto, sem a adequada integração com o sistema de saúde local. Apenas um dos participantes levantou esta questão, como consta no discurso abaixo:

“Não sou muito favorável porque acho que a gente não tem um serviço de saúde tão integrado pra ter um parto domiciliar com uma assistência adequada. Por mais planejado que seja sempre acaba... SAMU, correria, maternidade não está esperando... então a gente ainda não tem um fluxo adequado pra ter esse serviço aqui... bem adequado pra paciente.” (P14)

Assim, percebe-se que a maioria dos profissionais de saúde que participou desta pesquisa possui conhecimento adequado sobre os critérios de elegibilidade, bem como com os fatores que precisam ser levados em consideração na decisão pelo parto domiciliar, o que é bastante satisfatório tendo em vista o grau de polêmica que envolve esta temática.

#### **b) Parto domiciliar: uma miscelânea de conceitos, opiniões e interpretações**

Com exceção da temática sobre os critérios de elegibilidade, a qual foi praticamente unânime entre os participantes, o restante das falas demonstrou uma verdadeira miscelânea entre conceitos, opiniões pessoais e interpretações questionáveis sobre o parto domiciliar. No que se refere aos riscos e à atuação da equipe no domicílio, foram citadas diversas situações, tais como:

“Não é que eu acho, eu tenho certeza que [o parto domiciliar] implica riscos para gestante e para o bebê. Risco de hemorragia, risco de uma assistência mais demorada ao recém-nascido, no caso de necessidade de reanimação.” (P6)

“Eu acho que no domicílio, se tiver alguma intercorrência tanto com o bebê como com a mãe, você não tem tempo hábil de tomar uma providência. Então, você acaba colocando tanto a mãe quanto o bebê em risco.” (P8)

“Então tem alguns casos em particular que eu acho que se a mulher parir em casa, esse tempo de deslocamento para o hospital pode comprometer o futuro da criança.” (P3)

“Acho que um risco de anóxia, se não tiver um pediatra para atender o bebê. Uma mãe que possa ter uma convulsão, um choque hipovolêmico, demorar para ser atendida e eventualmente ir à óbito.” (P13)

“A gestante tem um risco de evoluir para uma hipotonia ou atonia uterina, vai aumentar muito o sangramento dela, e se não conseguisse ser revertida com massagem? Ela precisaria rapidamente ter acesso venoso pegado, transfusão de sangue e talvez até uma histerectomia.” (P2)

“E se o bebê precisar de VPP, precisar de qualquer cuidado, [...] de um oxigênio. Você não vai colher a gaso {gasometria} rapidão para ver se ele anoxiou ou não... Perde tanto parâmetro para saber se ele ficou bem, se vai ficar bem ou não. Então meio que você perde a chance de reverter aquilo.” (P2)

“Eu sou contrário ao parto domiciliar planejado, porque eu acredito que em um ambiente hospitalar, a paciente tem uma maior segurança. Tanto a mãe como o bebê. Porque por mais que o parto seja uma situação fisiológica que numa situação de baixo risco a tendência é ocorrer tudo bem, mas sempre tem riscos envolvidos, então na minha opinião o parto tem que ser sempre hospitalar.” (P6)

“Uma distócia, o bebê desce e você ausculta uma bradicardia e a gente sabe que esse tempo de bradicardia já mostra que é uma acidose para criança, né? Essa bradicardia gera uma acidose, e se você não está no ambiente hospitalar, essa acidose compromete o sistema nervoso dessa criança. Se você não fizer uma intervenção rápida. Seja um fórceps, seja uma cesárea.” (P3)

“(…) o que a gente fica preocupada no parto domiciliar é se vai ter uma assistência adequada, assim como é no hospital” (P5)

“Se for planejado, com um médico, com recursos para o bebê e para a mãe e se tiver uma ambulância de UTI na porta.” (P13)

“Não. Na minha opinião, toda mulher deveria parir no hospital.” (P6)

