

Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais*

PLANNED HOME BIRTHS ASSISTED BY NURSE MIDWIVES: MATERNAL AND NEONATAL TRANSFERS

PARTOS DOMICILIARIOS PLANIFICADOS ATENDIDOS POR ENFERMERAS OBSTÉTRICAS: TRASLADOS MATERNALES Y NEONATALES

Joyce Green Koettker¹, Odaléa Maria Brüggemann², Rozany Mucha Dufloth³

RESUMO

O presente trabalho trata-se de estudo exploratório-descritivo que teve como objetivo descrever a taxa e as causas de transferência intraparto para o hospital de mulheres assistidas no domicílio por enfermeiras obstétricas e os desfechos desses nascimentos. A amostra foi composta por onze mulheres e seus recém-nascidos, de janeiro de 2005 a dezembro de 2009. Os dados foram coletados em prontuários e cadernetas de saúde e analisados por estatística descritiva. A taxa de transferência foi de 11%, a maioria de nulíparas (63,6%), e todas foram transferidas durante o primeiro período clínico do parto. Os motivos mais frequentes de transferência foram parada de dilatação cervical e progressão da apresentação fetal, e desproporção cefalopélvica. Os escores de Apgar no 1º e 5º minutos foram ≥ 7 em 81,8% dos casos e não houve internação em unidade de terapia intensiva neonatal. Neste estudo constatou-se que o parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras obstétricas, com protocolo assistencial, apresentou bons resultados maternos e neonatais, mesmo quando a transferência para o hospital foi necessária.

DESCRIPTORIOS

Parto domiciliar
Enfermagem obstétrica
Transferência de pacientes
Hospitalização

ABSTRACT

The objective of this explorative and descriptive study was to describe the rates and reasons for intrapartum transfers from home to hospital among women assisted by nurse midwives, and the outcomes of those deliveries. The sample consisted of eleven women giving birth and their newborns, from January 2005 to December 2009. Data was collected from the maternal and neonatal records and was analyzed using descriptive statistics. The transfer rate was 11%, most of the women were nulliparous (63.6%), and all of them were transferred during the first stage of labor. The most common reasons for transfer were arrested cervical dilation, arrested progress of the fetal head and cephalopelvic disproportion. Apgar scores were ≥ 7 for 81.8% of the newborns; and there were no admissions to the neonatal intensive care unit. The results show that planned home births assisted by nurse midwives following a clinical protocol, had good outcomes even when a transfer to the hospital was needed.

DESCRIPTORS

Home childbirth
Obstetrical nursing
Patient transfer
Hospitalization

RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo que objetivó describir la tasa y causas de traslados hospitalarios intraparto a mujeres atendidas en domicilio por enfermeras obstétricas y los desenlaces de tales nacimientos. Muestra compuesta por once mujeres y sus recién nacidos, de enero 2005 a diciembre 2009; datos recolectados a partir de historia clínicas y carpetas de salud, analizadas por estadística descriptiva. La tasa de traslado fue 11,0%, mayoritariamente de nulíparas (63,3%), todas ellas trasladadas durante el primer período clínico del parto. Los motivos más frecuentes obedecieron a interrupción de dilatación cervical, progresión de presentación fetal y desproporción cefalopélvica. Los puntajes de Apgar en minutos 1 y 5 fueron ≥ 7 en 81,8% de los casos, no produciéndose internación en unidad de terapia intensiva neonatal. Según el estudio, el parto domiciliar planificado atendido por enfermeras obstétricas según protocolo de atención, exhibió buenos resultados maternos y neonatales, inclusive cuando fue necesario efectuar traslados hospitalarios.

