

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003110015>

RESULTADOS MATERNOS DOS PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS ASSISTIDOS POR ENFERMEIRAS DA EQUIPE HANAMI NO SUL DO BRASIL, 2002-2012

Joyce Green Koettker¹, Odaléa Maria Brüggemann², Roxana Knobel³

¹ Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista CAPES. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: joycegreenk@yahoo.com.br

² Doutora em Tocoginecologia, Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Pesquisadora CNPq. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: odalea.bruggemann@ufsc.br

³ Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: knobel@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: descrever os resultados maternos da assistência ao parto domiciliar planejado pela Equipe Hanami, de 2002/2012.

Método: estudo transversal. Foram incluídos os partos ocorridos no domicílio e no hospital (212), no referido período. Foi realizada análise descritiva com IC a 95%, no SAS/9.1.3.

Resultados: a taxa de amniotomia foi 9,9% (IC 95% 5,9-13,9), de episiotomia 0,5% (IC95% 0,5-1,5), o líquido amniótico permaneceu claro em 95,2% (IC95% 92,4-98), não houve alteração dos batimentos cardíacos fetais em 94,3% (IC95% 92-96,6). As lacerações vaginais foram exclusivamente de primeiro grau (64,7%; IC95% 57,8-71,6) e de segundo grau (7,0%; IC95% 3,4-10,8), sendo que praticamente a metade não necessitou de sutura (46,8%; IC95% 41,1-52,6). A taxa de transferência foi de 7,4%, sendo todas durante o trabalho de parto (IC95% 3,8-11,0). A taxa de cesárea da amostra foi 9,9%.

Conclusão: as mulheres assistidas no domicílio são submetidas a poucas intervenções. As intercorrências e transferências obstétricas são baixas.

DESCRIPTORIOS: Parto domiciliar. Parto normal. Parto humanizado. Nascimento a termo. Enfermagem obstétrica.

MATERNAL RESULTS FROM PLANNED HOME BIRTHS ASSISTED BY NURSES FROM THE HANAMI TEAM IN THE SOUTH OF BRAZIL, 2002-2012

ABSTRACT

Objective: described the maternal results of the care with planned home births provided by the Hanami Team in 2002-2012.

Method: this transversal study It includes home and hospital births (212). Descriptive analysis was undertaken, with CI 95%, using the SAS/9.1.3 software.

Results: the rate of amniotomy was 9.9% (CI 95% 5.9-13.9), of episiotomy was 0.5% (CI 95% 0.5-1.5), the amniotic fluid remained clear in 95.2% (CI 95% 92.4-98), there was no change in fetal heartbeat in 94.3% (CI 95% 92-96.6). The vaginal tears perineal trauma were exclusively of first degree (64.7%; CI 95% 57.8-71.6) and second degree (7.0%; CI 95% 3.4-10.8), it being the case that almost half did not need suturing (46.8%; CI 95% 41.1-52.6). The rate of transfer to hospital was 7.4%, all these cases occurring during labor (CI 95% 3.8 - 11.0). The rate of cesareans in the sample was 9.9%.

Conclusions: the women assisted at home undergo few interventions. Rates of complications and transfers to hospital for obstetric reasons were low.

DESCRIPTORS: Home childbirth. Natural childbirth. Humanizing delivery. Term birth. Obstetrical nursing.

RESULTADOS MATERNO DE LA ASISTENCIA AL PARTO DOMICILIÁRIO PLANEADO ATENDIDOS POR ENFERMERAS DEL EQUIPO HANAMI EN SUL DEL BRASIL, 2002-2012

RESUMEN

Objetivo: describe resultados maternos de asistencia al parto domiciliario planeado por el Equipo Hanami, 2002/2012.

Método: estudio transversal. Fueron incluidos partos en domicilio y en hospital (212). El análisis descriptivo fue realizado en SAS/9.1.3., con IC 95%.

Resultados: la tasa de amniotomía fue 9,9% (IC 95% 5,9-13,9), de episiotomía 0,5% (IC95% 0,5-1,5), el líquido amniótico permaneció claro en 95,2% (IC 95% 92,4 a 98), no hubo alteración en la frecuencia cardíaca fetal en 94,3% (IC 95% 92-96,6). Laceraciones vaginales fueron de primer grado (64,7%; IC 95%: 57,8 a 71,6) y de segundo (7,0%; IC 95% 3,4 a 10,8), y casi la mitad no necesitó sutura (46,8%; IC 95%: 41,1-52,6). La tasa de transferencia fue de 7,4% (IC 95%: 3,8 a 11,0). La tasa de cesáreas en la muestra fue de 9,9%.

Conclusión: las mujeres que reciben asistencia en el domicilio son sometidas a pocas intervenciones, complicaciones obstétricas y las transferencias son bajas.

DESCRIPTORES: Parto domiciliário. Parto normal. Parto humanizado. Nacimiento a término. Enfermería obstétrica.