A interpretação destas falas mostra que os participantes entendem que o parto domiciliar planejado envolve mais riscos do que o parto hospitalar. No entanto, a literatura aponta que no cenário domiciliar, a mulher está exposta à menos riscos, pois estão menos propensas a receberem intervenções medicamentosas, como indução do parto e analgesia farmacológica<sup>(3,6,21)</sup>, a sofrerem episiotomia<sup>(21)</sup> e lacerações perineais de terceiro ou quarto grau<sup>(21)</sup>. Além disso, no parto domiciliar planejado é menos provável a ocorrência de complicações do trabalho de parto<sup>(6)</sup>, hemorragia<sup>(3,21)</sup>, infecção pós-parto<sup>(21)</sup>, distócia fetal<sup>(3)</sup> e reanimação neonatal<sup>(6)</sup>. Em virtude destes achados, nota-se uma discordância entre a fala dos participantes e as informações disponíveis na literatura atual, demonstrando ausência de fundamentação científica consistente nas argumentações desses profissionais de saúde.

Tais dados endossam que a prática de um modelo de atenção intraparto minimamente intervencionista é um dos aspectos responsáveis pelos bons resultados na assistência ao parto domiciliar, especialmente quando associada à cuidadosa triagem das mulheres e a adequada integração deste modelo com o sistema de saúde local<sup>(22)</sup>. Neste sentido, percebe-se que existe uma fragilidade na compreensão da causalidade de grande parcela das complicações do processo de parto, pois, embora possam ocorrer fatalidades durante um atendimento, sugere-se que o modelo assistencial de caráter intervencionista, muito praticado no ambiente hospitalar na atualidade brasileira, pode ser um fator crucial na ocorrência de complicações e consequente necessidade de cuidados avançados, o que não se aplica para o ambiente doméstico.

Além disso, diferentemente do modelo assistencial praticado no parto domiciliar, o modelo de atenção ao parto com uso excessivo de intervenções, não encontra respaldo em estudos internacionais<sup>(23)</sup>, está relacionado com menor índice de satisfação materna<sup>(22)</sup> e pode trazer importantes prejuízos à saúde da mulher e do recém-nascido<sup>(23)</sup>. Ademais, a literatura mostra que o cuidado intraparto com o mínimo de intervenção representa um dos pilares para uma experiência de parto positiva<sup>(22)</sup>, o que pode contribuir com o alto índice de satisfação materna com a experiência do parto domiciliar planejado.

Dessa maneira, ressalta-se a necessidade de compreensão deste possível fenômeno de causa-efeito, o qual envolve o uso abusivo de intervenções e a consequente ocorrência de intercorrências na assistência ao parto. O entendimento desta questão desconstrói a concepção predominante no senso comum, de que as mulheres que optam por parir em casa estão se colocando em eminente situação de risco, já que elas estão optando por um modelo de assistência menos intervencionista e, conseqüentemente, ficam menos sujeitas às complicações durante o atendimento.

Também foi possível perceber, nas falas dos participantes, que existe uma ideia de que as situações de urgência e emergência não conseguem ser bem manejadas no ambiente domiciliar (falta de tempo hábil para tomar uma providência, assistência mais demorada, ausência de insumos básicos, perda de tempo durante as transferências etc.). Sobre este aspecto, é importante ressaltar que não foi encontrado na literatura estudos que explicitem o processo de trabalho durante o atendimento a um parto domiciliar planejado que possam ser utilizados para afirmar ou refutar as argumentações levantadas, o que torna este assunto ainda bastante nebuloso e favorece a construção de diversos cenários no imaginário da sociedade.

Nesta conjuntura, nota-se a emergente necessidade de delineamento e divulgação de diretrizes e protocolos específicos sobre o atendimento ao parto domiciliar planejado, com intuito de clarear de forma minuciosa o processo de trabalho desenvolvido, incluindo os instrumentos e insumos de trabalho utilizados, o fluxo de atendimento, as medidas a serem tomadas diante das situações de urgência/emergência, o perfil e os pré-requisitos dos profissionais que prestam este atendimento entre outros importantes detalhes que podem favorecer a compreensão desta modalidade de atendimento para todos.