DESCRIPTORIOS

Parto domiciliar
Enfermería obstétrica
Transferencia de pacientes
Hospitalización

* Extraído da dissertação "Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras", Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. ¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira Obstétrica da Maternidade Carmela Dutra e da Equipe Hanami – o Florescer da Vida – Parto Domiciliar Planejado. Florianópolis, SC, Brasil. joycegreenk@yahoo.com.br ² Doutora em Tocoginecologia. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. odalea@ccs.ufsc.br ³ Médica Anatomopatologista. Doutora em Tocoginecologia. Professora Adjunta 3 do Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil. rozany.dufloth@gmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, praticamente todas as mulheres são assistidas em ambiente hospitalar ao dar à luz. Dados de estatística do registro civil demonstram que 96,9% dos nascimentos no ano de 2007 ocorreram em hospitais⁽¹⁾. Estudo de base populacional indica taxa de atendimento ao parto domiciliar nas diferentes regiões do país de 0,1% (Região Sudeste) a 7,5% (Região Norte), enquanto na Região Sul foi de 0,2% no ano de 2006⁽²⁾.

As mulheres que optam pelo parto domiciliar participam mais ativamente do trabalho de parto e do parto, são menos ansiosas e confiam mais na fisiologia do próprio corpo do que as que escolhem o hospital como local de parturição⁽³⁾. A assistência ao parto no domicílio está associada a menos intervenções e menores taxas de cesariana. As mulheres são mais respeitadas quanto à escolha da posição de parir e há maior estímulo ao contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e à amamentação⁽³⁾.

Estudo holandês que comparou resultados de partos domiciliares aos de partos hospitalares, com 529.688 gestantes de baixo risco, apontou que o parto domiciliar não está associado a maior risco de mortalidade nem de morbidade perinatal e de admissão de recém-nascidos (RNs) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)⁽⁴⁾. Estudos realizados na Suíça e Canadá obtiveram resultados semelhantes^(3,5), com taxas de transferência materna do domicílio para o hospital entre 19,0 e 30,6%, e a neonatal de 1,6 a 3,4%⁽⁶⁻¹⁰⁾.

Esses indicadores procedem em sua maioria de estudos internacionais, porém dados brasileiros apontam resultados similares, com taxa de transferência materna de 20,0% e neonatal de 1,8%⁽¹¹⁾. Embora em diferente contexto assistencial, cabe destacar que nos Centros de Parto Normal brasileiros a taxa de transferência materna para hospital varia de 5,8% a 11,4% e a neonatal de 1,1% a 12,7%⁽¹²⁾.

No Sul do Brasil, na cidade de Florianópolis, SC, o atendimento ao parto em ambiente domiciliar é oferecido por enfermeiras especialistas em obstetrícia desde 2006. Essas profissionais atuam de forma autônoma e integram a Equipe Hanami – o florescer da vida – parto domiciliar planejado⁽¹³⁾. Este estudo procurou investigar os resultados das transferências intraparto nesse tipo de assistência, para a avaliação clínica desses eventos e para contribuir para o planejamento de um modelo de referência hospitalar para transferências, uma vez que não há um sistema organizado para essa finalidade no Brasil.

Diante desse contexto, os objetivos desta pesquisa foram descrever a taxa e as causas de transferência intraparto de mulheres assistidas no domicílio por enfermeiras obstétricas e os desfechos desses nascimentos no hospital de referência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, que utilizou dados extraídos de um estudo transversal que avaliou os resultados da assistência obstétrica e neonatal de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. Neste estudo foram incluídos 100 partos assistidos no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009⁽¹³⁾. A amostra da presente investigação foi composta por 11 mulheres transferidas para o hospital durante o atendimento ao parto domiciliar planejado e seus recém-nascidos, ou seja, 11,0% das participantes do estudo transversal. Os dados foram obtidos em prontuários preenchidos pelas enfermeiras obstétricas.

As mulheres que fazem a opção pelo parto no seu domicílio, assistido pela Equipe Hanami, buscam conhecer essa modalidade de atendimento durante o pré-natal, por meio de indicação de amigas, médico do pré-natal ou por terem acessado o site disponível na *internet* (www.partodomiciliar.com). A partir do contato inicial, elas são convidadas a participar de um encontro para conhecer a equipe e o protocolo de atendimento e esclarecer as dúvidas.