INTRODUÇÃO

Mundialmente, diversos estudos a respeito dos resultados maternos e neonatais advindos da assistência ao parto no domicílio têm sido publicados, entre eles, destaca-se uma revisão sistemática da biblioteca Cochrane.¹ Praticamente todos confirmam que no domicílio existe uma menor taxa de intervenções obstétricas.²⁻⁷

A escolha desse local de nascimento é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desde que a assistência seja realizada por profissional qualificado e com plano de transferência para os casos indicados.⁸ São considerados profissionais qualificados, o médico, a enfermeira obstetra e a obstetriz.⁹

Os estudos nacionais têm apontado que a prática do parto domiciliar planejado e assistido por profissional qualificado e com plano de transferência, tem sido um local de escolha de algumas mulheres brasileiras.¹⁰⁻¹¹ Internacionalmente, os estudos têm demonstrado aumento da procura do ambiente domiciliar para o parto,¹²⁻¹³ fato que pode ser decorrente da maior satisfação das mulheres com a experiência parturitiva no domicílio.¹⁴⁻¹⁶

No contexto brasileiro, as pesquisas quantitativas sobre esse tema são escassas, e com pequenas amostras, mas mostram bons resultados maternos. Na literatura, há uma taxa de transferência materna em trabalho de parto entre 11,0% e 20,0%.¹⁰⁻¹¹

Existe um bom embasamento científico de que boas práticas obstétricas ajudam a promover melhores resultados obstétricos e neonatais e que, por outro lado, intervenções desnecessárias podem ser deletérias para a saúde do binômio.¹⁷ No Brasil, a taxa de cesariana geral em partos hospitalares (2011-2012) foi de 55,4%,¹⁸ considerada uma das maiores taxas do mundo e, com relação aos partos domi-

ciliares, as cesarianas foram entre 5,7% a 9,0%.¹⁰⁻¹¹ Outras intervenções obstétricas também parecem ter uma redução importante na assistência domiciliar, como a episiotomia, na qual a taxa foi de 0,0 a 1,0% em partos domiciliares.¹⁰⁻¹¹ Em contrapartida, foi de 56,1% em mulheres de risco obstétrico habitual na assistência hospitalar.¹⁷ Partos domiciliares parecem mais associados ao uso de boas práticas, como a presença e o favorecimento de liberdade de escolha de acompanhantes, de posições para o parto e estímulo ao contato pele a pele e amamentação precoces.^{10-11,19}

Considerando que, no Brasil, essa modalidade de assistência ainda é pouco aceita pelos profissionais de saúde, apesar dos bons indicadores internacionais (baixas taxas de transferência, de intercorrências e de intervenções), torna-se necessário investir na produção de dados nacionais para que se possa avaliar criticamente os resultados dessa prática, as intercorrências e as indicações de transferência das mulheres para uma instituição de saúde durante esse tipo de atendimento. Assim, esta investigação tem como objetivo descrever os resultados da assistência ao parto domiciliar planejado pela Equipe Hanami, de 2002 a 2012.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo dos atendimentos ao parto domiciliar planejado, em Santa Catarina, realizado no período de 2002 a 2012, pela Equipe Hanami. Essa equipe é composta por cinco enfermeiras obstétricas e neonatais que prestam a assistência mediante pagamento privado durante a gestação, pré-parto, parto e pós-parto. O primeiro contato das gestantes/casais grávidos e familiares com a equipe dá-se no encontro mensal "Conhecendo a Equipe Hanami", que objetiva apresentar a forma de trabalho, o protocolo de atendimento e

esclarecer dúvidas. De acordo com o protocolo, são incluídas apenas mulheres que estejam realizando pré-natal e que não apresentem comorbidades até o momento do início do trabalho de parto.²⁰ Na 30^a semana de gestação, a Equipe faz o primeiro contato para apresentar o contrato de trabalho e iniciar os laços de confiança. O segundo encontro ocorre na 33^a semana, sendo que na 36^a semana iniciam as consultas domiciliares semanais de pré-parto. Durante essas consultas realiza-se a avaliação obstétrica e o “pré-natal sensível”, com vistas a avaliar o ambiente/contexto em que essa mulher/família está inserida, incluindo os aspectos socioeconômico, culturais e psicológicos. Também se define, em caso de indicação de transferência, a instituição de saúde e o profissional que atenderá à gestante, sendo que a família irá para a instituição de saúde, previamente escolhida, no seu próprio carro ou no carro de uma das enfermeiras, quando as mulheres estão em trabalho de parto, mas sem risco de vida. Nos casos de emergência e/ou intercorrência, o Serviço de Apoio Médico de Urgência (SAMU) é acionado para realizar o transporte, com a devida segurança. Preconiza-se que uma das enfermeiras da Equipe acompanhe o atendimento intra-hospitalar.²⁰

A gestante, ao identificar os primeiros sinais de trabalho de parto, realiza contato telefônico com uma das enfermeiras da Equipe, a qual se dirige ao domicílio. Nos casos de trabalho de parto, outras duas enfermeiras se deslocam até o local, levando o material para o atendimento ao parto e para suporte básico de vida (oxigênio, aspirador, fluidoterapia, medicações, sondas, etc.) para atender às intercorrências que possam acometer a mulher e/ou o recém-nascido (RN).²⁰

Durante o atendimento ao trabalho de parto e parto, além da avaliação obstétrica contínua, também são realizadas várias técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, e dentre as mais utilizadas estão: banho terapêutico de aspersão e de imersão, massagem em região lombossacra, utilização da bola e moxabustão.²¹

Após o nascimento, inicia-se o contato pele a pele do RN com a sua mãe e é estimulada a amamentação. Após, respeitado a primeira hora de vida do neonato, é administrada via intramuscular, 1mg de vitamina K, faz-se o exame físico completo do RN e o teste do reflexo vermelho. A puérpera é acompanhada durante os períodos clínicos que se seguem: dequitação e Greenberg. A equipe permanece no local até que mãe e RN estejam estáveis. A equipe presta assistência ao binômio até o 10^o dia pós-parto,

sendo realizadas consultas no 1^o, 3^o, 4^o, 7^o e 10^o dia pós-parto, e no 15^o dia de vida, quando o RN não atingiu o peso do nascimento. Na primeira visita pós-parto (24 horas de vida do RN), a enfermeira realiza o teste do coraçãozinho, e a família recebe orientações para realizar o Teste de Triagem Neonatal e o de Emissão Otoacústica Evocada. Além disso, são dadas orientações sobre a amamentação exclusiva até o 6^o mês, e sobre a realização das vacinas recomendadas pelo Ministério da Saúde.²⁰

Neste estudo, foram incluídas todas as mulheres assistidas pela Equipe, ou seja, as que tiveram parto no domicílio e as que iniciaram o trabalho de parto nesse local, mas foram transferidas para o hospital, durante o período estudado. Assim, a amostra inclui todos os partos vaginais ocorridos no domicílio e os partos hospitalares e as cesáreas decorrentes de transferência materna, não havendo, portanto, critério de exclusão.

