

Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional

Planned home birth in Brazil: a systematic review

Thaís Peloggia Cursino (<https://orcid.org/0000-0002-4050-6984>)¹

Miria Benincasa (<https://orcid.org/0000-0003-1034-6999>)¹

Abstract *Planned home birth (PHB) has grown in Brazil, especially in large urban centers, in the face of women's dissatisfaction with the current obstetric system. International studies have demonstrated the security of PHB, but national production about this area is still limited. Thus, this study aimed to review the national bibliographic production about PHB between 2008 and 2018, in order to compile data related to PHB in Brazil. After survey, 18 studies were included in the review, and then subdivided into the following categories: "Maternal and neonatal outcomes of PHB", "Feelings, motivation and personal characteristics of women that choose PHB", "Perception of professionals that practice PHB" and "Theoretical approach to PHB". It was concluded that the PHB has grown between privileged portions of Brazilian population, representing the important practice of women's autonomy, presenting itself as a safe alternative place of birth, with a high degree of satisfaction of women and families. However, this model of assistance presents itself as a limited option, since the PHB is not offered by the Health System, still unaccessible to most of women in the country.*

Key words *Home birth, Tocology, Humanized Childbirth*

Resumo *O parto domiciliar planejado (PDP) tem crescido cada vez mais no Brasil, especialmente nos grandes centros urbanos, frente à crescente insatisfação das mulheres com o sistema obstétrico hospitalar vigente. Estudos internacionais demonstram a segurança do PDP, porém a produção nacional ainda é limitada nesta área. Desta maneira, este estudo objetivou revisar a produção bibliográfica nacional acerca de parto domiciliar entre os anos de 2008 e 2018, a fim de compilar dados relacionados ao PDP no Brasil. Após levantamento, 18 estudos foram incluídos na revisão, sendo subdivididos nas seguintes categorias: "Desfechos maternos e neonatais dos PDP", "Sentimentos, motivação e perfis associados à escolha pelo PDP", "Percepção dos profissionais que atendem PDP" e "Abordagem teórica do PDP". Concluiu-se que o PDP tem crescido entre parcelas privilegiadas da população, representando importante prática de exercício da autonomia da mulher em contraponto ao modelo obstétrico vigente, apresentando-se como alternativa segura de local de parto, com alto grau de satisfação para as mulheres e famílias. Este modelo de assistência, entretanto, apresenta-se como opção limitada, uma vez que o PDP não é oferecido pelo Sistema Único de Saúde, ainda inacessível para a maioria das mulheres no país.*

Palavras-chave *Parto domiciliar, Tocologia, Parto Humanizado*

¹ Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo. R. do Sacramento s/n, Imbetiba. 27913-150 São Bernardo do Campo SP Brasil. thaispeloggia@gmail.com

Introdução

A assistência obstétrica no Brasil é predominantemente hospitalizada e medicalizada, tendo em vista que mais de 99% dos nascimentos ocorre em ambiente hospitalar¹, em sua grande maioria assistidos por profissionais médicos².

Em inquérito sobre parto e nascimento realizado em âmbito nacional, constatou-se índices de cesariana superiores a 50% no Brasil. Na rede privada, tal dado toma assustadoras proporções de 88%, e no Sistema Único de Saúde (SUS) os nascimentos cirúrgicos chegam a 46%³. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que as taxas de cesárea fiquem entre 10% e 15%⁴. Desta maneira, além da vergonhosa posição de campeão mundial de cesariana⁵, nossos indicadores mostram-se demasiadamente acima das recomendações da OMS, expondo mulheres e bebês a riscos aumentados de maneira desnecessária, contribuindo para a alta taxa de prematuridade iatrogênica e mortalidade materna⁶.

Neste contexto, políticas públicas vêm sendo criadas já há alguns anos, no intuito de reduzir os índices de cesariana e, conseqüentemente, melhorar os indicadores materno infantis. Exemplos dessas políticas são a criação da política de humanização do parto e nascimento⁷, a inclusão da enfermeira obstetra no quadro de profissionais do SUS capacitados para assistência ao parto⁸, a criação de casas de parto e centros de partos normais⁹ e a instituição da Rede Cegonha¹⁰. No âmbito da Saúde Suplementar, o Projeto Parto Adequado é um exemplo de estratégia para melhorar os indicadores de saúde relacionados ao parto e nascimento¹¹. Tais iniciativas têm se mostrado positivas na melhora das práticas da assistência obstétrica, já demonstrando alguns resultados positivos, como a redução da taxa de cesarianas desnecessárias¹².

Apesar de tais iniciativas, o direito à escolha do local de parto ainda não é uma realidade para todas no Brasil. Em âmbito internacional, já é bem reconhecido que as mulheres devem ter acesso às informações de qualidade para então escolherem de maneira consciente o local de parto que mais se sentirem seguras^{13,14}. Além disso, é recomendação da OMS que as mulheres façam essa escolha baseadas em seu sentimento de segurança, seja em casa, casa de parto ou hospital¹⁵. Entretanto, o SUS não oferece a possibilidade de parto domiciliar dentro de seu quadro de procedimentos, deixando essa escolha somente para as mulheres que tenham condições de pagar tal assistência.