A equipe Hanami é composta por sete enfermeiras obstétricas e dois médicos obstetras que realizam o atendimento pré-natal das gestantes. O atendimento ao parto domiciliar inclui atividades iniciadas no pré-natal, a assistência à mulher no parto e pós-parto, até o 10º dia. Trata-se de uma prestação de serviço autônoma e privada, mediante pagamento de honorários.

As gestantes são avaliadas quanto ao risco clínico e obstétrico de acordo com um protocolo de atendimento. Quando atendem aos critérios (gestação de baixo risco com feto único, a termo e em posição cefálica; com até uma cesariana prévia, realizada no mínimo 2 anos antes da gestação atual) iniciam o pré-natal com as enfermeiras, no domicílio, com 37 semanas de gestação e são atendidas semanalmente até o parto.

Na primeira consulta são abordados aspectos do parto domiciliar que se referem a uma eventual transferência, tais como sobre qual será o hospital utilizado como referência (público ou privado) e se o médico do pré-natal será chamado para atendê-la na instituição. Em caso de necessidade de transferência materna ou neonatal, essas decisões são respeitadas pela equipe.

Ao iniciar a transferência, a enfermeira responsável pelo atendimento no domicílio faz contato telefônico com o médico que acompanhou a mulher no pré-natal e com a instituição de saúde. A seguir, a mulher (e também o recém-nascido, se necessário) é transportada em um dos carros das enfermeiras; nas instituições particulares a enfermeira acompanha o atendimento hospitalar. No entan-

As mulheres que optam pelo parto domiciliar participam mais ativamente do trabalho de parto e do parto, são menos ansiosas e confiam mais na fisiologia do próprio corpo do que as que escolhem o hospital como local de parturição.

to, como nas instituições públicas esse acompanhamento não é possível, a mulher permanece apenas com seu acompanhante. A equipe dispõe de todo o material de suporte básico de vida para segurança do binômio até chegar ao hospital e todas as enfermeiras obstétricas participam periodicamente de treinamentos de atualização⁽¹³⁾.

As puérperas e os recém-nascidos transferidos para a instituição continuam sendo assistidos no puerpério pelas mesmas enfermeiras que os atenderam no domicílio. A primeira consulta é realizada no ambiente hospitalar e as consultas subsequentes no domicílio, no 3º, 4º e 10º dia pós-parto. Uma visita domiciliar é realizada no 15º dia de vida do recém-nascido, quando este não atingiu o peso do nascimento até o 10º dia de vida.

Nessas consultas, a família é orientada sobre amamentação, o Teste de Triagem Neonatal e sobre as vacinas recomendadas pelo Ministério da Saúde na Unidade Básica de Saúde, além do teste de Emissão Otoacústica Evocada no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina⁽¹³⁾.

Nesta pesquisa, as variáveis de interesse foram classificadas como: sociodemográficas, história obstétrica, condições obstétricas das mulheres transferidas para a instituição hospitalar, variáveis relacionadas ao atendimento hospitalar da mulher e variáveis relativas ao recém-nascido. As variáveis foram registradas pelas enfermeiras da equipe durante o atendimento.

A coleta de dados foi realizada de forma retrospectiva, por meio de um formulário construído para o estudo e preenchido por uma das pesquisadoras com os dados dos prontuários das mulheres e da caderneta de saúde dos recém-nascidos.

O banco de dados foi elaborado no programa EPI-INFO (<http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/>), versão 2008, e analisado por estatística descritiva (frequência e porcentagem).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtida junto às mulheres, localizadas por meio de contato telefônico e carta.