Os dados das mulheres assistidas no domicílio foram coletados nos respectivos prontuários, preenchidos e arquivados pelas enfermeiras da Equipe. Os dados das mulheres transferidas foram obtidos através dos registros da Caderneta de Saúde e junto às informações das mulheres nas consultas de puerpério.

As variáveis analisadas foram sociodemográficas e obstétricas da gestação (Idade: anos completos no dia do parto; Escolaridade: ensino fundamental incompleto/completo, médio incompleto/completo, superior incompleto/completo, pós-graduação incompleta/completa; Ocupação: estudante, do lar ou outra; Consultas médicas no pré-natal: uma, duas, três, quatro, cinco, seis, ou mais de seis; Consultas de enfermagem no pré-parto: uma, duas, três, quatro, cinco, seis, ou mais de seis; Partos anteriores: nenhum, um, dois, três, quatro, cinco, ou mais; Local dos partos anteriores: domicílio, centro de parto normal, hospital ou outro; e Necessidade de transferência no pré-natal: sim ou não); obstétricas do trabalho de parto (Batimentos cardíacos do feto: normal, bradicardia e taquicardia; Ruptura de membranas: espontânea, artificial; Cor do líquido amniótico: claro e meconial; e Indicação de transferência da parturiente: parada de progressão da descida do feto, parada da dilatação do colo uterino, frequência fetal não tranquilizadora, necessidade de analgesia, desproporção cefalopélvica, feto em occipito-sacro ou outra); obstétricas do parto (Posição de parto: cócoras, genopeitoral e semi-sentada na água, cócoras no banquinho; cócoras, semi-sentada e genopeitoral fora da água; ajoelhada, em pé, de lado ou de Sims,

em qualquer posição; Episiotomia: sim ou não; Condições do períneo: sem trauma perineal, laceração de primeiro grau, de segundo grau, de terceiro grau, de quarto grau; e Perineorrafia: sim ou não); obstétricas do pós-parto imediato (Intercorrências obstétricas no secundamento: hemorragia, dequitação retardada/prolongada ou outra); e do parto na instituição (Via de parto: parto normal, parto a fórceps, parto a vácuo, parto com analgesia, parto com analgesia e fórceps ou vácuo e cesárea).

Os dados foram coletados por meio de um formulário padronizado que, posteriormente, foram revisados, codificados e digitados no programa EPI INFO - versão 2008. Foi realizada análise descritiva (frequência relativa e descritiva) com intervalo de confiança a 95% no software SAS versão 9.1.3.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina em 14/12/2009 sob o certificado número 552, sendo que a ampliação da amostra foi aprovada em 22/10/2012. Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012.²²

RESULTADOS

Nos 11 anos de atendimento, o total de casos acompanhados foi igual a 212, sendo que 187 pariram no domicílio (Figura 1). A maioria das mulheres tinha idade entre 24 e 28 anos, possuía ensino superior completo e desenvolvia atividade remunerada (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres assistidas pela Equipe Hanami, Santa Catarina, 2002 a 2012. (n=212)

Variáveis	n	%	IC 95 %
Idade (média) (n=205)	29,2 anos (DP: 4.8)		
19 - 23	21	10,2	6,1 - 14,4
24 - 28	79	38,5	31,9 - 45,2
29 - 33	71	34,6	28,1 - 41,1
34 - 34	24	11,7	7,3 - 16,1
39 - 44	10	4,9	1,9 - 7,9
Escolaridade (n=200)			
Ensino médio incompleto/completo	19	9,5	5,5 - 13,6
Ensino superior incompleto	56	28,1	21,9 - 34,2
Ensino superior completo	93	46,7	39,8 - 53,6
Pós-graduação incompleta/completa	26	13,1	8,4 - 17,7
Outra	5	2,5	0,3 - 4,7
Dado não informado	1		
Ocupação (n=209)			
Estudante	35	17,3	12,2 - 22,5
Do lar	17	8,4	4,7 - 12,2
Atividade remunerada	150	74,3	68,380,2
Dado não informado	7		
Consultas médicas no pré-natal (177)			
≤ 5	27	16,5	11,0 - 21,9
≥ 6	137	83,5	78,1 - 89,0
Dado não informado	13		
Consultas de enfermagem de pré-parto (184)			
≤ 3	97	52,7	45,5 - 59,9
≥ 4	85	46,2	39,0 - 53,4
Nenhuma*	2	1,1	0,0 - 2,6

*Encaminhadas do pré-natal médico após confirmado gestação de risco habitual.

No primeiro ano de atendimento, em 2002, somente uma mulher foi assistida no domicílio, e nos

anos de 2009 a 2011 se concentrou o maior número de partos domiciliares (Figura 1).

