

DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**MATERNAL AND NEWBORN OUTCOMES IN PLANNED HOMEBIRTH: AN INTEGRATIVE REVIEW****RESULTADOS MATERNOS Y RECIÉN NACIDOS EN EL PARTO DOMICILIARIO PLANIFICADO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA**¹Camila Inácio de Souza²Roséli Fagundes de Souza³Cibeli de Souza Prates

¹ Enfermeira. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS. Porto Alegre. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5219-9718>.

² Enfermeira do Pronto Atendimento 24 hs Eldorado do Sul, pós graduada em Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Porto Alegre. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0640-1687>.

³ Mestre em Enfermagem. Docente da Pós-graduação e Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Porto Alegre. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4729-5622>

Autor correspondente**Camila Inácio de Souza**

Endereço: Padre Alois Kades, 11, apto. 201, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. CEP: 91360170
Fone: +55 (51)91041690, E-mail: camila07inacio@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: identificar, na literatura científica os desfechos maternos e neonatais no parto domiciliar planejado. **Metodologia:** Revisão integrativa realizada em março e abril de 2021 na base de dados MEDLINE, LILACS SCIELO, considerando o período de 2015 a 2021. Foram encontrados 263 artigos dos quais, seis atenderam aos critérios de inclusão, sendo esses analisados por análise temática. **Resultados:** foram discutidos em quatro categorias que apresentaram os desfechos: Transferência ao hospital; Intervenções obstétricas e intercorrências; Internação neonatal; Parto humanizado. O estudo oportunizou constatar que mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado buscavam pelo cuidado humanizado que permitisse o protagonismo e o respeito à fisiologia do parto. **Conclusão:** tendo em vista, as experiências prévias de parturição e o modelo obstétrico atual medicalizado e intervencionista, verificou-se que o parto domiciliar planejado em mulheres de risco habitual apresentaram resultados maternos e neonatais positivos.

Palavras-chave: Parto Domiciliar; Nascimento e Casa; Parto Humanizado.

ABSTRACT

Objective: identify, in the scientific literature, maternal and neonatal outcomes in planned home births. **Method:** integrative review carried out in March and April 2021 in the MEDLINE database, LILACS SCIELO considering the period from 2015 to 2021. We found 263 articles, six of which met the inclusion criteria, which were analyzed by thematic analysis. **Results:** discussed in four categories that presented the outcomes: Transfer to the hospital; Obstetric interventions and complications; Neonatal hospitalization; Humanized childbirth. The study allowed to find that women who opted for the PHB sought humanized care that allowed protagonism and and respect for the physiology of childbirth. **Conclusion:** In view, previous experiences of parturition and the current medicalized and interventional obstetric model, it was found that the PHB in women at habitual risk presented positive maternal and neonatal results.

Keywords: Home Childbirth; Birth and Home; Humanizing Delivery.

RESUMEN

Objetivo: identificar, en la literatura científica, los resultados maternos y neonatales en el parto domiciliario planificados. **Metodología:** Revisión integrativa realizada en marzo y abril de 2021 en la base de datos MEDLINE, LILACS SCIELO, considerando el período de 2015 a 2021. Se encontraron 263 artículos, de los cuales seis cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales fueron analizados por análisis temático. **Resultados:** fueron discutidos en cuatro categorías que presentaron los desenlaces: Traslado al hospital; Intervenciones obstétricas y complicaciones; hospitalización neonatal; Nacimiento humanizado. El estudio permitió verificar que las mujeres que optaron por el parto domiciliario planificado buscaban una atención humanizada que permitiera el protagonismo y el respeto a la fisiología del parto. **Conclusión:** frente a experiencias previas de parto y al actual modelo obstétrico medicalizado e intervencionista, se constató que el parto domiciliario planificado en mujeres de riesgo habitual presentó resultados maternos y neonatales positivos.

Palabras-clave: Parto Domiciliario; Nacimiento y Hogar; Parto Humanizado.

INTRODUÇÃO

Historicamente o parto era um processo vivido no espaço doméstico e vivenciado pelas mulheres juntamente com seus familiares e geralmente não necessitava de intervenções. Para melhor garantir os direitos reprodutivos da mulher a OMS reconhece que cada parto tem suas particularidades⁽¹⁾.

Fazendo frente a este modelo de assistência, o Ministério da Saúde (MS) buscou implementar estratégias para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, por meio do programa de humanização do pré-natal e do nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha, visando assegurar uma rede de cuidados equitativa e integral^(2,3). Nesse conjunto de ações, recentemente foram lançadas as Diretrizes Nacionais para a Assistência ao Parto Normal, preconizando-se cuidado respeitoso à todas as mulheres, digno e com privacidade, propondo apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto⁽⁴⁾.

