



O PARTO DOMICILIAR NA VISÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

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

Estudos têm mostrado desfechos maternos e neonatais satisfatórios, tais como maior taxas de partos espontâneos e de satisfação materna, menores chances de intervenção e cirurgia cesariana, menor risco de distócia fetal e hemorragia pós-parto, além de taxas semelhantes para morbimortalidade neonatal quando comparados o ambiente hospitalar e domiciliar⁽³⁻⁶⁾.

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

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

Embora exista uma vasta produção internacional sobre o tema, uma recente revisão da literatura sobre o parto domiciliar planejado mostra que a produção nacional sobre esta temática ainda apresenta lacunas, e retrata, principalmente, os desfechos maternos e neonatais deste tipo de assistência⁽⁴⁾, além das motivações maternas que justificam a escolha de parir em casa⁽⁴⁻⁷⁾.

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

OBJETIVO

Compreender a opinião dos profissionais de saúde sobre o parto domiciliar e suas implicações para mãe e bebê.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Optamos por esta perspectiva pois esta pesquisa está direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações do dia-a-dia⁽⁸⁾. Esta abordagem de pesquisa trabalha com motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis⁽⁹⁾, sendo assim não

sendo possível ser abordada por meio de dados estatísticos.

Foi utilizado para a coleta, uma entrevista sem- estruturada composta por um perfil sociodemográfico e um roteiro com cinco perguntas norteadoras. O público alvo pra esta pesquisa foram profissionais de saúde de um hospital de ensino no interior do estado de São Paulo e a amostra foi definida por conveniência e os participantes foram recrutados a partir da técnica de amostragem por bola de neve (Snowball Sampling). Nesta técnica os primeiros entrevistados indicam os próximos, que por sua vez, indicarão outros e assim por diante⁽¹²⁾, até o momento em que as novas informações passam a ser repetidas (ponto de saturação)⁽⁹⁾. Neste percurso, 15 profissionais de saúde foram indicados e convidados à participação, sendo que não houve nenhuma recusa. As entrevistas foram realizadas no período de agosto de 2019 a dezembro de 2019.

ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS

Participaram da pesquisa 15 profissionais de saúde, entre médicos e enfermeiros com diferentes especializações. Sendo que dentre eles 13 (86,66%) era do sexo feminino e 2 (13,33%) do sexo masculino. A faixa etária média foi de 35 anos, variando no intervalo de 25 a 58 anos, e o tempo médio de trabalho na instituição foi de nove anos.

Para a análise dos dados coletados foi utilizado o método de Análise de Bardin, essa qual compreende uma técnica que visa obter, através de procedimentos sistemáticos, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às mensagens e o desvelamento das relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas⁽¹⁰⁾

A partir das respostas obtidas, pudemos dividi-las em duas categorias, sendo elas: A) Parto domiciliar: uma possibilidade, com critérios e B) Parto domiciliar: uma miscelânea de conceitos, opiniões e interpretações.

Dentro da primeira categoria que foi da maioria dos participantes, citou que o parto domiciliar é uma opção viável às mulheres, desde que sejam adotados alguns critérios de elegibilidade. Dentre os critérios mencionados, a estratificação do risco gestacional apareceu como o mais relevante, o que pode ser percebido nos depoimentos abaixo:

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

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

A identificação deste critério de elegibilidade para o parto domiciliar demonstra que os participantes reconhecem um dos principais pilares que sustentam esta opção, uma vez que, segundo a literatura, a gestação de baixo risco, ou risco habitual é descrita como pré-requisito essencial para o parto domiciliar^(2,11,10), já que a existência de qualquer condição de saúde que aumente o risco materno ou fetal torna a opção de parto domiciliar perigosa para o binômio⁽¹⁶⁾.

Outro aspecto citado pelos participantes é a decisão conjunta entre equipe de atendimento e mulher/casal/família. Este é um importante aspecto na discussão sobre o parto domiciliar, já que a escolha pelo local de parto é entendida como um direito reprodutivo básico, que respeita a autonomia e o protagonismo materno^(8,17). Sobre este ponto, recomenda-se que as mulheres recebam informações precisas e livre de preconceitos, que contemplem os riscos e os benefícios de cada local de parto, a probabilidade de serem transferidas para uma maternidade, as razões que justificariam esta medida e o tempo necessário para tal, para que possam fazer suas escolhas de forma consciente e informada^(2,12,16).