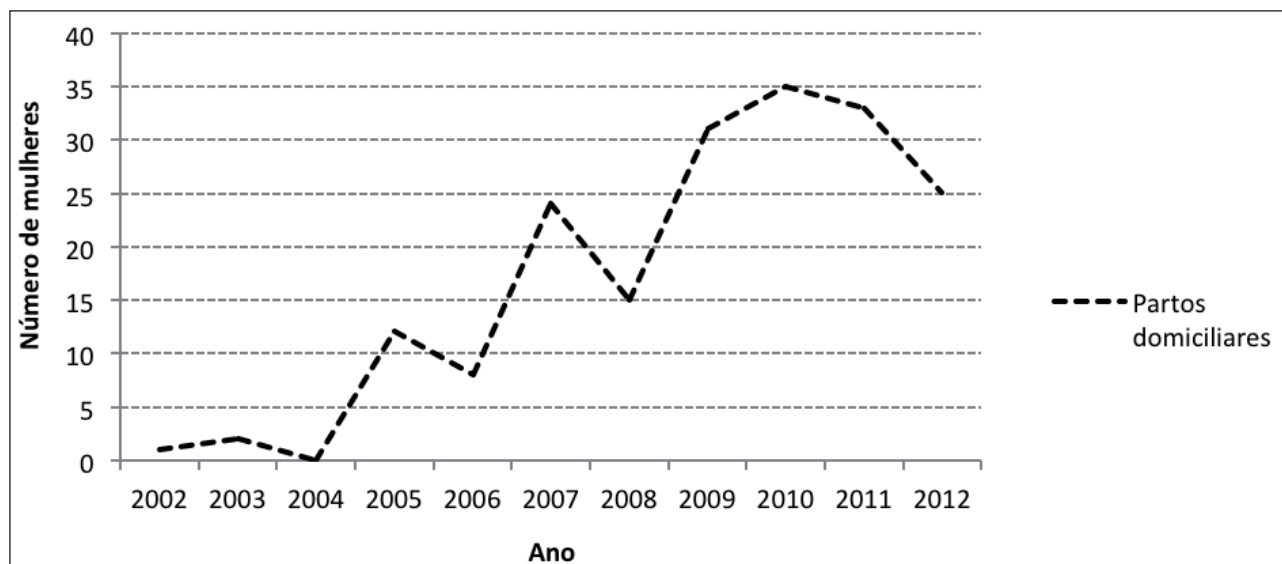


Figura 1 - Partos domiciliares planejados assistidos pela Equipe Hanami. Santa Catarina, 2002 a 2012. (n=187)

Na tabela 2 são apresentados os resultados obstétricos. Observa-se que a maioria atendida era de primíparas, entretanto evidencia-se o aumento do atendimento das múltiparas conforme figura 2, assim como é visível o elevado número de mulheres que optaram pelo parto na água (Figura 3).

Destaca-se que foi realizada episiotomia em apenas uma parturiente e a taxa de períneo ínte-

gro foi de 27,3%. Quanto às lacerações perineais, nenhuma foi de terceiro ou quarto grau, foram exclusivamente de primeiro e de segundo grau, sendo que das mulheres que apresentaram laceração perineal praticamente a metade não necessitou de sutura perineal. Os batimentos cardíacos fetais mantiveram-se normais na maior parte dos acompanhamentos.

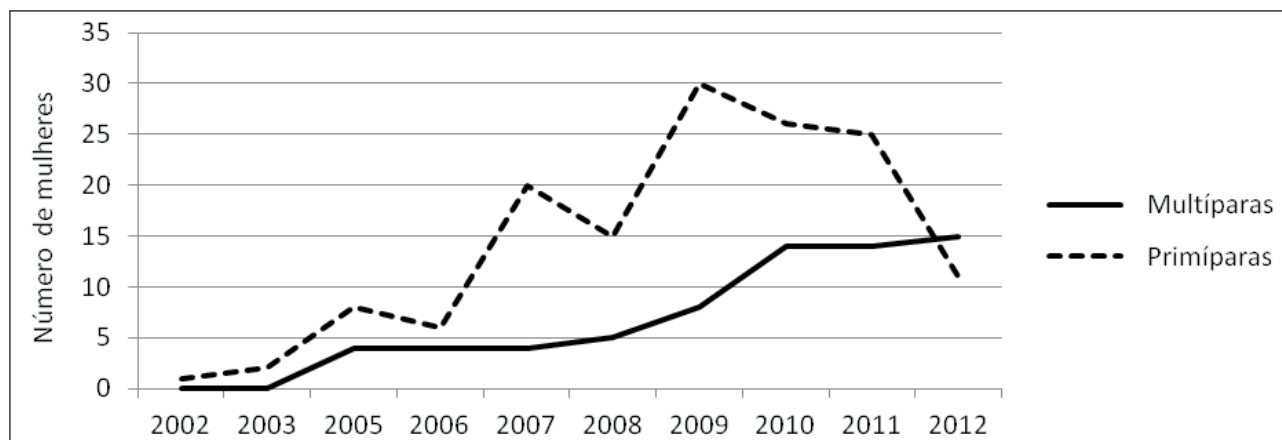


Figura 2 - Paridade das mulheres assistidas pela Equipe Hanami. Santa Catarina, 2002 a 2012. (n=212)



Figura 3 - Distribuição dos partos domiciliares assistidos na água e fora dela pela Equipe Hanami. Santa Catarina, 2002 a 2012. (n=187)

A taxa de transferência materna na gestação foi de 4,7% e no trabalho de parto de 7,4%, não havendo transferência após o parto. Dentre as causas de transferência materna no trabalho de parto destaca-se: parada da dilatação do colo uterino e da

descida do feto.