Neste contexto, a Enfermeira Obstétrica (EO) é reconhecida como profissional com aptidão para assistir o parto e o nascimento de risco habitual e recomenda-se que o local do nascimento deve ser aquele em que a mulher se sentir mais segura, podendo ser no domicílio, embora não disponível no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, a escolha pelo domicílio é recomendada e incentivada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desde que a assistência seja realizada por profissional qualificado como médico ou EO e com plano de transferência para os casos indicados, sendo discutido e esclarecido antes do parto. Deve-se avaliar a distância da casa para o hospital e o tempo de deslocamento. O termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) deve ser assinado e discutido até 37 semanas de gestação⁽⁵⁻⁷⁾.

Nesse cenário, a enfermagem obstétrica tem papel importante na assistência ao parto domiciliar planejado, buscando resgatar práticas baseadas em evidência que visem à humanização no processo de parturição e à construção de novos espaços de nascimento, garantindo os direitos reprodutivos da mulher, da família e do neonato. Frente a isso, a EO está legalmente amparada quanto à assistência ao parto de risco habitual através da Lei nº 7.498, de vinte e cinco de junho de 1986, que a habilita para assistência a parturiente em trabalho de parto vaginal assim como para identificar distócias obstétricas, intervir até a chegada do médico, realizar episiotomia e episiorrafia e aplicar anestesia local, quando necessário⁽⁶⁾.

A assistência ao parto domiciliar planejado inclui atividades no pré-natal, acompanhamento à mulher no parto e no pós-parto imediato. Gestantes que atendem aos critérios de uma gestação de risco

habitual iniciam o pré-natal no domicílio, e a partir da trigésima sétima semana de gestação, o pré-natal passa a ser realizado semanalmente até o parto. Desde a primeira consulta, discute-se sobre a possibilidade de construção de um plano B, o que consiste no planejamento de transferência para o hospital, caso seja preciso sendo de responsabilidade do profissional a decisão pela transferência, embasada em avaliação clínica. No entanto, a parturiente pode optar pela transferência a qualquer momento durante o trabalho de parto, devendo ser atendida sua vontade pela equipe⁽⁵⁾. Quando houver transferência eletiva, o transporte pode ser realizado em veículo particular. Em caso de sofrimento fetal, parada progressiva do trabalho de parto, outras situações que não condizem com risco habitual, o encaminhamento será realizado para hospital público ou privado com plantão obstétrico conforme acordo prévio, sendo regularizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou serviço privado, cabendo ao profissional responsável pelo parto domiciliar passar todas as informações necessárias por escrito e por telefone para o SAMU e/ou equipe hospitalar⁽⁵⁾.

Dessa forma, o domicílio trouxe para os profissionais, o resgate da humanização no processo de nascimento e a autonomia da mulher com menos tecnologias invasivas obstétricas⁽⁸⁾.

Potencializando a relevância da atuação da EO no processo parturitivo, o

atendimento da categoria contribui para a redução da morbimortalidade materna, assegurando um nascimento seguro através do fortalecimento da capacidade técnica dos profissionais, que corrobora as competências e habilidades embasadas nas boas práticas baseadas em evidências científicas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde⁽⁹⁾.

Assim, acredita-se que este estudo possa contribuir na produção de subsídios acerca dos desfechos maternos e neonatais no parto domiciliar planejado, assim como dos benefícios do modelo de assistência a mulher e sua família.

Frente a estas indagações, o estudo tem a seguinte questão de pesquisa: Quais os desfechos maternos e neonatais no parto domiciliar planejado?

Para tal, o estudo teve como objetivo geral analisar a produção científica relativa aos desfechos maternos e neonatais no parto domiciliar planejado.

Por fim, espera-se que o estudo possibilite qualificar a assistência ao parto domiciliar planejado, resgatando a fisiologia do parto e a autonomia da mulher durante todo o ciclo gravídico puerperal, bem como, na elaboração de estratégias, políticas e programas para garantir acesso as mulheres que desejam experienciar o parto e nascimento de forma natural e fisiológica no ambiente domiciliar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa que conforme Mendes, Silveira e Galvão⁽¹⁰⁾ é um método baseado em evidências com objetivo de traçar uma análise do conteúdo já desenvolvido em pesquisas anteriores, em um determinado tempo, propiciando a síntese de vários estudos publicados. Desta forma, serão construídos novos conhecimentos, através de resultados apresentados por pesquisas anteriores.

A elaboração deste estudo seguiu as seis etapas descritas por Mendes, Silveira e Galvão⁽¹⁰⁾:

- 1) identificação da hipótese de questão norteadora, elaboração de uma problemática pelo pesquisador de modo claro e objetivo seguido da identificação de descritores;
- 2) seleção de amostragem estabelecendo critérios de inclusão e exclusão momento de estipular transparência para que proporcione profundidade, qualidade e confiabilidade na seleção;
- 3) categorização dos estudos definição quanto à extração das informações dos artigos revisados com objetivo de compendiar e organizar tais informações;
- 4) avaliação dos estudos análise crítica dos dados extraídos;
- 5) discussão e interpretação dos resultados contrapondo fundamentação dos resultados com o entendimento teórico e avaliação

quanto sua aplicabilidade;

6) apresentação de revisão integrativa e síntese do conhecimento, informações de cada artigo revisado de maneira sucinta e sistematizadas demonstrando as evidências encontradas⁽¹⁰⁾.