A alta incidência de medicalização no momento do parto e os altos índices de cesariana têm contribuído para que as mulheres questionem o modelo obstétrico vigente, passando a se informarem cada vez mais, tornando-se capazes de exercerem autonomia sobre esse momento de suas vidas, através da escolha informada¹⁶. Nesse contexto, ainda de maneira tímida, o parto domiciliar planejado (PDP) tem crescido nos grandes centros urbanos como alternativa a este modelo, assistido por parteiros profissionais (médicos, obstetras e/ou enfermeiros obstetras)¹⁷. Internacionalmente, a literatura sustenta a segurança desta modalidade de parto, porém a produção nacional ainda é limitada, sendo importante compilar os dados disponíveis a fim de compreender as questões envolvidas na decisão pelo PDP, seus desfechos e também na assistência ao mesmo, quando se trata da população brasileira. Diante desta realidade, considerou-se pertinente a revisão da produção científica nacional acerca do parto domiciliar planejado assistido, a qual o presente artigo teve como objetivo e se debruçará.

Método

Foi realizada uma revisão sistemática através do Método PRISMA¹⁸, utilizando-se como descritor a palavra-chave “parto domiciliar”. Foram consultadas as seguintes bases de dados: SciELO, MEDLINE, LILACS e BDENF – Enfermagem. Foi considerado o período de 2008 a 2018, resultando em 61 artigos para análise. Nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDENF – Enfermagem, através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) foi utilizado o filtro para “país/região como assunto”, selecionando as publicações relacionadas ao Brasil. Na base SciELO não é possível realizar tal seleção, a qual foi feita durante a categorização. Foram incluídas nesta revisão publicações que se associam de alguma maneira ao parto domiciliar planejado assistido por parteiras profissionais no Brasil, publicados em português ou em inglês, uma vez que a proposta desta revisão foi compilar a produção acerca da prática do PDP no Brasil, seja em periódicos nacionais ou internacionais. Os critérios de exclusão foram: a) publicações que fossem teses ou dissertações; b) publicações que não apresentassem a metodologia bem descrita; c) publicações sobre parto domiciliar atendido por parteiras tradicionais; d) artigos teórico-reflexivos. A busca nas bases de dados ocorreu no dia 3 de abril de 2018 e foi repetida em 10 de abril de 2018.

Das 61 referências encontradas, os motivos para exclusão foram: 20 estavam duplicados, 3 não se referiam ao parto domiciliar no Brasil, 1 abordava parto domiciliar não planejado, 5 não se enquadravam na temática proposta pela revisão, 6 estudos abordavam questões relacionadas ao parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais, 2 eram teses ou dissertações, 1 era teórico-reflexivo. Desta maneira, restaram 23 artigos para a segunda categorização.

Durante a segunda análise, 3 artigos foram excluídos por não se enquadrarem na temática proposta, restando 20 para a terceira análise que resultou na exclusão de mais duas referências. Um por abordar os níveis de exposição ao mercúrio e suas possíveis repercussões para crianças nascidas em casa na Amazônia e, durante a leitura, observou-se que os partos domiciliares em questão foram assistidos por parteiras tradicionais ribeirinhas, o que invalida o referido artigo para esta revisão. Outro, por deixar a desejar na qualidade metodológica, a qual não foi descrita detalhadamente, não contribuindo cientificamente para esta revisão. Por fim, 18 artigos foram selecionados para a revisão, os quais foram subdivididos em 4 categorias, a partir dos temas abordados por estes. As variáveis analisadas foram quantitativas e qualitativas, a depender da abordagem do estudo, e envolveram questões relacionadas às mulheres e casais que optaram pelo PDP e também aos profissionais que prestam assistência neste contexto, contemplando desfechos obstétricos e neonatais em PDP, características socioeconômicas e ideológicas dos casais que optaram pelo PDP, percepção dos profissionais e abordagem teórica acerca do tema.

Os artigos foram acessados através das bases de dados e, quando não disponibilizados na íntegra em tais bases, foram viabilizados através do serviço de bibliotecas da Universidade Metodista de São Paulo.

Resultados e discussão

A amostra de 18 artigos foi subdividida em 4 categorias: 1) “Desfechos maternos e neonatais dos partos domiciliares planejados”, englobando 5 artigos; 2) “Sentimentos, motivação e perfis associados à escolha pelo parto domiciliar”, com 10 artigos; 3) “Percepção dos profissionais que atendem partos domiciliares”, com 2 artigos e 4) “Abordagem teórica do parto domiciliar”, com 1 artigo. Os artigos encontram-se no Quadro 1.

Desfechos maternos e neonatais dos partos domiciliares planejados (PDP)

Dos estudos contemplados nesta categoria, três discorreram sobre os resultados de PDP (contando com 70, 100 e 212 mulheres que planejavam PDP, respectivamente)¹⁹⁻²¹, um sobre as transferências maternas e neonatais em PDP (com 11 transferências numa população de 100 mulheres que pretendiam ter PDP)²², e um comparou resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e múltiparas que optaram pelo PDP (comparando 73 primíparas com 27 múltiparas)²³. As transferências referidas nos estudos consistiram em remoções maternas para maternidades de referência que ofereçam serviço obstétrico, neonatal e anestésico 24 horas por dia, sejam essas remoções de caráter emergencial ou não.