Das intercorrências das mulheres no pós-parto, a mais frequente foi a dequitação retardada ou prolongada, no entanto, nenhuma puérpera necessitou de transferência por causa dessa intercorrência.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis de acompanhamento domiciliar, do pré-natal ao pós-parto, pela Equipe Hanami, Santa Catarina, 2002 a 2012. (n=212)

Variável	n	%	IC 95%
Paridade			
Primíparas	144	67,9	61,6 - 74,2
Multíparas	68	32,1	25,8 - 38,4
Parto domiciliar anterior	22	10,4	6,3 - 14,5
Transferências no pré-natal	10	4,7	1,9 - 7,5
Batimentos cardíacos fetais normais (n=202)	190	94,0	90,7 - 97,3
Amniotomia (n=202)	20	9,9	5,9 - 13,9
Líquido amniótico claro (n=202)	192	95,0	92,0 - 98
Transferências no trabalho de parto (n=202)	15	7,4	3,8 - 11,0
Parto no domicílio (n=187)			
Fora da água	64	34,2	27,4 - 41,0
Na água	123	65,8	59,0 - 72,6
Condições do períneo (n= 187)			
Períneo íntegro	51	27,3	20,9 - 33,7
Episiotomia	1	0,5	0,0 - 1,5
Laceração perineal (n=135)	135	72,2	65,8 - 78,6
Laceração de 1º grau	119	72,1	65,6 - 78,6
Laceração de 2º grau	13	7,9	4,0 - 11,8
Laceração de 3º ou de 4º grau	0	0	
Sutura perineal (das que tiveram laceração)	98	59,4	52,3 - 66,5
Dado não informado	3		
Intercorrências pós-parto (n=187)			
Dequitação prolongada	63	33,7	26,9-40,5
Hemorragia	12	6,4	2,9-9,9

Variável	n	%	IC 95%
Outras	6	3,2	0,7-5,7
Via de parto no hospital (n=25)			
Cesárea	21	84,0	69,6-98,4
Parto	4	16,0	1,6-30,4

DISCUSSÃO

Os resultados apontam que o número de mulheres que optam pelo parto domiciliar pela Equipe Hanami está aumentando, sendo que as intercorrências, a necessidade de transferência e de cesariana são baixas. A maioria dos achados é similar àqueles já publicados em pesquisas realizadas no Brasil e em outros países desenvolvidos.^{4,6,10,12-13, 23-26}

Uma das limitações para a discussão dos achados do presente estudo é a escassa publicação de dados nacionais quantitativos sobre a assistência no domicílio para comparar os resultados obtidos.^{10-11,19}

Com relação às características sociodemográficas, a faixa etária da maioria das mulheres foi menor do que a encontrada nos estudos internacionais (entre 30 a 34 anos)²⁶⁻³⁰ e em outro estudo brasileiro (30 e 35 anos).¹⁰ O elevado grau de escolaridade está em consonância com outro estudo nacional, no qual 62,8% das mulheres assistidas no domicílio tinham ensino superior¹⁰ e com um estudo internacional.²³ Mulheres com maior formação educacional tendem a ter mais acesso à informação e ao conhecimento, o que lhes permite questionarem o modelo de saúde vigente e optarem por diferente local para o nascimento dos seus filhos, pois acreditam ser o domicílio um local íntimo, familiar e seguro, além de buscarem profissionais capacitados e qualificados para essa assistência.³¹

Em virtude dessa modalidade de atendimento ser privada, era de se esperar que a maioria das mulheres desenvolvesse atividade remunerada, uma vez que envolve o pagamento dos custos. Estudos internacionais também demonstram que mulheres com melhor *status* socioeconômico são as que mais optam por esse local de nascimento.^{3-4,24,29,32} No Brasil, há apenas um pequeno número de atendimentos de partos domiciliares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pela equipe do Hospital Sofia Feldman.³³ Outros países subsidiam esse tipo de atendimento como parte integrante do Sistema de Saúde, como é o caso da Holanda,⁴ Austrália,²⁶ Canadá,⁵ Nova Zelândia³⁰ e Inglaterra.²⁹

No presente estudo a maioria das mulheres que optou por esse local parturitivo era primigesta, o que parece ser uma tendência brasileira,¹⁰⁻¹¹ divergindo das pesquisas realizadas em outros países,

nas quais as múltiparas são as que mais optam pelo parto domiciliar.^{3-4,6,12,23-24,26-30,32,34} Entretanto, observa-se um aumento das múltiparas que optaram pelo parto domiciliar (Figura 2), que pode ser decorrente da satisfação com a experiência parturitiva anterior no domicílio e da insatisfação das mulheres que tiveram o primeiro parto hospitalar.

O aumento do número de partos domiciliares neste estudo está em consonância com a tendência mundial¹²⁻¹³ e com os dados apresentados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), referentes ao crescimento no número de partos domiciliares registrado em algumas cidades brasileiras como Florianópolis, São Paulo, Rio de Janeiro e Campinas.³⁷ Essa elevação pode ser decorrente das recomendações da OMS, amplamente divulgadas no Brasil, que descreve que a mulher deve ter a sua decisão respeitada quanto à escolha do local do parto.⁸ Também pode estar relacionado a outros fatores como a maior busca de autonomia, privacidade, atendimento individualizado, possibilidade de maior número de acompanhantes, de contato pele a pele precoce e contínuo com o RN e de não ser submetida a intervenções desnecessárias, já que essas são algumas das principais razões que motivam as mulheres a optarem pelo parto no domicílio de forma planejada.³⁸⁻⁴¹