Inicialmente, a construção da temática se deu a partir do interesse e da área de atuação da pesquisadora buscando subsidiar um raciocínio teórico e incluir definições aprendidas por pesquisas já realizadas na área da obstetrícia e tema desfechos maternos e neonatais. No sentido de direcionar a presente revisão formulou-se a seguinte questão norteadora: quais os desfechos maternos e neonatais no parto domiciliar planejado?

Na segunda etapa foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Os critérios de inclusão foram: artigos completos publicados em português, inglês e espanhol, de acesso gratuito e online, publicados no período de 2015 a 2021.

Os critérios de exclusão foram: publicações que não respondiam à questão norteadora, bem como dissertações, teses, estudos somente com resumos e revisões de literatura.

A presente pesquisa foi realizada a partir de bases de dados eletrônicas destinadas à busca de artigos científicos. Foram utilizadas as seguintes bases: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciência da Saúde

(LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), as quais

Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS):

apresentam o rigor científico exigido para a indexação de periódicos.

Quadro 1- Busca de Descritores

DeCS	Estratégia
Home Childbirth Birth	Home AND Childbirth Childbirth AND Home Birth AND Home

Fonte: Elaborada pela autora.

A coleta de dados foi desenvolvida no mês de março e abril de 2021.

Os dados da pesquisa foram organizados e categorizados, após exploração criteriosa dos artigos. Para análise e interpretação dos dados, foi construído e preenchido um quadro em ordem numérica crescente no programa Microsoft Word de acordo com: ano de publicação, título, autores, periódico, tipo/abordagem do estudo, país em que ocorreu a investigação, delineamento do estudo, amostra e termo utilizado para denominar desfechos maternos e neonatais, nível de evidência de acordo com a questão norteadora

desta revisão.

A apresentação dos resultados foi efetivada por meio de um quadro, sendo possível conhecer, através da síntese e comparação das informações obtidas dos autores nos artigos, quais os desfechos maternos e neonatais no parto domiciliar planejado.

Para a classificação do nível de evidência foi utilizado como referência os autores Melnyk e Fineout-Overholt⁽¹¹⁾, sendo o nível de evidência especificado em uma escala numérica onde o nível 1 significa o de maior evidência e o nível 7, o de menor evidência.

Quadro 2- Nível de evidência

Nível de evidência	Tipo de estudo
1	Revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados

2	Ensaio clínico randomizado controlado
3	Ensaio clínico sem randomização
4	Coorte e caso controle
5	Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
6	Estudo descritivo ou quantitativo
7	Opinião de especialista

Fonte: Adaptado de autores⁽¹¹⁾.

Quanto aos aspectos éticos, foram respeitados os direitos autorais e o conteúdo, não havendo modificação destes em benefício a revisão e as devidas citações e referências de acordo com Lei dos Direitos Autorais número 12.853, de 14 de agosto de 2013⁽¹²⁾.