Sobre a questão do tempo gasto nas situações de transferência, um único estudo inglês se propôs a estimar a duração das transferências em partos domiciliares planejados e seus efeitos nos resultados neonatais <sup>(24)</sup>. Os pesquisadores encontraram que o tempo médio de transferência, o que inclui o período entre a tomada de decisão e o primeiro atendimento no serviço de saúde, foi de 49 minutos. Nas situações prévias ao nascimento, consideradas como potencialmente urgentes, esse tempo diminuiu cerca de 8-10 minutos, com mediana de 42 minutos. Neste estudo, a maioria das transferências não era de caráter urgente e as emergências e os resultados adversos foram incomuns. Com relação ao desfecho neonatal, foram encontrados resultados neonatais adversos em 1-2% das mulheres que deram à luz em até 60 minutos de transferência <sup>(24)</sup>.

Esses achados mostram que a transferência para o hospital não é uma condição frequente nos partos domiciliares planejados, e está associada à índices semelhantes de resultados adversos encontrados no ambiente hospitalar. No contexto brasileiro, uma revisão sistemática nacional sobre o parto domiciliar apontou uma taxa de transferência materna que varia em torno de 7,4 a 20%, ficando abaixo ou em torno do que é apresentado nos estudos internacionais <sup>(4)</sup>. Com relação à transferência de recém-nascidos, esta revisão detectou taxas entre 0,7 e 1% <sup>(4)</sup>, sendo que nenhuma transferência aconteceu em decorrência dos cuidados prestados ao parto ou do parto em si, e nenhum RN foi internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Outro estudo nacional apresentou taxas semelhantes, sendo 21,1% a de transferência materna e 1,2% a de recém-nascidos, sendo que nenhum dos casos apresentou desfecho negativo após a transferência. Essas informações descontrolam a impressão de que no parto domiciliar planejado as intercorrências neonatais



É importante destacar que nenhum dos entrevistados possuía experiência/vivência com o atendimento ao parto domiciliar planejado, sendo que alguns citaram situações em que mulheres chegaram transferidas de casa para o hospital, incluindo as situações planejadas e as não-planejadas. Logo, entende-se que um dos fatores que prejudica a visão dos profissionais sobre o parto domiciliar é o fato de presenciarem situações com desfecho negativo no ambiente hospitalar, como descrito no depoimento abaixo:

“Já tive casos, não aqui, (...) uma mãe, com gestação gemelar, que pariu em casa. [...] Então, aí decidiram por parto domiciliar... O primeiro nasceu e o segundo não nasceu... E ela chegou depois de horas no hospital... Primeiro ficou andando... E tudo por uma orientação de uma doula desorientada!” (P3)

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa mostrou que, ainda que os profissionais de saúde reconheçam os principais fatores de elegibilidade para o parto domiciliar planejado, observa-se que não há clareza em diversos pontos do processo de trabalho na assistência ao parto em domicílio, o que resulta em opiniões e impressões sem adequada fundamentação científica. Percebeu-se que estas opiniões sofrem interferência do modelo de assistência ao parto que é vivenciado e praticado por estes profissionais no ambiente hospitalar, bem como das experiências vividas em algumas situações de transferência provenientes de partos domiciliares, o que limita a compreensão do modelo assistencial praticado no domicílio.