Nos estudos contemplados nesta categoria, as características socioeconômicas predominantes das mulheres que optaram pelo PDP foram ensino superior completo (a incidência oscilou entre 53% e 71,4%) e exercício de atividade remunerada (entre 61,4% e 74,3%)¹⁹⁻²², dados semelhantes aos encontrados nos estudos internacionais^{24,25}, endossando o fato de que mulheres que optam pelo parto domiciliar geralmente possuem condição socioeconômica privilegiada e, conseqüentemente, maior acesso à informação de qualidade para tomarem essa decisão de maneira segura e informada. Ademais, essa caracterização socioeconômica não é inesperada, uma vez que o parto domiciliar é oferecido mediante honorários profissionais, tendendo então a ser direcionado a um público que seja capaz de arcar com esses custos.

Nos três estudos que caracterizaram a população que optou por PDP, a maioria das mulheres era primípara, diferentemente do que é apresentado na literatura internacional, que evidencia que a maior parte das mulheres que optam por PDP em outros países é múltipara²⁵. Tais dados evidenciam uma possível tendência nacional de mulheres que nunca pariram buscarem o parto domiciliar como alternativa ao modelo obstétrico vigente, uma vez que estas entram em contato com informações acerca dos riscos e benefícios do parto neste ambiente, mesmo estando na primeira gestação. Tal evento pode ocorrer na tentativa de evitar intervenções desnecessárias e a violência obstétrica^{26,27}.

Quanto aos resultados obstétricos, a taxa de transferência materna durante o trabalho de parto oscilou entre 7,4% a 20%^{19,21,23}, ficando abaixo ou em torno do que é apresentado nos estudos

Quadro 1. Publicações sobre PDP no Brasil entre 2008-2018.

Categoria	Objetivo(s) e amostra	Tipo de estudo	Ano	Autor(es)
Desfechos Maternos e Neonatais de PDP	Descrever resultados maternos e neonatais em PDP (70 mulheres)	Estudo descritivo retrospectivo quantitativo	2010	Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH ¹⁹
	Avaliar resultados obstétricos e neonatais de PDP (100 mulheres)	Estudo transversal retrospectivo quantitativo	2012	Koettler JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M ²⁰
	Descrever taxa e causas das transferências intraparto em PDP (11 mulheres)	Estudo exploratório, descritivo, quantitativo	2013	Koettler JG, Brüggemann OM, Dufloth RM ²²
Sentimentos, motivação e perfis associados ao PDP	Comparar resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e multiparas em PDP (100 mulheres)	Estudo de corte transversal retrospectivo quantitativo	2015	Koettler JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Monticelli M, Knobel R ²³
	Descrever resultados maternos de PDP (212 mulheres)	Estudo transversal retrospectivo quantitativo	2017	Koettler JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R ²¹
	Analisar fatores que influenciaram a escolha pelo PDP (6 mulheres)	Qualitativo, História de Vida	2008	Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR ²⁶
	Identificar as percepções das mulheres e companheiros sobre PDP (4 mulheres e 8 acompanhantes)	Qualitativo, Teoria Humanista da Enfermagem por Paterson e Zderad	2011	Calvette MF, Santos EKA, Colação VS, Granemann B, Dario LB ²
	Identificar características sociodemográficas de casais que optam por PDP (25 casais)	Quantitativo, Pesquisa exploratório-descritiva, Análise de Conteúdo	2013	Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R ³⁹
	Compreender rituais de cuidado para o PDP (25 famílias)	Qualitativo, Etnografia	2013	Feyer ISS, Monticelli M, Boehs AE, Santos EKA ³⁸
	Descrever processo de opção das mulheres pelo PDP (17 mulheres)	Qualitativo, Etnografia	2014	Lessa HF, Tyrrel MAR, Alves VH, Rodrigues DP ¹⁶
	Identificar motivos para escolha pelo PDP; Avaliar assistência obstétrica recebida no PDP (5 mulheres)	Qualitativo, História de Vida	2014	Souza RM, Soares LS, Quitete JB ⁴¹
	Identificar sentidos da escolha pelo PDP (20 mulheres)	Qualitativa, Teoria Construcionista Social	2015	Castro CM ³⁵
	Compreender motivos da escolha pelo PDP (14 mulheres)	Qualitativa, exploratória descritiva	2015	Sanfelice CFO, Shimo AKK ³⁶
Percepção dos profissionais que atendem PDP	Conhecer representações sociais sobre PDP (14 mulheres)	Qualitativa, exploratória descritiva	2015	Sanfelice CFO, Shimo AKK ⁴⁰
	Conhecer significado do PDP para casal (30 casais)	Qualitativa, pesquisa convergente-assistencial	2017	Colação VS, Santos EKA, Souza KV, Alves HV, Zampieri MF, Gregório VR ³⁷
	Compreender percepção profissional de quem acompanha PDP (8 profissionais)	Qualitativo, Análise de Conteúdo	2013	Frank TC, Peloso SM ⁴³
Abordagem teórica do PDP	Descrever transição da assistência hospitalar para domiciliar (5 enfermeiras)	Qualitativa, Tempestade de Ideias, Análise de Conteúdo	2014	Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnoatto OS, Silva MG, Shimo AKK ⁴²
	Caracterizar produção científica de enfermeiras brasileiras sobre PDP (10 estudos)	Revisão sistemática do tipo metaetnografia	2013	Feyer ISS, Monticelli M, Volkmer C, Burigo RA ²⁷