RESULTADOS

A taxa de transferência foi de 11,0%, sendo que todas as mulheres foram transferidas para hospitais durante o trabalho de parto. A maioria tinha 30 anos ou mais (63,6%), era casada ou mantinha união estável, concluiu o ensino superior (54,5%) e realizava atividade remunerada. Em relação aos dados obstétricos, a maioria era nulípara, mais de 80,0% havia realizado seis ou mais consultas de pré-natal com o médico obstetra e todas iniciaram o pré-natal com as enfermeiras antes da 38ª semana de gestação. Do total de múltiplas (4), somente uma teve parto domiciliar anterior (9,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres transferidas - Florianópolis, jan. 2005/dez. 2009

Variáveis	N	%
Sociodemográficas		
Idade em anos		
20-24	2	18,2
25-29	2	18,2
30-34	3	27,3
35-39	4	36,3
Estado marital		
União estável/casada	10	90,9
Solteira	1	9,1
Escolaridade		
Ensino médio completo	1	9,1
Ensino superior incompleto	4	36,4
Ensino superior completo	6	54,5
Ocupação		
Atividade remunerada	7	63,6
Estudante	2	18,2
Do lar	2	18,2
Obstétricas		
Paridade		
Nulípara	7	63,6
Múltipla	4	36,4
Tipo de parto anterior ao atual (n=4)		
Vaginal	1	40,0
Cesariana	3	60,0
Local do parto anterior ao atual (n=4)		
Hospital	2	60,0
Domicílio	1	20,0
Centro de parto normal	1	20,0
Consultas de pré-natal com o médico		
≥ seis consultas	9	81,8
Sem registro	2	18,2
Início do pré-natal com a enfermeira (IG/DUM)¹		
< de 38 semanas	11	100,0
Consultas de pré-natal com as enfermeiras		
< seis consultas	8	72,7
≥ seis consultas	1	9,1
Sem registro	2	18,2

¹ Idade gestacional (IG) calculada pela Data da Última Menstruação (DUM).
Nota: (N =11)

Quanto aos dados do trabalho de parto no domicílio, a maioria das mulheres apresentou idade gestacional entre 38 e 40 semanas, dilatação cervical ≤ 3cm na primeira avaliação e batimentos cardíacos fetais sem alteração. No entanto, em mais de 70,0% delas o traçado da evolução do trabalho de parto registrado no partograma cruzou a linha de alerta e menos da metade das mulheres apresentou episódio de bradissístolia.

No momento da transferência para o hospital, quase todas as parturientes apresentavam membranas ovulares rotas, sendo que em quase um terço delas foi feita rotura artificial das membranas e uma delas apresentou líquido meconial.

A parada da progressão da dilatação cervical, a parada da descida da apresentação fetal e a desproporção céfalo-pélvica foram os motivos mais frequentes para transferência (Tabela 2).

Tabela 2 - Condições obstétricas das mulheres transferidas - Florianópolis, jan. 2005/dez. 2009

Variáveis	N	%
Idade gestacional (USG)		
38 - 40 semanas	8	72,7
≥ 41 semanas	2	18,2
Sem registro	1	9,1
Dilatação do colo uterino na 1ª avaliação		
≤ 3 (cm)	8	72,7
≥ 4 (cm)	2	18,2
Sem registro	1	9,1
Batimentos cardíacos do feto		
Sem alteração	9	81,8
Bradycardia leve	1	9,1
Sem registro	1	9,1
Cruzamento da linha de alerta do partograma		
Sim	8	72,7
Não foi traçada curva ¹	3	27,3
Distocia funcional		
Ausente	5	45,5
Bradissistolia	5	45,5
Sem registro	1	9,0
Rotura das membranas ovulares		
Espontânea	5	45,5
Artificial	3	27,3
Duvidosa ²	2	18,2
Sem registro	1	9,1
Condições das membranas ovulares na transferência		
Rotas	10	90,9
Sem registro	1	9,1
Aspecto do líquido amniótico		
Claro	9	81,8
Meconial	1	9,1
Sem registro	1	9,1
Motivo de transferência		
Parada de progressão fetal	2	18,2
Parada da dilatação cervical	2	18,2
Desproporção céfalo-pélvica	2	18,2
Solicitação de analgesia pela parturiente	1	9,1
Exaustão materna e necessidade de analgesia	1	9,1
Líquido meconial e parada da dilatação cervical	1	9,1
Bolsa rota > de 16 horas sem trabalho de parto	1	9,1
Procidência de membro	1	9,1