Assim, percebe-se que a maioria dos profissionais de saúde que participou desta pesquisa possui conhecimento adequado sobre os critérios de elegibilidade, bem como com os

fatores que precisam ser levados em consideração na decisão pelo parto domiciliar, o que é bastante satisfatório tendo em vista o grau de polêmica que envolve esta temática.

Já a categoria B (parto domiciliar: uma miscelânea de conceitos, opiniões e interpretações), com exceção da temática sobre os critérios de elegibilidade, a qual foi praticamente unânime entre os participantes, o restante das falas demonstrou uma verdadeira miscelânea entre conceitos, opiniões pessoais e interpretações questionáveis sobre o parto domiciliar. Os participantes trouxeram os aspectos de risco sobre a vida da mãe e do bebê como os maiores empecilhos para a prática do parto domiciliar, com a justificativa que mesmo uma gestação com risco habitual, pode apresentar complicações inesperadas durante o trabalho de parto e que por estarem em um ambiente domiciliar pode não haver tempo hábil para uma intervenção necessária. Como visto nas falas:

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

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

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

Sendo assim, a interpretação das falas desse grupo mostra que os participantes entendem que o parto domiciliar planejado envolve mais riscos do que o parto hospitalar. No entanto, a literatura aponta que no cenário domiciliar, a mulher está exposta à menos riscos, pois estão menos propensas a receberem intervenções medicamentosas, como indução do parto e analgesia farmacológica^(8,13), a sofrerem episiotomia⁽¹⁸⁾ e lacerações perineais de terceiro ou quarto grau⁽¹⁴⁾. Além disso, no parto domiciliar planejado é menos provável a ocorrência de complicações do trabalho de parto⁽⁸⁾, hemorragia^(7,14), infecção pós-parto⁽¹⁴⁾, distócia fetal⁽⁷⁾ e reanimação neonatal⁽⁸⁾. Em virtude destes achados, nota-se uma discordância entre a fala dos participantes e as informações disponíveis na literatura atual, demonstrando ausência de fundamentação científica consistente nas argumentações desses profissionais de saúde.

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

É importante destacar que nenhum dos entrevistados possuía experiência/vivência com o atendimento ao parto domiciliar planejado, sendo que alguns citaram situações em que mulheres chegaram transferidas de casa para o hospital, incluindo as situações planejadas e as não-planejadas. Logo, entende-se que um dos fatores que prejudica a visão dos profissionais

sobre o parto domiciliar é o fato de presenciarem situações com desfecho negativo no ambiente hospitalar, como descrito no depoimento abaixo:

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

CONCLUSÃO

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

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

Referências

1. World Health Organization. Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
3. Rossi AC, Prefumo F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: a systematic review with meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018; 222:102-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.016>
4. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. Cienc Saúde Colet. 2020; 25(4):1433-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/141381232020254.13582018>
5. Santos SS, Boeckmann LMM, Baraldi ACP, Melo MC. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. Rev Enferm UFSM. 2018; 8(1):129-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769228345>
6. Doherty D, Nathan L, Hutchinson M, Somerville S, Hauck Y, Hornbuckle J. Planned home and hospital births in western Australia: 2002–2013. Paediatr Child Health. 2017; 53(Suppl. 2):3–17. DOI: https://doi.org/10.1111/jpc.13494_72

7. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Social representations on home birth. Esc Anna Nery. 2015; 19(4):606-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150081>
8. Nascimento por residência mãe por ano do nascimento segundo região/domicílio (2010- 2017) [Internet]. 2017 [citado 2019 out 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
9. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. Rev Bras Enferm. 2018; 71(1):228-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
10. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS-CONITEC. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
12. Canada. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada - SOGC. Statement of Planned Homebirth. J Obstet Gynaecol Can 2019; 41(2):223-227. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.08.008> Disponível em: <https://themidwivesclinic.ca/site/wp-content/uploads/Planned-home-birth-statement-.pdf>
13. American College of Nurse Midwives – ACNM. Midwifery Provision of Home Birth Services. J Midwifery Womens Health 2016; 61(1):127-33 DOI: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12431>
14. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. E Clinical Medicine. 2020; 21: 100319. DOI: [10.1016/j.eclinm.2020.100319](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319)