internacionais, que oscila entre 19% e 30%, a depender do país²⁸⁻³². Somente uma transferência pós-parto foi necessária na amostragem da revisão¹⁹, a qual pode ser justificada pela pequena amostragem somada à boa seleção das mulheres para as quais o PDP é possível (gestante de risco habitual, com feto único, cefálico, a termo). As taxas de cesariana variaram de 5,7% a 9%, ficando dentro do recomendado pela OMS, que seria até 10-15% do total de partos⁴, dado que se choca com os indicadores nacionais de parto. No maior inquérito sobre parto e nascimento hospitalar conduzido no Brasil³, o índice de cesariana ficou em 52% do total de partos, chegando a assustadores 88% na rede privada. Tais dados justificam o crescente movimento de mulheres que questiona o sistema atual de assistência, demandando uma assistência pautada nas evidências científicas, de modo a diminuir as taxas de cesariana.

Quanto às transferências dos recém-nascidos (RN), dois estudos trataram da variável, sendo que a ocorrência de 1 transferência na amostra de 70 PDP ocorreu por arritmia cardíaca¹⁹ e 1 transferência na amostra de 100 PDP por epidermólise bolhosa não diagnosticada anteriormente ao parto²⁰. 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. Comparando-se com a literatura internacional, tal variável encontra-se menos incidente nos estudos nacionais do que em outros países, onde a taxa de transferência neonatal girou em torno de 1,6% a 3,4%²⁸⁻³², o que também pode ser justificado pela pequena amostragem e cumprimento dos critérios de elegibilidade para PDP.

Quanto aos procedimentos obstétricos realizados a taxa de episiotomia ficou entre 0,47% e 6,1%, dados claramente abaixo dos índices nacionais hospitalares, os quais indicam que cerca de 60% das gestantes de risco habitual recebem um corte no períneo no momento do nascimento³³. As lacerações perineais espontâneas foram de 1º ou 2º graus, não ocorrendo nenhuma laceração grave (3º ou 4º graus) e a incidência de períneo íntegro oscilou entre 27,3% a 34,8%, sendo que em estudo de 2012, 49,4% das mulheres não necessitaram de sutura perineal após o parto²⁰. A amniotomia (ruptura artificial das membranas) girou em torno de 8%¹⁹ a 9,9%²¹. Tais dados demonstram índices de intervenções no ambiente domiciliar notadamente abaixo dos índices praticados nos hospitais, especialmente se levarmos em consideração que somente cerca de 5,6% das mulheres de risco habitual passam pelo parto

sem nenhuma intervenção no contexto hospitalar³³. Tais indicadores dos partos domiciliares evidenciam o respeito ao parto fisiológico sem que haja aumento de riscos para o binômio mãe/bebê, tendo em vista os bons desfechos maternos e neonatais.

Em pesquisa que tratou especificamente das transferências, evidenciou-se necessidade de 11 transferências maternas na amostragem de 100 partos, todas com desfechos adequados para mãe e bebê. Nenhum RN foi internado em UTI neonatal e a grande maioria apresentou escore de APGAR ≥ 7 no 1º e 5º minutos de vida (81,8%). Das 11 transferências, 9 viraram cesariana, cujas indicações não foram descritas no estudo. As principais causas para transferência foram: parada de dilatação cervical, parada de descida da apresentação fetal e desproporção céfalo-pélvica²².

Quando se comparam os desfechos entre primíparas e múltiparas nos PDP, poucas variáveis estudadas apresentaram diferença estatisticamente significativa entre si. Tais variáveis foram: idade, tempo transcorrido entre primeira avaliação e o nascimento, uso de métodos não-farmacológicos de alívio da dor e posição de parto²³. Interessante notar que as taxas de transferência não diferiram entre primíparas e múltiparas, resultados que não corroboram as estatísticas internacionais, a exemplo de revisão sistemática que encontrou incidência de transferências de 23-45% para primíparas e 5-12% para múltiparas³⁴.

Desta maneira, os resultados encontrados nos estudos relacionados aos desfechos maternos e neonatais reafirmaram a segurança do parto domiciliar assistido por profissionais capacitados, uma vez que corroboraram os resultados encontrados em âmbito internacional acerca do tema, as quais demonstram que a opção pelo PDP assistido por profissional capacitado não acrescenta risco ao processo de parto e nascimento, desde que respeitados os critérios de elegibilidade e que haja serviço de referência para os casos de transferências²⁴.

Sentimentos, motivação e perfis associados ao PDP

Nesta categoria, 7 estudos buscaram investigar as motivações e razões que levaram a mulher e/ou companheiro(a) (quando aplicável) a escolherem o PDP. Dois estudos se debruçaram sobre as percepções e significados atribuídos ao PDP pelos casais e familiares que passaram por

essa experiência de parto e um estudo investigou sobre os rituais de cuidados realizados pelas famílias que planejavam um parto em casa.

