

Parto Domiciliar Planejado no Brasil: onde estamos e para onde vamos?

Planned Home Birth in Brazil: where we are and where we go?

Parto Domiciliario Planeado en Brasil: ¿en dónde estamos y a dónde vamos?

Recebido: 11/07/2020 | Revisado: 15/07/2020 | Aceito: 16/07/2020 | Publicado: 31/07/2020

Adelita Gonzalez Martinez Denipote

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2893-0499>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: adenurse@gmail.com

Maria Ribeiro Lacerda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5035-0434>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: mrlacerda55@gmail.com

Jaqueline Dias do Nascimento Selleti

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4249-4809>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: jaqueliddias1@hotmail.com

Luana Tonin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3168-5762>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: luanatonin@gmail.com

Silvana Regina Rossi Kissula Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1679-4007>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: skissula@gmail.com

Resumo

O Parto Domiciliar Planejado (PDP) refere-se a modalidade de assistência ao parto ocorrido no domicílio da gestante e atendido por profissional qualificado. É considerado recente no Brasil, envolto por mitos e desafios, resultando em poucos estudos relacionados ao tema. Objetivo: Refletir “onde estamos e para onde vamos em relação ao PDP no Brasil?”. Metodologia: utilizou-se o ensaio teórico como método para estruturar e construir a reflexão proposta. Resultados: a partir de questionamentos, dados de estudos publicados e legislações

vigentes, foi possível ter um panorama geral do PDP no Brasil, da caracterização dos nascimentos, perfil de usuários, custos, segurança e legislações, aos avanços, desafios e perspectivas. Considerações: Salientamos a necessidade e a importância de dar visibilidade ao tema, uma vez que a assistência ao PDP em nosso país precisa avançar em diversos aspectos. O percurso reflexivo no presente ensaio deixa em suspenso diversos questionamentos e provocações aos profissionais de saúde envolvidos na assistência direta e indireta ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Parto domiciliar; Parto humanizado; Política de saúde.

Abstract

The Planned Home Birth (PHB) refers to the modality of birth assistance that occurs in the pregnant's house and assisted by qualified professionals. It's considered recent in Brazil, involved by myths and challenges, resulting in few studies related with this theme. Objective: Reflect "where we are and where we go about PHB in Brazil?". Methodology: was used the theoretical trial as a method to structure and elaborate the proposed reflection. Results: by the questions done, published studies data and current legislation, it was possible to have a PHB overview in Brazil, from the births characterization, user profiles, costs, security and legislation, to advances, challenges and perspectives. Considerations: we highlight the need and importance of giving visibility to this theme, the PHB assistance in our country need advance in many aspects. The reflective path in this theoretical trial leaves many questions and provocations to the health professionals involved direct or indirect in the birth and delivery assistance.

Keywords: Home birth; Humanizing delivery; Health policy.

Resumen

El Parto Domiciliario Planeado (PDP) refiere a la modalidad de asistencia al parto ocurrido en el domicilio de la embarazada y asistido por profesional cualificado. Es considerado reciente en Brasil, envuelto por mitos y desafíos, resultando en pocos estudios relativos al tema. Objetivo: Reflexionar ¿"en dónde estamos y a dónde vamos en relación al PDP en Brasil?". Metodología: fue utilizado el ensayo teórico como método para estructurar y construir la reflexión propuesta. Resultados: a partir de los cuestionamientos, datos de estudios publicados y legislaciones actuales, fue posible tener un panorama general del PDP en Brasil, de la caracterización de los nacimientos, perfil de los usuarios, cuestos, seguridad, legislaciones, a los avanzos, desafíos y perspectivas. Consideraciones: destacamos la

necesidad e importancia de dar visibilidad al tema, la asistencia al PDP en nuestro país necesita avanzar en varios aspectos. El camino reflexivo del presente ensayo deja en el aire diversas cuestiones y provocaciones a los sanitarios de la asistencia directa o indirecta al parto y nacimiento.

Palabras clave: Parto domiciliario; Parto humanizado; Política de salud.

1. Introdução

Desde os primórdios da humanidade os nascimentos ocorriam nos domicílios das famílias, assistidos por mulheres que exerciam o ofício de parteira e que possuíam conhecimentos práticos do corpo. A gestação e o parto eram então considerados eventos naturais, fisiológicos e exclusivamente femininos (Sousa et al., 2018).

A figura masculina, representada inicialmente pelos cirurgiões barbeiros, foi inserida gradativamente na cena de parto somente a partir do século XVIII, ao serem requisitados nos domicílios para solucionarem situações de emergência (Sousa et al., 2018).

Com a entrada do homem, profissional da medicina, na assistência à gestante, os nascimentos foram migrando paulatinamente do domicílio para os hospitais. No Brasil, esta mudança teve início nos primeiros anos do século XX, tendo como justificativas reduzir infanticídios, proporcionar melhores condições de higiene, além de aprendizado prático aos médicos iniciantes na assistência obstétrica, uma vez que estes profissionais seriam considerados os mais adequados para atenderem a um evento (o parto) dito potencialmente perigoso (Lessa et al., 2018; Sousa et al., 2018).