¹ Parturientes encontravam-se na fase latente do trabalho de parto; ² Casos nos quais não foi possível confirmar a rotura das membranas; Nota: (N=11)

A maioria das mulheres foi transferida para hospital privado e atendida pelo médico que realizou seu pré-natal. Nove foram submetidas à cesariana por indicação não identificada no presente estudo. Das quatro multiparas, três tinham cesárea prévia há dois anos ou mais, e todas foram submetidas novamente ao procedimento (Tabela 3).

Tabela 3 - Variáveis do atendimento institucional das mulheres transferidas - Florianópolis, jan. 2005/dez. 2009

Variáveis	N	%
Instituição de saúde		
Privada	7	63,7
Pública	4	36,3
Profissional que prestou atendimento		
Médico obstetra particular	6	54,5
Médico obstetra plantonista	3	27,3
Residente	2	18,2
Tipo de parto na instituição		
Cesariana	9	81,8
Vaginal com analgesia	1	9,1
Vaginal com fórceps e analgesia	1	9,1

Nota: (N=11)

Quanto aos resultados neonatais, mais de um terço dos recém-nascidos apresentou peso superior a 3.500 gramas (54,6%). A maioria foi classificada como Adequado para a Idade Gestacional (AIG), teve idade gestacional entre 39 semanas e 41 semanas e 6 dias, calculada pelo Método de Capurro, perímetro céfálico maior que 34 cm e obteve escore de Apgar ≥ 7 no 1º e no 5º minutos de vida (Tabela 4).

Tabela 4 - Variáveis dos recém-nascidos das mulheres transferidas - Florianópolis, jan. 2005/ dez. 2009

Variáveis	N	%
Peso (gramas)		
3.000 – 3.499	3	27,3
3.500 – 3.999	4	36,4
≥ a 4.000	2	18,2
Sem registro	2	18,2
Apgar do 1º minuto		
≥ 7	9	81,8
Sem registro	2	18,2
Apgar do 5º minuto		
≥ 7	9	81,8
Sem registro	2	18,2
Capurro		
37 a 38 semanas	1	9,1
39 a 41 semanas	8	72,8
Sem registro	2	18,2

Continua...

...Continuação		
Variáveis	N	%
Classificação¹		
Adequado para a idade gestacional	7	63,6
Grande para a idade gestacional	2	18,2
Sem registro	2	18,2
Perímetro cefálico (cm)		
32 – 34	2	18,1
> 34	6	54,5
Sem registro	3	27,3
Intercorrência até o 15º dia²		
Nenhuma	3	21,4
Icterícia	5	35,7
Peso no 10º dia inferior ao do nascimento	4	28,6
Sem registro	2	14,3

¹ De acordo com a classificação de Alexander; ² Três recém-nascidos tiveram mais de uma intercorrência
Nota: (N = 11)

No puerpério imediato, a maioria das puérperas teve de 4 a 5 consultas puerperais; a turgidez mamária foi a intercorrência mais frequente nesse período (54,5%) e a seguir vieram a fissura mamilar (36,4%) e o ingurgitamento mamário (36,4%).