Nos estudos que visaram a investigação acerca da motivação por trás dessa escolha, 5 evidenciaram a insatisfação das mulheres com o modelo obstétrico vigente e a construção de uma nova perspectiva (a escolha pelo PDP) a partir de informação acerca do processo de gestar e parir, dos riscos e benefícios associados aos possíveis locais de parto e dos profissionais capacitados a acompanhar os partos de baixo risco^{16,26,35-37}.

Em estudo conduzido na cidade do Rio de Janeiro, com 17 mulheres, observou-se uma maioria primípara, reiterando dados quantitativos citados na categoria anterior, havendo prevalência de mulheres com maior nível socioeconômico e que possuíam acesso diário à Internet, fatos que propiciam o contato com uma maior quantidade de informações qualificadas, variável imprescindível para a escolha informada¹⁶. Nesta pesquisa surgiu de maneira forte a questão da escolha construída. Todas as mulheres em questão referiram vivenciar o processo de escolha pelo PDP à medida que se informavam, buscando a segurança para si e seus bebês, além de um processo de parto desmedicalizado¹⁶. Em tal amostra, houve predominância de mulheres que conheciam alguém que havia passado por um PDP, e isso fez com que vislumbassem essa possibilidade para si próprias. Chama a atenção que nenhuma das entrevistadas referiu ter recebido informações acerca das possibilidades de locais de parto durante a gestação por parte dos profissionais que as acompanhavam, sendo esta uma opção muitas vezes anulada das informações fornecidas às mulheres. Assim, as mulheres que haviam passado pela experiência de PDP acabaram contribuindo de maneira interessante para a construção desta decisão em outras famílias, através de um intercâmbio de saberes relacionados ao tema e de seus relatos de experiências, uma vez que grande parte das mulheres da amostra talvez nem cogitaria um parto domiciliar se já não tivessem conhecido alguém que havia passado pela experiência¹⁶.

Outro aspecto levantado nesta pesquisa foi o fato de que algumas mulheres referiram ter passado por experiências obstétricas ruins ou terem entrado em contato com histórias de terceiros que não foram satisfatórias as suas expectativas, fato que as impulsionou a procurarem modelos alternativos de assistência para si¹⁶.

Como variável predominante, a informação através de livros, internet, profissionais de saúde e trocas com mulheres fez-se essencial na cons-

trução da decisão pelo PDP, destacando-se especialmente os encontros de gestantes, nos quais as mulheres trocam informações e experiências entre si, construindo uma rede de apoio que suporte essa decisão, decisão esta que vai contra o senso comum predominante na sociedade¹⁶.

Em estudo realizado com 14 mulheres na região de Campinas/SP, destaca-se fato de todas as mulheres envolvidas possuírem ensino superior completo e união estável, corroborando dados anteriormente citados, e a maior parte da amostra foi composta por primíparas, novamente³⁶. Aliás, dos 10 estudos desta categoria, 8 apresentaram amostra predominantemente casada ou em união estável, em sua maioria com ensino superior completo e primíparas^{16,26,35-40}. Tais dados corroboram os dados apresentados nos estudos quantitativos, evidenciando a elitização da possibilidade de escolha pelo PDP, tendo em vista a praticamente a inexistência deste procedimento no âmbito da saúde pública no Brasil. O fato de estarem em relação estável faz-se variável importante uma vez que o apoio do companheiro(a) (quando aplicável) é essencial na construção da decisão pelo PDP, como reafirmado em estudo conduzido no estado de Santa Catarina². Após análise das entrevistas, identificou-se a informação como meio obrigatório para a escolha pelo PDP mais uma vez, reiterando a característica de mulheres bem informadas e com acesso privilegiado às evidências recentes acerca do tema. Nesta pesquisa os grupos para preparação para o parto apresentaram-se relevantes, segundo as mulheres, como ambiente de disseminação de informações e quebra de mitos e, portanto, importantes na construção do arsenal intelectual para a escolha pelo PDP. Destaca-se o fato de que as mulheres da pesquisa utilizaram as informações não somente para embasar suas escolhas, mas para vivenciarem o processo de parto e nascimento de maneira natural, como processo fisiológico, independente do local de escolha para o mesmo³⁶.

Outra categoria levantada neste estudo foi a insatisfação com o modelo de assistência disponível nos hospitais, tendo o domicílio como alternativa aos procedimentos dolorosos e desnecessários, frequentes nos hospitais brasileiros³¹. Desta maneira, as mulheres optam por parir em casa não por modismo ou falta de informação, mas justamente o contrário: após se depararem com a realidade obstétrica hospitalar brasileira, escolhem abster-se da suposta segurança que tal ambiente carrega, para serem protagonistas de seus partos, em suas casas³⁶. Tal ideia é corrobo-

rada pelos resultados de pesquisa conduzida com 20 mulheres que tiveram PDP em São Paulo³⁵, que apresentaram percepção do hospital como um lugar a ser evitado, devido à alta medicalização do processo de parto e consequente violência obstétrica. Após se informarem sobre a realidade nos hospitais, optam por parir em casa e acabam por enfrentar familiares e pessoas próximas que estão inseridas no senso comum que vislumbra o parto domiciliar como evento perigoso, mantendo muitas vezes esta escolha como segredo³⁵, marginalizando-se para não serem marginalizadas, seja pelos familiares em repressão à ideia, seja pelo sistema de saúde tecnocrático e opressor.