Os achados acerca das condutas obstétricas mostraram que no parto domiciliar as intervenções são reduzidas e as práticas benéficas são implementadas, com destaque para o parto na água que, no âmbito hospitalar, não é frequente. Esse resultado difere da realidade obstétrica brasileira, uma vez que dados da pesquisa "Nascer no Brasil" (inquérito de base hospitalar realizado em todas as regiões do Brasil, com amostra de 23.894 puérperas), revelaram que apenas 5,6% das mulheres de risco habitual e que tiveram parto vaginal, não foram submetidas a intervenções obstétricas no trabalho de parto e parto, que a posição de litotomia foi amplamente utilizada nas instituições, ultrapassando 90,0%, e que a Manobra de Kristeller foi realizada em 36,1% das mulheres.¹⁷

Os dados demonstram poucas alterações no bem-estar fetal, resultado evidenciado pela permanência da normalidade da frequência cardíaca durante o trabalho de parto ao longo dos anos. É importante ressaltar que nenhuma mulher no

estudo foi transferida decorrente da alteração nos batimentos cardíacos fetais, diferente de algumas publicações^{10,45-46} em que a situação fetal não tranquilizadora foi motivo de transferência.

O respeito à fisiologia do parto e ao nascimento, e o uso restrito de intervenções obstétricas, podem ter contribuído para o bem-estar fetal e, conseqüentemente, para a elevada taxa de líquido amniótico claro. A presença do mecônio no líquido amniótico é pouco discutida nos estudos, entretanto, em pesquisa que comparou essa variável em diferentes contextos encontrou-se taxa de mecônio no domicílio de 1,5% e no hospital de 6,4%.²⁹

Cabe destacar que a preservação da integridade das membranas também pode ter favorecido o bem-estar fetal e a permanência da cor clara do líquido amniótico. A taxa de amniotomia foi similar a de estudos internacionais, que variou entre 5,0% e 22,4%,^{3,5-6,12,34} entretanto, foi menor do que a encontrada em centros de parto normal brasileiros⁴⁷ e na pesquisa "Nascer no Brasil", na qual 40,7% das mulheres de risco habitual são submetidas a essa intervenção durante o trabalho de parto.¹⁷

É importante ressaltar que nenhuma mulher teve laceração de 3º e 4º grau, pois não houve laceração que comprometesse o esfíncter uretral e/ou anal, dado que difere dos de estudos internacionais em que essas lacerações variam de 0,4% a 7,1% nas mulheres assistidas no domicílio.^{5-6,26-28,48} Destaca-se também que praticamente metade das mulheres que tiveram laceração não necessitou de sutura perineal e que a taxa de integridade perineal foi similar a de outro estudo brasileiro (34,8%)¹⁰ e acima da do estudo internacional (14,3% nas nulíparas).⁴⁸

A realização de episiotomia em apenas uma parturiente mostra que a assistência domiciliar é pautada nas evidências científicas, sendo similar a um outro estudo brasileiro.¹⁰ Essa taxa é mais baixa do que a encontrada em outros países, que varia de 2,1% a 15,0%,^{3,5-6,12,26,29,45,48} e totalmente discrepante do ambiente hospitalar brasileiro, no qual cerca de 60,0% das mulheres de risco habitual são submetidas à episiotomia.¹⁷

Este estudo aponta baixa taxa de transferência materna para o hospital, tanto na gestação como durante o trabalho de parto, mesmo sendo a amostra composta por elevado número de primíparas, similar ao que acontece em outros países. Esse resultado pode ser decorrente do rigoroso protocolo para inclusão de gestantes para o atendimento da equipe. Em revisão sistemática, publicada em 2014, as taxas de transferência variaram de 9,9% a 31,9%, sendo que nas primíparas atingiu 45,4% e nas múltiparas

12,0%, ocorrendo com mais frequência no trabalho de parto (8,2% a 24,1%) devido à lenta progressão (5,2 a 9,8%).²⁵

Quanto às intercorrências após o parto, a dequitação retardada foi a mais comum, mas nenhuma mulher precisou ser transferida por esse motivo. De uma forma geral os estudos não apresentam esse dado, Alguns indicam a taxa de remoção manual da placenta de 1,0% a 1,6%,^{6,12,24} tornando-se necessário investigar sobre esse tema no contexto domiciliar.

A hemorragia foi a segunda intercorrência mais comum e embora tenha ocorrido em menos de 7,0% é importante prever esse risco e dispor de medicamentos de forma a contê-la, uma vez que, no Brasil, no ano de 2007, conforme a Classificação Internacional das Doenças, foi a terceira causa de morte materna (8,0%), perdendo apenas para as doenças hipertensivas (23,0%) e para a sepsis (10,0%).⁴⁹ Estudo realizado no Reino Unido apontou que o risco de hemorragia no pós-parto de mulheres atendidas no domicílio é duas vezes e meia menor do que as das mulheres assistidas no hospital.⁵⁰ Outras pesquisas apresentam taxas que variam de 0,2% a 9,3%.^{5-6,12,29} A hemorragia no pós-parto é uma das razões urgentes de transferência,⁴⁵ entretanto, na presente investigação, nenhuma puérpera foi transferida devido a essa intercorrência, dissonante de alguns estudos que encontraram taxa de 1,0% e 1,5% de transferências.^{3,28} Já a revisão sistemática, publicada em 2014, encontrou taxas ainda mais baixas de transferência (0% a 0,2%).²⁵

Chama atenção o pequeno percentual de cesárea (9,9%) no total da amostra estudada (212) quando comparada com a taxa nacional, já citada anteriormente, e com as recomendações da OMS para que seja inferior a 15%.⁵¹ Esse achado foi similar ao de um estudo realizado no Canadá, no qual 12,0% das primíparas e 1,6% das múltiparas foram submetidas à cesariana.⁵ Os demais estudos, que não apresentam o dado referente a paridade, apontaram taxa de cesárea entre 2,8% a 9,2%.^{3,6,12,26-29} As taxas de cesariana encontradas para gestantes sem intercorrências obstétricas nos partos hospitalares no Brasil (2011-2012) foram de 20,7% no SUS e 85,7% no setor suplementar,¹⁸ modalidade de assistência em que a maioria das mulheres deste estudo se encontrava.