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo apontaram taxas de transferência intraparto similares às encontradas em outros estudos. A taxa de transferência materna foi inferior à encontrada em pesquisas desenvolvidas nos Estados Unidos⁽¹⁰⁾; Austrália^(6,9); Holanda⁽⁷⁾; Canadá⁽⁵⁾ e Suíça⁽³⁾ nas quais a mesma variou de 14,0% a 30,6%^(3,5,7,9-10). Também foi menor do que a de um estudo descritivo realizado no Brasil com amostra de 70 mulheres, cuja taxa de transferência foi de 20,0%⁽¹¹⁾.

Todas as transferências ocorreram no primeiro período clínico do parto. Esse dado é semelhante a de outras pesquisas, nas quais as mulheres foram transferidas nesse período em 73,6 a 74,8% dos casos⁽⁶⁻⁷⁾. No entanto, os estudos revelaram que também ocorrem transferências no segundo período clínico do parto (12,5 a 15,9%)⁽⁵⁻⁶⁾ e no pós-parto (1,8 a 9,3%)^(5-6,11), o que não foi evidenciado na presente investigação.

Esse fato pode ser decorrente da inexistência de um sistema formal de referência e contrarreferência para esse tipo de assistência no Brasil, o que determina a transferência precoce para minimizar eventuais riscos maternos e fetais, além do tamanho reduzido da amostra deste estudo.

A maioria das mulheres teve apenas uma indicação de transferência, relacionada exclusivamente às intercorrências maternas no período de dilatação, e não por al-

teração do bem-estar fetal, achado que difere de outros estudos nos quais a situação fetal não tranquilizadora foi um dos motivos de transferência^(3,7,11).

As principais indicações de transferência das mulheres foram a parada da progressão da dilatação do colo uterino e da descida do feto, semelhantes às apontadas em diversas pesquisas^(8,14-15), e a desproporção céfalo-pélvica. A rotura prolongada das membranas⁽⁸⁾ e a exaustão materna com necessidade de medicação para alívio da dor⁽¹¹⁾ são indicações de transferência relatadas por outros autores que também ocorreram no presente estudo, mas em menor proporção.

No estudo transversal que originou a presente pesquisa, a maioria das mulheres assistidas no domicílio pelas enfermeiras era primigesta⁽¹³⁾, bem como as mulheres transferidas. Isto vai ao encontro dos achados de estudos internacionais, que relatam maiores taxas de transferência nesse grupo de mulheres^(3,5,7,10). Convém salientar que a taxa de transferência em nulíparas pode chegar a ser quatro vezes mais alta do que em múltiparas, conforme relatado em estudos do Canadá e da Holanda^(5,14).

A maioria das mulheres solicitou atendimento ainda na fase latente, o que pode ter influenciado negativamente a evolução do trabalho de parto e resultado em alterações no partograma. Isto pode ter ocasionado as indicações de cesariana quando as mulheres foram admitidas nos hospitais. Esse resultado corrobora achados de hospital brasileiro no qual a razão de prevalência de cesariana é maior em mulheres internadas com dilatação cervical de até 3 cm⁽¹⁶⁾.

Do total de mulheres assistidas no domicílio que originou a amostra do presente estudo, apenas 9,0% foram submetidas à cesariana⁽¹³⁾. Essa taxa é inferior à recomendada pela Organização Mundial da Saúde, que é de 15%⁽¹⁷⁾, e é congruente com a encontrada na maioria das pesquisas que apresenta porcentagens entre 5,2 e 28,6%^(3,5,8-9,11), sendo mais frequente entre as nulíparas^(5,14). Observa-se que nem todas as mulheres transferidas foram submetidas à cesariana e as que o foram guardavam características sociodemográficas semelhantes às das assistidas em ambiente hospitalar e submetidas ao mesmo procedimento cirúrgico⁽¹⁸⁾.

Estudo transversal realizado em três capitais brasileiras revelou que a taxa de parto operatório é mais elevada em mulheres com idade mais avançada, sendo que a razão de prevalência de cesariana entre mulheres de 35 anos é o dobro da observada nas menores de 20 anos. A união estável, o alto nível de escolaridade e o elevado número de consultas de pré-natal também foram associados à realização desta cirurgia⁽¹⁸⁾.