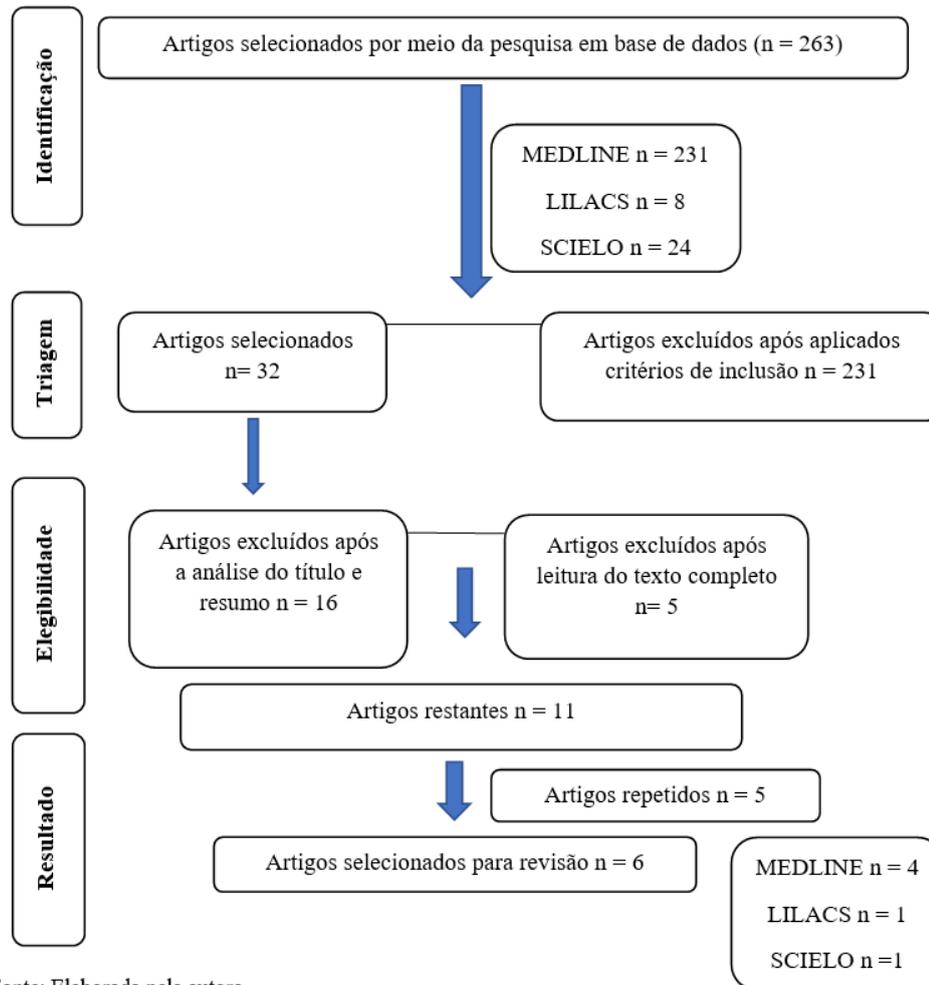
RESULTADOS

A fim de responder à questão de pesquisa procedeu-se a consulta as bases de dados constantes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para tanto, utilizou-se as palavras-chave: childbirth AND home, birth AND home, home AND childbirth.

Demais estratégias de busca foram realizadas em tela que permitiu alcançar uma maior amplitude de publicações científicas. Desta forma, foram localizados no total de 263 artigos. Destes 231 estavam indexados

na MEDLINE, 8 LILACS e 24 SCIELO. Após a aplicação dos critérios de inclusão, restaram 32 artigos. Seguiu-se a leitura de título e resumo dos mesmos, sendo selecionados 16 artigos para leitura e análise na íntegra do texto completo. Cinco artigos foram excluídos por não responderem à questão norteadora do presente estudo e cinco por estarem repetidos, restando uma mostra final de 6 artigos, conforme demonstrado na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da Amostra



Fonte: Elaborada pela autora

Os artigos que compuseram a amostra final eram 3 brasileiros e 3 internacionais, sendo 4 indexados na MEDLINE, 1 indexado LILACS, 1 indexado SCIELO.

Quanto à variável abordagem do estudo, 100% das produções são quantitativas. Foi, ainda, criada uma codificação alfanumérica (E1 a E6), apresentando os 3 primeiros brasileiros e os outros 3 artigos internacionais, a fim de facilitar a identificação dos estudos durante a discussão.

Quadro 4 - Síntese dos estudos acerca de desfechos maternos e neonatais

Código artigo	Título artigo	Autores	Ano/ País/ Periódico	Delineamento do estudo/ Amostra	Termo utilizado	Nível de evidência
E1 ⁽¹³⁾	Resultados maternos dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras da equipe Hanami no sul do Brasil, 2002-2012	KOETTKER, Joyce Green; BRUGGEMANN, Odaléa Maria; KNOBEL, Roxana ⁽¹²⁾	2017, Brasil Texto Contexto Enferm	Estudo quantitativo 212 mulheres e seus RNs	Parto domiciliar planejado	6
E2 ⁽¹⁴⁾	Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil	KOETTKER, Joyce Green, et al ⁽¹³⁾	2018, Brasil Rev Esc Enferm USP	Estudo quantitativo 667 mulheres e seus RNs	Parto domiciliar planejado	6
E3 ⁽¹⁵⁾	Resultados de parto domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas	SANTOS, Simone Silva et al. ⁽¹⁴⁾	2018, Brasil Rev Enferm UFSM	Estudo quantitativo 99 mulheres e seus RNs	Parto domiciliar planejado	6
E4 ⁽¹⁶⁾	Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at higher risk of complications: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study	Y, Li et al. ⁽¹⁵⁾	2015, Reino Unido The Authors BJOG Na International Journal of Obstetrics and Gynaecology	Estudo de coorte prospectivo 8180 mulheres de alto risco	Planned Home	4

E5 ⁽¹⁷⁾	Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries – a prospective cohort study	BLIX, Ellen et al. ⁽¹⁶⁾	2016, Noruega Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology	Estudo de coorte prospectivo 3068 mulheres que tiveram partos domiciliares	Planned Home	4
E6 ⁽¹⁸⁾	Planned private homebirth in Victoria 2000-2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data	Davies-Tuck et al. ⁽¹⁷⁾	2018, Australia, BMG Pregnancy and Childbirth	Estudo de coorte de base populacional 3945 mulheres que planejaram PD 829.276 mulheres planejaram parto hospitalar	Planned, homebirth	4

Fonte: Elaborado pela autora.