Conclui-se, dessa forma, que existe uma emergente necessidade de serem amplamente divulgadas evidências científicas e informações mais detalhadas sobre o parto domiciliar planejado não somente para gestantes e famílias que se interessam por esta opção de parto, como também para os profissionais de saúde, em especial àqueles que poderão prestar atendimento à gestantes provenientes de partos domiciliares, como é o caso de médicos e enfermeiros que atuam em serviços obstétricos. Acredita-se que esta possa ser uma estratégia capaz de elucidar questionamentos, desmistificar determinados conceitos e/ou romper com pré-conceitos existentes sobre o parto domiciliar planejado.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
3. Rossi AC, Prefumo F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: a systematic review with meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018; 222:102-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.016>

4. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Cienc Saúde Colet.* 2020; 25(4):1433-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/141381232020254.13582018>
5. Santos SS, Boeckmann LMM, Baraldi ACP, Melo MC. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. *Rev Enferm UFSM.* 2018; 8(1):129-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769228345>
6. Doherty D, Nathan L, Hutchinson M, Somerville S, Hauck Y, Hornbuckle J. Planned home and hospital births in western Australia: 2002–2013. *Paediatr Child Health.* 2017; 53(Suppl. 2):3–17. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpc.13494> 72
7. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Social representations on home birth. *Esc Anna Nery.* 2015; 19(4):606-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150081>
8. MacDorman MF, Declercq E. Trends and state variations in out-of-hospital births in the United States, 2004-2017. *Birth.* 2019; 46(2):279-88. DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12411>
9. Ministério da Saúde (BR). Rede Interagencial de Informações para a Saúde. DATASUS. Nascimento por residência mãe por ano do nascimento segundo região/domicílio (2010-2017) [Internet]. 2017 [citado 2019 out 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
10. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(1):228-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
11. Naderifar M, Goli H, Ghaljaie F. Snowball Sampling: a purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides Dev Med Educ.* 2017; 14(3):e67670. DOI: <https://doi.org/10.5812/sdme.67670>
12. Bardin, L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS-CONITEC. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)
14. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Parecer Técnico CN SM/COFEN N°003/2019 dispõe sobre a Regulação e Prática da Enfermagem Obstétrica no espaço do parto domiciliar

planejado. 2019. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019\\_74671.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019_74671.html)

15. Canada. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada - SOGC. Statement of Planned Homebirth. J Obstet Gynaecol Can 2019; 41(2):223–227. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.08.008> Disponível em: <https://themidwivesclinic.ca/site/wp-content/uploads/Planned-home-birth-statement-.pdf>
16. Australian and New Zealand. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists - RANZCOG. Home Births. 2017. Disponível em [https://ranzcof.edu.au/RANZCOG\\_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Home-Births-\(C-Obs-2\)-Review-July-17.pdf?ext=.pdf](https://ranzcof.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Home-Births-(C-Obs-2)-Review-July-17.pdf?ext=.pdf)
17. Santos EVM, Lima CB. Parto domiciliar assistido: abordando a atuação do Enfermeiro Obstetra. Temas em Saúde. Vol.18, número 1. ISSN 2447-2131. João Pessoa- PB, 2018. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wpcontent/uploads/2018/04/18110.pdf>
18. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Nota Oficial N°001/2012/ASCOM. 2012. Disponível em [http://www.cofen.gov.br/nota-oficial-no-0012012ascom\\_15533.html](http://www.cofen.gov.br/nota-oficial-no-0012012ascom_15533.html)
19. American College of Nurse Midwives – ACNM. Midwifery Provision of Home Birth Services. J Midwifery Womens Health 2016; 61(1):127-33 DOI: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12431>
20. Conselho Regional de Enfermagem. Parecer técnico COREN/SC nº 023/CT/2016. Assunto: Parto Domiciliar Planejado. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>
21. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. E Clinical Medicine. 2020; 21: 100319. DOI: [10.1016/j.eclinm.2020.100319](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319)
22. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions Reprod Health. 2018; 15: 73. DOI: [10.1186/s12978-018-0511-x](https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x)
23. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública 2014; 30 (Supl 1): S17-S32. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

24. Rowe RE, Townend J, Brocklehurst P, Knight M, Macfarlane A, McCourt C. Duration and urgency of transfer in births planned at home and in freestanding midwifery units in England: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13:224. DOI: [doi:10.1186/1471-2393-13-224](https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-224)