Este estudo limita-se às mulheres atendidas por uma equipe de enfermeiras autônomas, e a amostra se refere exclusivamente às mulheres que desejavam partos domiciliares. Portanto, trata-se de um grupo de mulheres que tendem a ter um status socioeconômico privilegiado, mulheres de risco obstétrico habitual e com um cuidado específico (um

a um) de pré-natal e parto, o que pode dificultar a generalização dos resultados para outras realidades de assistência.

Dentre as limitações deste estudo destaca-se a coleta retrospectiva dos dados, uma vez que o não preenchimento completo dos prontuários limitou a análise de algumas variáveis.

CONCLUSÃO

Houve aumento no número de atendimentos ao longo dos anos. A amostra apresentou maior proporção de primíparas, mulheres com alto grau de escolaridade e que exercem atividade remunerada.

As intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto foram raras (especialmente a episiotomia e a amniotomia), e o parto na água foi frequente. Em poucos casos foram observadas alterações da frequência cardíaca fetal e/ou do líquido amniótico meconial. As taxas de transferências maternas foram baixas e condizentes com a literatura, poucas intercorrências foram observadas no pós-parto, e nenhuma mulher precisou ser transferida por esses motivos. A porcentagem de cesarianas na amostra foi 9,9%, muito menor do que a observada para mulheres com características semelhantes no país.

A assistência prestada busca respeitar o princípio da integralidade, mas falha em atender os princípios de equidade e universalidade das práticas de saúde. Espera-se que, com os resultados apresentados, somem-se evidências da segurança e efetividade do parto domiciliar, e que sirva como base para que essa modalidade de assistência seja ofertada a mais famílias, inclusive através do SUS.

O estudo contribui para o conhecimento de alguns resultados maternos da assistência ao parto no domicílio, assim como das características das mulheres que optam por esse atendimento. A partir desses achados, considera-se que o parto domiciliar planejado, atendido por profissional qualificado e com um plano de transferência é uma opção viável para as mulheres que não desejam parir no hospital.

REFERÊNCIAS

- Olsen O, Clausen JE. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012 Sep [cited 2014 Jun 14]; 9: CD000352. Available from: http://almenpraksis.ku.dk/nyheder/oleolsen/Hjemmef_dsel.pdf
- Olsen O, Jewell D. Home versus hospital birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2008 [cited 2009 Abr 16]; 3:CD000352. Available from: DOI: 10.1002/14651858.CD000352
- Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* [Internet]. 2005 Jun [cited 2008 Dez 11]; 330(7505):1416. Available from: <http://www.bmj.com/content/330/7505/1416>
- Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Niihuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* [Internet]. 2009 Aug [cited 2010 Jan 13]; 116(9):1177-84. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x/epdf>
- Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth* [Internet]. 2009 Sep [cited 2010 Jan 13]; 36(3):180-9. Available from: http://www.aom.on.ca/files/Communications/Reports_and_Studies/Birth_Ontario_Home_Birth_Hutton_Sept_09.pdf
- 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* [Internet]. 2009 Sep [cited 2010 Jan 13]; 181(6-7):377-83. Available from: <http://www.cmaj.ca/content/181/6-7/377.full.pdf+html>
- Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 Sep [cited 2011 Fev 18]; 203(3):243.e1-8. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)00671-X/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)00671-X/fulltext)
- OMS (Organização Mundial da Saúde). *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS; 1996.
- WHO (World Health Organization). *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*. Genebra: WHO; 2004.
- Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2010 Dez [cited 2011 Fev 18]; 3(2):81-90. Available from: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a09.pdf>
- Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. *Rev Saúde Pública*. 2012 Aug; 46(4):747-50.
- Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farguharson DF, Peacock D, et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ* [Internet]. 2002 Feb [cited 2010 Ago 24]; 166(3):314-23. Available from: <http://www.cmaj.ca/content/166/3/315.full>