Para a avaliação dos artigos, foi levada em consideração suas semelhanças, tendo como intenção organizar e somatizar as informações de maneira concisa, analisar questões que podem ser utilizadas na avaliação crítica dos estudos selecionados como: questão de pesquisa, estruturação e relevância da questão de pesquisa, metodologia do estudo e a adequação dos sujeitos à questão da pesquisa⁽⁹⁾

Em 90% dos artigos (E5) a transferência para hospital foi citada como um desfecho materno e neonatal; 66% (4) artigos destacam, menores taxas de intervenções obstétricas associadas à menores taxas de morbidade materna,

admissões em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Somente um artigo nacional cita a implantação de boas práticas.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam que o número de mulheres que optam pelo Parto Domiciliar Planejado está aumentando. No domicílio a liberdade de escolha da posição de parto e a oportunidade de realizar parto normal, inclusive após cesárea prévia, resultados estes que diferem da assistência hospitalar brasileira (E2)⁽¹⁴⁾.

Com relação as características sociodemográficas predominantes das mulheres que optaram pelo Parto Domiciliar

Planejado (PDP) foram, ensino superior completo ou em andamento (a incidência oscilou entre 80% e 85%), exercendo atividade remunerada (85% e 90%), a faixa etária da maioria das mulheres foi entre (30 a 34 anos) (E1, E2, E3, E4, E5, E6) ⁽¹³⁻¹⁸⁾.

Internacionalmente, a população que optou pelo PDP era múltipara, diferentemente do que é apresentado na literatura nacional que evidencia que a maior parte das mulheres que optam pelo PDP é primípara. Tal evento pode ocorrer na tentativa de sofrerem poucas intervenções durante o trabalho de parto e parto, a liberdade de escolha de posição de parto, incluindo a possibilidade de parto na água (E2)⁽¹⁴⁾. Houve um aumento de 131 por ano em 2000 para 315 no número de mulheres que planejavam um parto em casa, independentemente do status de risco, isso refletiu em um aumento de 2,6 vezes para mulheres de baixo risco e 1,8 para alto risco. Dentre as mulheres que planejavam o PDP, 3202 (81%) foram identificadas como tendo uma gravidez de baixo risco(E6)⁽¹⁸⁾.

Desfecho: Transferência ao hospital

Quanto aos resultados de desfechos maternos e neonatais brasileiros, a taxa de transferência materna durante o trabalho de parto oscilou entre (2,0% a 19,2%), ficando abaixo ou em torno do que é apresentado em estudos internacionais que oscila (13,1 a 39%) dependendo do país. (E1, E2, E3, E5)^(13-15,17).

Cabe destacar que as transferências foram

mais comuns em mulheres primíparas, entre as 3.068 mulheres, 402 (13,1%) foram transferidas para o hospital durante o trabalho de parto ou dentro de 72 horas após o parto incluindo 32,7% de todas primíparas e 8,0% de todas as múltiparas. As taxas de transferência durante o trabalho de parto entre primíparas e múltiparas foram de 24,0 % e 4,8 %. (E5)⁽¹⁷⁾. Em consonância com os resultados um estudo⁽¹⁶⁾ refere que as transferências em mulheres primíparas foram de 39% que planejavam o parto domiciliar em comparação com 14% de múltiparas. Entre as mulheres que planejavam o PDP os fatores de risco mais comuns foram cesárea anterior (41,9%) e pós termo (32,5%), (E6)⁽¹⁸⁾. Dentre as causas de transferência materna no trabalho de parto destaca-se: parada na dilatação do colo uterino e a descida do feto, alteração da FCF. (E1, E2, E3, E5)^(13-15,17). Ainda se tratando de variáveis quanto à avaliação do trabalho de parto (27,3%) das mulheres assistidas que tiveram o partograma preenchido apresentaram curva ascendente satisfatória de evolução do trabalho de parto e cinco (18,5%) tiveram cruzamento, indicando a necessidade de condutas para correção de desvios fisiológicos, sendo transferidas. (E3)⁽¹⁵⁾. Para realizar as transferências por motivos não urgentes, o carro particular foi o veículo mais utilizado (49,2%), seguido por uma ambulância (38,7%), táxi translado (5,5%) desta forma, as transferências foram concluídas em 30 minutos em (68,4%).

(E5)⁽¹⁷⁾.

Neste cenário as taxas de cesariana variaram de (2,5 a 17%), (E2, E3, E6)^(14,15,18). Quanto aos procedimentos obstétricos utilizados, 6,8% tiveram parto vaginal com fórceps ou vácuo e realizaram analgesia (3,2 a 34%). (E2, E6)^(14,18). Sendo assim, mulheres com gravidez de “alto risco” que planejavam um PDP foram significativamente mais propensas a ter um parto vaginal espontâneo do que as que planejavam um parto hospitalar (86,1% contra 53,2%) (E6)⁽¹⁸⁾. Em consonância com os resultados, o estudo (E2)⁽¹⁴⁾ refere que das 79 mulheres com cesárea prévia que iniciaram acompanhamento no domicílio 75,9% tiveram parto normal no domicílio, entre as mulheres que tiveram cesárea prévia, mas também parto vaginal anterior, totalizando PDP (96,0%). No Brasil não existe protocolo para o atendimento no PDP, desse modo, as equipes decidem incluir ou não mulheres com cesárea prévia no seu protocolo de atendimento e qual o intervalo interpartal. (E2)⁽¹⁴⁾.