Em estudo conduzido no Rio de Janeiro com 6 mulheres, identificou-se de maneira predominante a percepção das mulheres da escolha pelo PDP como construída a partir de diversas variáveis, destacando-se na temática as experiências positivas relatadas pelas mães das gestantes ou familiares próximas, contribuindo para uma construção social de uma vida baseada na concepção de parto como processo da natureza²⁶. Em contrapartida, surgiu também nas falas das gestantes o fato de suas mães terem vivenciado partos violentos como gatilho para o despertar de si própria na busca de uma experiência diferente. Nesta pesquisa também apareceu de maneira predominante o descontentamento com os cuidados oferecidos nos hospitais, de modo a impulsionar as gestantes a se informarem sobre PDP²⁶.

Em levantamento realizado na região de Campinas com 14 mulheres, as autoras identificaram como motivador para a escolha pelo PDP o exercício da autonomia sobre si próprias e suas gestações e partos por parte das entrevistadas³⁷. Nesta pesquisa, mais uma vez o poder da informação e a não concordância com o modelo hospitalar oferecido apareceram como determinantes na escolha pelo PDP³⁷.

Como perfil associado ao PDP, destacou-se em levantamento com 25 casais em Florianópolis, a predominância de mulheres jovens, primíparas, com ensino superior completo ou em curso, pertencentes à classe média alta brasileira, com casa própria. Tais dados reiteram o maior acesso à informação e ao serviço de PDP em si, uma vez que este é realizado somente no contexto de saúde particular, não sendo oferecido pelo SUS⁴⁰. As autoras trazem interessante discussão à tona, comparando os perfis de pessoas que optam pelo PDP com pessoas que optam pelas casas de parto. Há grande discrepância entre os perfis, uma vez que as mulheres que optam por parir em casas de parto possuem baixa escolaridade. Tais

dados levam a crer que, de qualquer maneira, independente da escolaridade, quando é oferecida à mulher a possibilidade de escolha informada, as que estudam mais e as que estudam menos optam por partos com menos intervenções⁴⁰.

Ademais, ainda sobre os perfis dos casais, a amostra em questão evidenciou grande espiritualidade por parte dos casais, adotando estilos de vida diferenciados, ligados a hábitos cotidianos que envolvem cuidado de si e do ambiente que vivem, sem possuir uma prática religiosa intitulada⁴⁰.

Em artigo originado da mesma pesquisa em questão³⁹, no qual objetivou-se identificar os rituais associados ao preparo do lar para o PDP, encontrou-se referência a rituais para purificação do ambiente de modo a tornar a casa preparada física e simbolicamente para a chegada do bebê, favorecendo a espontaneidade emocional e subjetiva. E tal pesquisa chama atenção também o fato do contato com o hospital (em visitas pré-natais aos locais de referência em possíveis transferências) reafirmar a escolha pelo PDP, a partir do momento em que a visualização e contato próximo com o modelo e local de parto ali vigentes reforça o domicílio como melhor local para o parto, na concepção destas famílias³⁹.

Neste mesmo estudo, os ritos de separação e enfrentamento familiar também se mostraram presentes, frente à insegurança das pessoas próximas ao casal em relação ao PDP³⁹.

O preparo da mente e do corpo também foi contemplado no perfil destas mulheres, as quais referiram prepararem-se através do pré-natal, praticarem atividades físicas voltadas para gestantes e lerem livros e conteúdos acerca de gestação saudável e parto ativo. Mostrou-se importante também vislumbrar o momento do parto como algo tranquilo, não somente a mulher gestante, mas o companheiro também³⁹. Tal achado também ocorreu em estudo publicado em 2014, o qual evidenciou um perfil de mulheres que acreditam na natureza e no processo fisiológico de parto, que optam pelo PDP⁴¹.

No que diz respeito a chegada do bebê em si, também houve referência a este preparo do ninho, simbólico e real, tanto no sentido de preparar-se emocionalmente para o ser mãe e ser pai, quanto o preparo das questões organizacionais, como montar o berço ou arrumar as roupas do bebê³⁹.

Sobre as percepções e significados atribuídos ao PDP, foi de destaque o parto como evento culturalmente respeitoso e sensível, representando para os casais sua autonomia preservada, reafirmando sua confiança e competência nas

decisões que contemplem momentos importantes da vida. Houve também a percepção de nascimento de uma nova família, reafirmando os laços já existentes entre o casal, explicitada pela participação ativa da figura paterna³⁸. Tal achado corroborou com os achados de estudo publicado em 2011, no qual evidenciou-se o fortalecimento da relação do casal após o PDP². Neste estudo não só o fortalecimento da relação do casal foi destaque, como a transformação como família e a vivência do momento único foram enfatizados nas falas dos casais. Outras percepções que surgiram nas entrevistas dizem respeito ao PDP assistido por parteira profissional como algo valorizado e seguro, achado semelhante encontrado nas falas encontradas em estudo de 2014 conduzido no Rio de Janeiro⁴¹. A vinculação pré-natal é trazida como algo essencial para a construção do PDP, especialmente quando o cuidado pré-natal é prestado por profissionais que priorizam a autonomia do casal e o direito a escolha informada, fornecendo informações e cuidado sensível².