13. Lancet. Home birth-proceed with caution. *Lancet*. 2010 Jul; 376(editorial): 303.
14. Johnson TR, Callister LC, Freeborn DS, Beckstrand RL, Huender K. Dutch women's perceptions of childbirth in the Netherlands. *MCN Am J Matern Child Nurs* [Internet]. 2007 May-Jun [cited 2010 Ago 24]; 32(3):170-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17479054>
15. Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* [Internet]. 2009 Apr [cited 2010 Ago 24]; 25(2):11-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17512100>
16. Dahlen HG, Barclay LM, Homer CS. The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia. *Midwifery* [Internet]. 2010 Feb [cited 2011 Fev 18]; 26(1):53-63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18394766>
17. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, 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* [Internet]. 2014 [cited 2014 Dez 10]; 30(Sup):S1-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>
18. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferencia inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2014 Dez 10]; 30(Sup):s101-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf
19. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 Feb [cited 2014 Jun 14]; 47(1):15-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a02v47n1.pdf>
20. 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 (SC): Lagoa; 2009.
21. Koettker JG. Parto domiciliar assistido por enfermeiras [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.
22. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos, Coleção de Leis da República Federativa do Brasil. Brasília: MS; 2012.
23. Cheng YW, Snowden JM, King TL, Caughey AB. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2013 Oct [cited 2014 Jun 14]; 209(4):325.e1-8. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(13\)00630-3/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(13)00630-3/pdf)
24. Jonge A, Mesman JA, Manniën J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ* [Internet]. 2013 Jun [cited 2014 Jun 14]; 346: f3263. Available from: <http://www.bmj.com/content/bmj/346/bmj.f3263.full.pdf>
25. Blix E, Kumle M, Kjærgaard H, Øian P, Lindgren HE. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 May 29 [cited 2014 Dez 10]; 14: 179. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-14-179.pdf>
26. Homer CS, Thornton C, Scarf VL, Ellwood DA, Oats JJ, Foureur MJ, et al. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 Jun 14 [cited 2014 Dez 10]; 14: 206. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-14-206.pdf>
27. Kennare RM, Keirse MJ, Tucker GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *MJA* [Internet]. 2010 Jan [cited 2011 Fev 18]; 192(2):76-80. Available from: https://www.mja.com.au/system/files/issues/192_02_180110/ken10465_fm.pdf
28. McMurtrie J, Catling-Paull 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 Gynaecol* [Internet]. 2009 Dec [cited 2014 Jun 14]; 49(6):631-6. Available from: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1479-828X.2009.011103.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER
29. 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* [Internet]. 2011 Nov [cited 2014 Jun 14]; 343: d7400. Available from: <http://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d7400.full.pdf>
30. Davis D, Baddock S, Pairman S, Hunter M, Benn C, Wilson D, et al. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth* [Internet]. 2011 Jun [cited 2014 Jun 14]; 38(2):111-9. Available from: http://www.researchgate.net/publication/51153408_Planned_Place_of_Birth_in_New_Zealand_Does_it_Affect_Mode_of_Birth_and_Intervention_Rates_Among_Low-Risk_Women
31. Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(2):298-305.
32. Van der Kooy J, Poeran J, de Graaf JP, Birnie E, Denktass S, Steegers EA, et al. Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands:

- intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2011 Nov [cited 2014 Jun 14]; 118(5):1037-46. Available from: http://www.researchgate.net/publication/51732604_Planned_Home_Compared_With_Planned_Hospital_Births_in_The_Netherlands_Intrapartum_and_Early_Neonatal_Death_in_Low-Risk_Pregnancies
33. Hospital Sofia Feldman [Internet]. Belo Horizonte (MG): 2015 [cited 2016 May 1]. Available from: <http://www.sofiafeldman.org.br/2015/01/05/sofia-comemora-um-ano-de-parto-domiciliar/>
34. Wiegers TA. The quality of maternity care services as experiences by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2009 May [cited 2010 Jan 13]; 9: 18. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-9-18.pdf>
35. Keirse MJ. Home birth: gone away, gone astray, and here to stay. *Birth* [Internet]. 2010 Dec [cited 2011 Feb 18]; 37(4):341-6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2010.00431.x/pdf>
36. Michal C, Janssen PA, Vedam S, Hutton EK, Jonge A. Planned home vs hospital birth: a meta-analysis gone wrong. *Medscape* [Internet]. 2011 Apr. [cited 2014 Jun 14]. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/739987>
37. DATASUS. Sistema de informações sobre nascidos-vivos - SINASC. [cited 2011 Jun 20. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
38. Davim RMB, Menezes RMP. Assistência ao parto normal domiciliar. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2001 Nov-Dez [cited 2008 Dez 11]; 9(6):62-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7828.pdf>
39. Kruno RB, Bonilha ALL. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2004 Dez [cited 2008 Dez 11]; 25(3):396-407. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4533/2463>
40. 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* [Internet]. 2008 Dez [cited 2010 Jan 13]; 12(4):765-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a22.pdf>
41. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 Mar [cited 2014 Dez 10]; 35(1):157-60. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgefn/v35n1/pt_1983-1447-rgefn-35-01-00157.pdf
42. Lessa HF, Tyrrell MA, Alves VH, Rodrigues DP. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 Jul-Set [cited 2014 Dez 10]; 23(3):665-72. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf
43. Frank TC. Parto domiciliar planejado acompanhado por enfermeira: a experiência da mulher, da família e do profissional [dissertação] Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2011.
44. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro (RJ): ANS; 2008.
45. Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RM, Veldhuijzen IM, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE. Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG* [Internet]. 2008 Apr [cited 2009 Abr 16]; 115(5):570-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2007.01580.x/epdf>
46. Ackermann-Leibrich U, Voegeli T, Gunter-Witt K, Kunz I, Zullig M, Schindler C, Maurer M. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcomes. *BMJ* [Internet]. 1996 Nov [cited 2008 Abr 16]; 313(7068):1313-8. Available from: <http://www.bmj.com/content/313/7068/1313>
47. Koiffman MD, Colacioppo PM, Schneck CA, Riesco MLG. Parteiros urbanas em São Paulo 2005-2008. In: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal - COBEON, 2009 Jun 24-26; Teresina, Brasil.*
48. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2013 Mar [cited 2014 Dez 14]; 13:59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599825/pdf/1471-2393-13-59.pdf>
49. DATASUS. Óbitos maternos [cited 2012 Mar 7]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/pmat10uf.def>
50. Nove A, Berrington A, Matthews Z. Comparing the odds of postpartum haemorrhage in planned home birth against planned hospital birth: results of an observational study of over 500,000 maternities in the UK. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2012 Nov [cited 2014 Jun 14]; 12:130. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3570310/pdf/1471-2393-12-130.pdf>
51. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985 Aug; 326(8452):436-7.