Desfecho: Intervenções obstétricas e intercorrências

No conjunto de intervenções obstétricas realizadas destaca-se a taxa de episiotomia, ficando entre (0% a 0,5%) em estudos nacionais. (E1, E2, E3)⁽¹³⁻¹⁵⁾. No estudo (E2)⁽¹⁴⁾ do total de 667 mulheres, nenhuma foi submetida à episiotomia, (5,4%) foram submetidas à amniotomia, três parturientes

receberam ocitocina. Quanto aos estudos internacionais a taxa de episiotomia se mostra em (2,9%) e o trauma perineal grave (1,0%) (E6)⁽¹⁸⁾. Com relação a integridade perineal, a taxa de laceração de 1º grau variou (37,8% a 72,2%, 2º grau (7,9% a 28,5%), 3º grau (0,7%) 4º grau (0,2%) (E1, E2, E3, E6)^(13-15,18). A incidência de períneo íntegro foi de 27,3% sendo que, em um estudo de 2018 apenas 57,8% das lacerações foram suturadas. (E1, E2)^(13,14).

Nesse panorama as intercorrências em mulheres no pós-parto foram por retenção placentária associada à hemorragia pós-parto. (E1, E3, E5)^(12,14,16) sendo assim, duas (9,5%) foram removidas, sendo uma (4,8%) por retenção placentária associada à hemorragia pós-parto controlada e outra (4,8%) por retenção placentária. (E3)⁽¹⁵⁾. Em contraste, a taxa de hemorragia pós-parto foi significativamente mais baixa no PDP quando comparada ao parto hospitalar, (14,5% v's 19,6%). (E6)⁽¹⁸⁾.

Cabe destacar que os fatores de risco identificados nas mortes perinatais entre parto hospitalar x PDP foram: complicações médicas (35% das mortes perinatais), cesárea anterior (28% das mortes perinatais), apresentações não cefálicas (22% das mortes perinatais). Em relação as mulheres que planejaram o parto em casa, a cesárea anterior e a pós- termo foram fatores de risco comuns, houve um óbito materno entre as mulheres do PDP e 23 entre as que planejavam o parto no hospital. (E6)⁽¹⁸⁾.

Para parturientes de baixo risco, PDP foi associado a uma taxa significativamente menor de admissão materna em UTI (0,2%) (E6)⁽¹⁸⁾.

O estudo⁽¹⁶⁾, identificou que tanto mulheres de baixo risco quanto de alto risco, o risco de um desfecho perinatal adverso foi menor em parto domiciliar (primíparas 27,7 por 1000 partos) v's (46,0 para 1000 nascimentos em hospitais), para mulheres multíparas (12,3 para 1000 partos domiciliares) v's (26,8 para 1000 partos hospitalares). Assim, as taxas de eventos foram mais elevadas em mulheres primíparas, mas não houve evidência de que a diminuição relativa do risco de um evento adverso em partos domiciliares difere de paridade em geral, o risco de desfecho "composto principal" foi significativamente menor em partos domiciliares.

Quanto a intervenções e desfechos maternos, a comparação parto hospitalar e domiciliar, o parto domiciliar foi associado a um risco significativamente menor de intervenções no intraparto e desfechos maternos adversos que requerem cuidados obstétricos, tanto em primíparas quanto em multíparas "maior risco"; com probabilidade maior de parto vaginal em mulheres de risco zero e mulheres de "maior risco".(E4)⁽¹⁶⁾.

Desfecho: Internação neonatal

Quanto à incidência de internação na UTI neonatal a taxa foi maior em mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado, (0,44% v's a 0,20%), enquanto as taxas de

admissão em SCN (1,8% v's a 8,3%), trauma nascimento (1,4% v's a 6,6), hipoxia intrauterina (1,5% v's a 5,8) e a morbidade perinatal composta (3,6% v's a 13,4%) foram significantes menores. Sendo assim, não houve diferença estatística nas taxas de natimortalidade e mortalidade neonatal, baixo índice de Apgar de 5 minutos, ou demais morbidades perinatais entre mulheres de baixo risco que planejavam o parto em casa quando comparadas com aquelas que planejavam o parto hospitalar. Para mulheres de alto risco não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de natimorto entre mulheres que planejavam o parto domiciliar ou hospitalar, porém, taxa de morte neonatal foi 7,2 maior (5,3 por 1000 v's 0,74 por 1000) e a taxa de admissão na UTI foi 4 vezes maior (1,6% v's 0,4%) Em contrapartida, as taxas de internação em unidade de cuidados especiais (4,4% v's 13,7%), trauma de nascimento (3,1% v's 7,6%), hipoxia intrauterina e morbidade perinatal (7,8% v's 16,9%), foram significativamente menores no grupo de parto planejado. (E6)⁽¹⁸⁾.

No Brasil, as gestantes de baixo risco devem ser informadas de que o parto normal é seguro tanto para a mulher quanto para a criança, informando também sobre riscos e benefícios dos locais de parto, bem como quanto às complicações. O parto no domicílio não faz parte das políticas atuais de saúde no Brasil e ainda não está disponível no sistema de saúde. No entanto,

não se deve desencorajar o parto no domicílio, desde que tenham acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência⁽⁴⁾.