Cabe enfatizar que, de todas as múltiparas assistidas no domicílio⁽¹³⁾, oito tinham cesariana prévia e três

delas foram encaminhadas e novamente submetidas a esse procedimento. De maneira geral, pode-se considerar esse resultado positivo, pois, segundo a literatura, uma cesariana prévia pode aumentar em até 5 vezes a chance de esse procedimento repetir-se em nova gestação⁽¹⁸⁾.

Com relação aos recém-nascidos das mães transferidas para a instituição, pouco mais da metade apresentou perímetro cefálico (PC) acima da medida esperada, que é de aproximadamente 33,5 cm⁽¹⁹⁾. Esse dado não foi avaliado nos estudos sobre parto domiciliar encontrados, embora pesquisa acerca dos fatores associados à realização de cesariana tenha revelado que o PC ≥ 35 cm associa-se a maior taxa de cesariana⁽¹⁸⁾.

Quanto às condições do recém-nascido, não houve nenhuma internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal entre os bebês de parturientes transferidas para o hospital. Esse achado é similar ao de pesquisas realizadas na Austrália⁽⁶⁾ e no Brasil⁽¹¹⁾.

Os desfechos obstétricos e neonatais favoráveis apresentados neste estudo podem ter sido influenciados pelo fato de que as mulheres que optam por parir no domicílio alimentam expectativa positiva sobre o parto e acabam tendo menos complicações do que as que optam pelo hospital⁽²⁰⁾.

A opção de grande parte das mulheres por ser transferida para instituição de saúde privada e ser atendida pelo médico do pré-natal pode ser atribuída a seu poder aquisitivo, pois a maioria tinha ocupação remunerada e elevado nível de escolaridade, assim como pela relação de confiança entre a parturiente e o profissional. Além disso, acredita-se que a decisão de chamar o médico do pré-natal pode ter sido influenciada pelo receio de ser discriminada por profissionais de saúde que fazem restrições ao parto domiciliar planejado.

Embora a satisfação dessas mulheres com a experiência do nascimento não tenha sido avaliada, os resultados de outros estudos que investigaram esse aspecto são controversos, pois um deles aponta que ela é muito pouco afetada⁽²¹⁾, enquanto outro destaca que a transferência intraparto ocasiona insatisfação⁽²²⁾.

O presente estudo teve como limitações a pequena amostra de mulheres, o que impossibilitou a realização de testes estatísticos para verificar associações ou identificar variáveis preditoras das causas de transferência, além da coleta retrospectiva dos dados. O fato de todas as mulheres assistidas pela Equipe Hanami serem acompanhadas também no puerpério imediato, independente do local de parto, possibilitou identificar que as intercorrências puerperais entre as mulheres transferidas assemelham-se às das que pariram no domicílio⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo não permite concluir sobre a segurança desse tipo de assistência, uma vez que essa investigação exige uma amostragem mais representativa e, sobretudo, uma coleta de dados prospectiva. No entanto, os achados desta amostra indicam que o parto domiciliar, quando planejado e assistido por profissionais qualificados, apresenta bons desfechos maternos e neonatais, mesmo quando há transferência intraparto para a instituição hospitalar.

As transferências foram restritas ao primeiro período clínico do parto e sempre em razão das intercorrências maternas. A taxa de cesariana não foi expressiva, considerando a amostra total de 100 mulheres, da qual este estudo originou-se. Destaca-se que, mesmo após a transferência, algumas mulheres puderam dar à luz por parto normal no hospital.