Percepção dos profissionais que atendem PDP

Dois artigos se enquadraram nesta categoria: um que visou descrever a experiência de um grupo de enfermeiras obstetras em seu processo de transição da assistência hospitalar à assistência domiciliar⁴², outro que visou compreender a percepção dos profissionais que atendem PDP⁴³. Ambos abordaram a assistência domiciliar como possibilidade de resgate da humanização do nascimento, frente à insatisfação com as condições oferecidas pelas maternidades para a prática de seus ideais. Abordam a promoção da segurança no PDP como constante objetivo, alcançado à medida que se atualizam de maneira periódica. Em estudo de 2014, os desafios da assistência ao PDP são colocados como embate diário com profissionais de saúde contrários à prática, fato que exige constante reafirmação das capacidades e ideais de quem assiste PDP. Por fim, emergiu uma categoria interessante a respeito da participação paterna nos PDP como algo visto como positivo por parte dos profissionais, fato também citado nas percepções dos casais, o que nos permite inferir consonância entre serviço desejado e serviço prestado.

Abordagem teórica do PDP

Somente um artigo foi incluído nesta categoria, o qual consistiu numa revisão sistemática

acerca das produções científicas de enfermeiras obstetras sobre parto domiciliar²⁷. Somente 10 estudos foram incluídos nesta revisão, demonstrando a baixa produção científica acerca do tema. Deste 10 estudos, 8 abordaram a atuação da parteira tradicional, limitando a 2 o número de artigos sobre PDP, sendo que um artigo já foi contemplado nesta revisão²⁶. O artigo restante investigou a vivência do PDP, encontrando como motivação para o mesmo a visão do parto como etapa fisiológica da vida reprodutiva da mulher, as mulheres consideraram importante reafirmar seu protagonismo e demonstraram confiança nos profissionais de saúde que assistiram aos partos, apesar dos mesmos aparecerem como auxiliares no parto, e não como protagonistas²⁷. Neste artigo surgiu, ainda, o relato de necessidade das mulheres em prepararem o ambiente para o parto, reiterando conteúdo trazido em categoria já mencionada³⁹.

Conclusão

Diante do levantamento, pode-se observar como predominante a insatisfação das mulheres com o modelo obstétrico vigente, uma constante busca por informações acerca do tema e o desejo de autonomia sobre seus corpos neste momento que permeia a gestação, o parto e o nascimento.

Através dos estudos observacionais, pode-se notar consonância com a literatura internacional, corroborando a segurança do PDP para mulheres de risco habitual, assistidas por parteiros profissionais e em locais onde haja hospital de referência para possíveis transferências, apesar do número de mulheres incluídas nas pesquisas ser extremamente pequeno, quando comparado às cifras internacionais. Desta maneira, faz-se necessária a maior dedicação acadêmica dos profissionais que atendem e pesquisam PDP no Brasil, de modo a contribuir para evidências mais sólidas acerca dos desfechos maternos e neonatais no contexto brasileiro.

Verificou-se que o PDP, segundo as referências analisadas, é uma realidade de poucas, mas que apresenta resultados maternos e neonatais positivos quando comparados a outras formas de assistência, além de satisfação unânime. Neste sentido, esforços deveriam ser feitos na tentativa de oferecer esta possibilidade de local de parto para mulheres através do SUS, de maneira a democratizar o acesso à assistência a essa modalidade de parto, uma vez que a imensa maioria das mulheres apresentará gestações de risco habitual

e, portanto, serão elegíveis para PDP, podendo ser atendidas no contexto domiciliar sem aumento de riscos para si e para seus filhos, diminuindo custos para o Estado e contribuindo para o acesso à assistência. Entretanto, cientes das dificuldades inseridas nessa questão e do predominante modelo biomédico e tecnocrático em nossa realidade, as autoras percebem como necessária a melhora da assistência obstétrica já praticada nos hospitais, como foi demonstrada pela grande

insatisfação das mulheres com o sistema vigente, fazendo-se urgente a atualização das práticas de cuidado no parto, assim como a inserção crescente de personagens que visem a melhoria dos indicadores materno infantis, como obstetrites e enfermeiras obstetras, proporcionando cuidado humanizado e culturalmente sensível em todos os níveis de saúde, independente da classificação de risco gestacional.

Colaboradores

TP Cursino fez a revisão sistemática. O desenvolvimento do texto foi feito em conjunto pelas duas autoras. Este artigo é oriundo da pesquisa de mestrado da primeira autora TP Cursino, a qual trata, dentre outras questões, sobre parto domiciliar planejado. A autora M Benincasa orientou o estudo.