As indicações para admissão UTI neonatal mais frequente foram: problemas respiratórios, baixo índice de Apgar, tendo como intervalo médio do nascimento ao início da transferência de 1 hora e 45 minutos. (E5)⁽¹⁷⁾. No que diz respeito ao PDP versus PDP em mulheres de “maior risco”, admissões na UTI neonatal representam um resultado perinatal adverso por mais de 48 horas devido, hipoglicemia, e ou sepse ou sepse suspeita totalizando 50% das admissões. Quanto aos desfechos adversos “composto intraparto” constituíram 12,4% com internações em UTIN por mais de 48 horas por outros motivos, representando um total de 87,6% dos eventos. Entretanto, o parto domiciliar constituiu 46,7% desfecho “composto intraparto” e as internações em UTIN por mais de 48 horas por outros motivos representaram 53,3% dos eventos. Observou-se que mulheres de “maior risco” sem “condições complicadas”, indicando que o risco de internação em Unidade de Internação Neonatal UTIN foi maior em nascimentos hospitalares, mesmo na ausência de complicações como ruptura prolongada de membrana e coloração de mecônio. (E4)⁽¹⁶⁾.

Um dos estudos nacionais demonstrou que apenas 4,8% dos recém-

nascidos foi para UTI neonatal para profilaxia com antibiótico devido rotina hospitalar pelo tempo de bolsa rota maior de 24 horas, recebendo alta hospitalar breve, sem demais complicações. (E3)⁽¹⁵⁾.

Desfecho: Parto humanizado

No que diz respeito ao atendimento de qualidade, o PDP possibilita a redução de intervenções, menores taxas de cesariana, maior incentivo a autonomia e protagonismo da mulher (E1, E2)^(13,14). A recomendação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal é de que métodos não farmacológicos de alívio da dor sejam oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos⁽⁴⁾. A implantação de boas práticas de cuidado humanizado referente aos métodos não farmacológicos para alívio da dor foi citada somente em um estudo nacional. E os três métodos predominantes foram: banho de imersão em (72,3%), banho terapêutico de chuveiro em (36,2%) e uso de bola suíça em (14,9%). No que diz respeito ao acompanhante durante o processo de trabalho de parto e nascimento domicílio (87,2%), os mais frequentes foram o companheiro em (83,0%), a doula (30,8%), e os filhos (28,7%). Ainda se tratando de boas práticas, o contato pele a pele ocorreu em (87,5%), amamentação na primeira hora (81,3%), destaca-se que em (43,7%) a expulsão fetal ocorreu na água (E3)⁽¹⁵⁾. Quanto as posições de parto adotadas pelas mulheres foram: cócoras no banquinho, quatro apoios/

genupeitoral e cócoras sustentada, quase totalidade pariu em posição verticalizada (E2)⁽¹⁴⁾.

Com isso, a Enfermeira Obstétrica na assistência ao PDP visa assegurar práticas de cuidado humanizado consideradas categorias A: oferta de líquidos claros por via oral durante o trabalho de parto; ausculta fetal intermitente; implementação do partograma com linha de ação de 4 horas (deve ser utilizado para o registro do progresso do parto), manejo não farmacológico de alívio da dor; a mulher deve ser incentivada a adotar qualquer posição que ela se sentir confortável incluindo posições de cócoras, lateral ou quatro apoios; realizar clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos; estimulação do contato pele a pele para facilitar a amamentação⁽⁴⁾.

Salienta-se como o PDP uma opção segura, viável e de qualidade para a família vivenciar esse processo, mulheres assistidas nesse local estão recebendo uma assistência que é congruente com as evidências científicas (E2, E3)^(14,15).

CONCLUSÕES

O estudo que se encerra oportunizou constatar que mulheres que optaram pelo PDP buscavam pelo cuidado humanizado que permitisse o protagonismo e o respeito à fisiologia do parto. Tendo em vista, as experiências prévias de parturição e o modelo obstétrico atual medicalizado e

intervencionista mobilizaram a procura por um novo modelo de parto e de nascimento.

Através do estudo pode-se observar consonância com a literatura internacional, corroborando para uma assistência segura ao PDP. Verificou-se que a literatura internacional conta com maior número de mulheres pesquisadas propiciando, evidências científicas sólidas.

Verificou-se que o PDP em mulheres de risco habitual apresentaram resultados maternos e neonatais positivos, quando comparadas com mulheres de “alto risco”. No Brasil não existe protocolo para o atendimento no PDP, desse modo, as equipes decidem incluir ou não mulheres com cesárea prévia no seu protocolo de atendimento. Cabe destacar, que a EO está apta para o atendimento de parto e nascimento de risco habitual. Ainda foi demonstrado neste estudo como

desfechos maternos e neonatais: Transferência ao hospital; Intervenções obstétricas e intercorrências; Internação neonatal; Parto humanizado.