Os resultados neonatais no hospital evidenciam que as transferências realizadas de maneira cuidadosa contribuem para o bem-estar do recém-nascido, o que é evidenciado pelo valor de escore de Apgar e por prescindir de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Como no Brasil a maioria dos partos acontece em ambiente hospitalar, a condução de estudos com amostra mais numerosa para avaliar os resultados da assistência aos partos no domicílio torna-se difícil. Além disso, as gestantes que buscam o domicílio estão fortemente motivadas para ter seus filhos nesse ambiente, o que dificulta a realização de ensaios clínicos randomizados e controlados para avaliar a influência do local do nascimento nos desfechos maternos e neonatais.

Recomenda-se, portanto, a realização de estudos de coorte com coleta prospectiva para avaliar os resultados da assistência ao parto domiciliar planejado, inclusive para investigar se há associação entre a assistência domiciliar à mulher em início de trabalho de parto (com dilatação cervical até 3 cm), a necessidade de transferência materna e a realização de cesariana.

Recomendam-se também estudos qualitativos que possibilitem conhecer como as mulheres são recebidas pelos profissionais nos hospitais após iniciar o atendimento no domicílio, buscando compreender porque elas preferem ser atendidas pelo obstetra do pré-natal em instituição privada.

De maneira geral, os desfechos maternos e neonatais apresentados neste estudo são positivos e similares aos de países em que o parto domiciliar é realizado por *midwives* de forma integrada ao sistema de saúde. Tais desfechos podem contribuir para que essa prática torne-se acessível para as mulheres, como opção para dar à luz, e valorizada pelos profissionais de saúde que desconhecem os resultados desse modelo de assistência.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Registro Civil 2007 [Internet]. Rio de Janeiro; 2007 [citado 2010 ago. 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2007/default>
2. Brasil. Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: relatório final [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2010 fev. 2]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf
3. Ackermann-Liebrich U, Voegeli T, Gunter-Witt K, Kunz I, Zullig M, Schindler C, et al. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcomes. *BMJ*. 1996;313(7068):1313-8.
4. Jonge A, Goes VD, Ravelli ACJ, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low risk planned home and hospital births. *BJOG*. 2009;116(9):1177-84.
5. Hutton EK, Reirsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canadá, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth*. 2009;36(3):180-9.
6. 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.
7. 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):570-8.
8. 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):631-6.
9. Kennare RM, Keirse MJNC, Tucker GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Med J Aust*. 2009;192(2):76-80.
10. 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-e5.
11. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2010 [citado 2010 ago. 15];serIII(2):81-90. Disponível em: [http://www.scielo.org/pt/pdf/ref/vserIII\(2\)/serIII\(2\)09.pdf](http://www.scielo.org/pt/pdf/ref/vserIII(2)/serIII(2)09.pdf)
12. Riesco MLG, Oliveira SMJV, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG, Lobo SF, Saito E. Birth Centers in Brazil: scientific production review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2010 Aug 15];43(spe 2):1297-302. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a26v43s2.pdf
13. Koettker JG. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
14. Wiegers TA, Keirse MJNC, Zee JVD, Berghs GAH. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *BMJ*. 1996;313(7068):1309-13.
15. Lindgren HE, Radestad IJ, Christensson N K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstetr Gynecol Scand*. 2008;87(7):751-9.
16. Sakae TM, Freitas PF, Dórsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):472-80.
17. World Health Organization (WHO). Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 316(8452):436-7.
18. Padua KS, Osis MJD, Faundes A, Barbosa AH, Filho OBM. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):70-9.
19. Oliveira ME, Monticelli M, Bruggemann OM, organizadoras. *Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais*. 2ª ed. Florianópolis: Cidade Futura; 2007.
20. Hogberg U. Homebirths in a modern setting: a cautionary tale. *Acta Obstetr Gynecol Scand*. 2008;87(8):797-9.
21. Wiegers TA, Zee J van der, Keirse MJNC. Transfer from home to hospital: what is its effect on the experience of childbirth? *Birth*. 1998;25(1):19-24.
22. Christiaens W, Gouwy A, Bracke P. Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:109.