Referências

1. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). *Informações de Nascidos Vivos do Brasil: banco de dados* [Internet]. 2018 [acessado 2018 Abr 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
2. Calvette MF, Santos EKA, Collaço VS, Granemann B, Dario LDB. Planned Homebirth in Brazil with Nurse-Midwife Assistance: Perceptions of Women and Companions. *Midwifery Today Int Midwife* 2011; (98):55-58,68-69.
3. Leal MC, Gama SGM, organizadores. *Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário Executivo Técnico da Pesquisa* [documento na Internet]. Rio de Janeiro: CNPq, ESNP, Fiocruz, Faperj; 2015. [acessado 2018 Maio 16]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas* [documento na Internet]. Genebra: OMS; 2015 [acessado 2018 Abr 17]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3
5. Narchi N, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Cien e Saude Colet* 2013; 18(4):1059-1068.
6. Bettiol, H, Barbieri, MA, Silva, AAM. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32(2):57-60.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos HumanizaSUS. Volume 4: Humanização do parto e do nascimento* [documento na Internet]. Brasília: MS; 2014. [acessado 2018 Maio 08]. Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 572/GM, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. *Diário Oficial da União* 2000; 01 jun.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 11, de 07 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. *Diário Oficial da União* 2015; 07 jan.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema único de Saúde - SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 24 jun.
11. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa nº 398, de 05 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrias por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. *Diário Oficial da União* 2016; 05 fev.
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Partos vaginais crescem 76% com projeto Parto Adequado* [página na Internet]. 2016 [acessado 2018 Maio 08]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3615-partos-vaginais-crescem-76-com-projeto-parto-adequado>
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline*. London: NICE; 2017.
14. Association of Ontario Midwives. *Choice of birthplace. Guideline for discussing choice of birthplace with clients*. Toronto: Association of Ontario Midwives; 2015.
15. World Health Organization (WHO). *Care in Normal Birth: A Practical Guideline*. *Birth* 1997; 24(2):121-123.
16. Lessa HF, Tyrrel MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23(3):665-672.
17. Menezes PFA, Portella SDC, Bispo TNF. A situação do parto domiciliar no Brasil. *Rev Enferm Contemp* 2012; 1(1):3-43.
18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009; 6(7):e1000097.
19. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enf Ref* 2010; III(2):81-90.
20. Koettker JG, Bruggemann 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):747-750.
21. Koettker JG, Bruggemann OM, Knobel R. Resultados maternos dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras da Equipe Hanami no Sul do Brasil, 2002-2012. *Texto Contexto Enferm* 2017; 26(1):e3110015.

22. Koettker JG, Bruggemann OM, Dufloth RM. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternos e neonatais. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1):15-21.
23. Koettker JG, Bruggemann OM, Dufloth RM, Monticelli M, Knobel R. Comparação de resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e múltiparas assistidas no domicílio. *Cienc Enferm* 2015; 21(2):113-125.
24. Jonge A, van der Goes BY, Ravelli ACJ, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, Gravenhorst JB, Buitendijk SE. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009; 116(9):1177-1184.
25. 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.
26. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008; 12(4):765-772.
27. Feyer ISS, Monticelli M, Volkmer C, Burigo RA. Publicações científicas brasileiras de enfermeiras obstétricas sobre parto domiciliar: revisão sistemática de literatura. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(1):247-256.
28. Woodcock HC, Read AW, Bower C, Stanley FJ, Moore DJ. A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Austrália 1981-1987. *Midwifery* 1994; 10(3):125-35.
29. Amerlink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RM, Veldhuijzen IME, Gravenhorst JB, Buitendijk SE. Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG* 2008; 115(5):570-578.
30. McMurtrie J, Catling-Paul C, Teate A, Caplice S, Chapman M, Homer C. The St. George Homebirth Program: an evaluation of the first 100 booked women. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2009; 49(6):631-636.
31. 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.
32. Wax JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(2):152.e1-152.e5.
33. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl.):S-17-S47.
34. Blix E, Kumie M, Kjaergaard H, Oian P, Lindgren H. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14:179.
35. Castro CM. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. *Cad Saude Publica* 2015; 23(1):69-75.
36. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. *Texto Contexto Enferm* 2015; 24(3):875-882.
37. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Representações sociais sobre o parto domiciliar. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2015; 19(4):606-613.
38. Collaço VS, Santos EKA, Souza KV, Alves HV, Zampieri MF, Gregório VRP. O significado atribuído pelo casal ao parto domiciliar planejado, assistido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami. *Texto Contexto Enferm* 2017; 26(2):e6030015.
39. Feyer ISS, Monticelli M, Boehs AE, Santos EKA. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. *Rev Bras Enferm* 2013; 66(6):879-886.
40. Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2013; 17(2):298-305.
41. Souza RM, Soares LS, Quitete JB. Parto natural domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica. *Rev Pesqui Cuid Fundam* 2014; 6(1):118-131.
42. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene* 2014; 15(2):362-370.
43. Frank TC, Pelloso SM. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. *Rev Gaúcha Enferm* 2013; 34(1):22-29.

Artigo apresentado em 20/05/2018

Aprovado em 02/08/2018

Versão final apresentada em 04/08/2018