Desta maneira, faz-se necessárias novas pesquisas a respeito do tema de modo a contribuir para evidências acerca aos desfechos maternos e neonatais.

Salienta-se que a atuação da EO na assistência ao PDP valida o resgate do empoderamento da mulher quanto à fisiologia do parto, ofertando uma assistência humanizada baseada em práticas pautadas nas evidências científicas e no uso

de tecnologias não invasivas que viabilizem resultados positivos e promovam o vínculo familiar. Logo, torna-se imprescindível o estímulo a programas de humanização e de nascimento quanto ao PDP como uma opção segura e viável, com aplicação de estratégias que adotem esse modelo de atendimento e que resgatem práticas humanizadas e éticas; mobilizando mudanças no modelo obstétrico atual. Por fim, sugere-se a realização de novos estudos com enfoque no PDP com finalidade de ampliar a visibilidade da assistência parturitiva e atuação da enfermeira obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva. BJOG: IJGO, [Internet]. 2020 [acesso em 23 set. 2020]; 6(124):860–2. Disponível em: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANCOverviewBrieferA4PG.pdf>.
2. Brasil. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização [Internet]. Ministério da Saúde. 2005 [acesso em 22 ago. 2020]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/pnh.pdf>.
3. Brasil. Portaria GM, n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 22 ago 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
4. Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS [Internet]. Ministério da Saúde. 2017 [acesso em 22 ago 2020]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.
5. Coren/ Rs. Resolução Cofen, 0478/2015-Justiça reafirma legalidade da enfermeira obstétrica. Em ação movida pelo Coren-Re, Sergs e Abenfo, justiça confirma legalidade ao parto domiciliar, bem como a realização do parto por profissionais habilitados [Internet]. Coren/Rs. 2016 [acesso em 23 set 2020]. Disponível em: https://www.portalcorenrs.gov.br/site_antigo/index.php?categoria=servicos&pagina=noticias-ler&id=4938
6. Brasil. Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986 - Dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Presidência da República, 1986 [acesso em 22 ago 2020]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/L7498.htm.
7. World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. Genebra: WHO; 2004.
8. Capone GF, Rocha CMF, Campos MPA, Menezes MO, Silva LSL, et al. Assistência de enfermagem na humanização do parto domiciliar planejado: Revisão integrativa. International Nursing Congress [Internet]. 2017 maio [acesso em 22 ago 2020]; 1(1): 9-12. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/6195/2145>
9. Ramos WMA, Aguiar BGC, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci PA. Contribuições da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. R. Fund. Care On [Internet]. 2018 jan-mar [acesso 04 mai 2021]; 1(10):173-79. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6019/pdf_1. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.173-179
10. Mendes, KDS, Silveira, RCCP, Galvão,



CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *T Cont Enf, F* [Internet]. 2008 out-dez [acesso em 22 set 2020];4(17):758-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

11. Melnyk BM, Fineout-Overholt, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk, BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.

12. Brasil. Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências [internet]. Presidência da República. 2013 [acesso em 17 out 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112853.htm

13. Koettker JG, Bruggemann OM, Knobel R. Resultados maternos dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras da equipe Hanami no Sul do Brasil, 2002-2012. *T Cont Enf F* [Internet]. 2017 jul [acesso em 05 mai 2021];26 (1):1-11. Disponível em: TCE_2015-0311-rev.indd (scielo.br). doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003110015>

14. Koettker JG, Bruggemann OM, Freitas PF, Riesco MLG, Costa R. Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil. *R Esc Enf USP* [Internet]. 2018 mai [acesso em 02 jun 2021]; 52: 01-07. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/33NGVhjgFXMkHr6b5SgDS6h/?lang=pt&format=pdf>.

15. Santos SS, Boeckmann LMM, Baraldi ACP, Melo MC. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. *R Enf UFSM* [Internet]. 2018 mar [acesso em 04 mai 2021]; 8(1); 129-43 Disponível em: Resultados de

partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. *Revista de Enfermagem da UFSM*. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769228345>

16. Li Y, Townend J, Rowe R, Brocklehurst P, Knight M, Linsell L, et al. Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at higher risk of complications; secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *J Obst Gyn* [internet]. 2015 abr [acesso em 03 mai 2021];122(5): 741-53. Disponível em: Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at 'higher risk' of complications: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study (nih.gov). doi: 10.1111/1471-0528.13283.

17. Blix E, Kumle MH, Ingversen K, Huilfeldt AS, Hegaard HK, Olafsdottir, OA, et al. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries - a prospective cohort study. *Act Obst Gyn Scand* [Internet]. 2016 abr [acesso em 03 mai 2021]; 95(4):420-8. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12858> . DOI: 10.1111/aogs.12858

18. Davies-Tuck LM, Wallace EM, Davey MA, Veitch V, Oats J. Planned private homebirth in Victoria 2000-2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data. *BMC Preg and Chi*, [Internet]. 2018 [acesso 02 jun 2021];18:357-65. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-018-1996-6.pdf>.

Submissão: 2022-03-04

Aprovado: 2022-06-22