Assim, o nascimento ao longo das últimas décadas foi sendo institucionalizado e ganhando a confiança da população, bem como estabeleceu-se a ideia do parto vaginal como um evento de risco e, que por essa razão necessita ser atendido por um profissional médico. Que deve este, estar amparado por todos os recursos tecnológicos disponíveis, pelo uso rotineiro de intervenções médicas, muitas dessas utilizadas sem evidências científicas, consideradas desnecessárias, violentas e causadoras de iatrogenias. A exemplo destas intervenções pode-se citar a prática rotineira da cirurgia cesariana, da episiotomia, da infusão de oxitocina sintética e da posição de litotomia no momento do parto normal (Lessa et al., 2018; Sousa et al., 2018).

Para se ter uma dimensão de parte desta situação, de acordo com os registros do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) (Brasil, 2020) do Ministério da Saúde (MS), 56% de todos os nascimentos no Brasil em 2018 foram por via cirúrgica (cesariana). A

proporção é maior na rede privada, representando cerca de 88% dos nascimentos, de acordo com o amplo inquérito nacional realizado pela Escola de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, entre os anos 2011 e 2012 (Fiocruz, 2012).

Estes números, segundo a Fundação das Nações Unidas (UNICEF), colocam o país em segundo lugar no mundo para esta via de nascimento. O dado é alarmante uma vez que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a proporção máxima recomendada de cirurgia cesariana seria de até 15% (Fiocruz, 2012).

Em relação às práticas consideradas violentas, definidas como qualquer ato que seja realizado sem consentimento explícito e informado e, que de qualquer maneira desrespeite a autonomia, a integridade física ou mental, bem como sentimentos, emoções e preferências da mulher, aplica-se o termo internacional Violência Obstétrica (VO). No Brasil, uma pesquisa publicada pela Fundação Perseu Abramo (Fundação Perseu Abramo, 2010) revelou que a VO é corriqueira e, uma em cada quatro mulheres é vítima desta prática.

Seriam estes dados, números abusivos de cesarianas e violência obstétrica, resultado da institucionalização dos nascimentos e da entrada da figura médica e masculina na assistência à gestante?

Fato é que, somado a estes dados estão a insatisfação de parte das mulheres brasileiras com o modelo de atenção obstétrica vigente, o medo da violência praticada por profissionais no momento do parto e o desejo de autonomia sobre suas decisões e corpos. Cenário este que tem resultado, principalmente nas duas últimas décadas, na mobilização destas mulheres pela busca por outros modos de atenção ao parto, considerados mais humanizados, pela assistência de enfermeiras obstetras, além de outros locais de nascimento, como seus próprios domicílios (Lessa et al., 2018).

Para atenderem a esta “nova” demanda, enfermeiras obstetras têm organizado e sistematizado sua assistência, a partir de exemplos já consolidados em outros países, como o Canadá e Holanda (Comeau et al., 2018), porém aqui no Brasil, a oferecendo de forma autônoma e privada, por meio do que contemporaneamente denomina-se de Parto Domiciliar Planejado (PDP).

O domicílio configura-se como uma das possibilidades de local de nascimento, além das opções hospital, centro de parto normal e casa de parto. O PDP caracteriza-se pelo nascimento que ocorre geralmente na casa da própria gestante, de maneira intencional e planejada, acompanhado por profissional qualificado (médico, obstetrix ou enfermeira obstetra), que presta a assistência completa ao parto e nascimento, dispõe de recursos

materiais, documentação e planejamento de logística em caso de transferência para unidade hospitalar (Koettker et al., 2018; Mattos, Vandenberghe & Martins, 2016)

No Brasil esta é uma modalidade de assistência obstétrica considerada recente, frente a trajetória histórica da institucionalização massiva dos nascimentos a partir das primeiras décadas do século XX (Sanfelice, 2016). É provável que por esta razão os estudos sobre o tema no que tange a realidade no nosso país sejam ainda, de certa forma, limitados e incipientes, principalmente quando se compara a estudos realizados em países com tradição em PDP. Apesar de ser uma modalidade bem estabelecida em países desenvolvidos, como supracitado, poderíamos considerar o parto domiciliar uma prática segura no Brasil ou estaria o Brasil preparado para esta modalidade?

Apesar de consideramos relevante dar visibilidade, credibilidade e profundidade científica ao tema parto domiciliar planejado, por se tratar de um modo de assistência benéfico para as mulheres, bebês e famílias, além de profícuo campo de atuação para enfermagem (Koettker et al., 2018; Sousa et al., 2018), não estaria o Brasil de alguma forma iniciando um movimento retrógrado em direção aos nascimentos nos moldes originais, e negligenciando a tecnologia institucionalizada disponível?

Estes e outros questionamentos apresentados no corpo do presente artigo, fazem parte da construção de uma tese de doutorado, em fase inicial, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, que tem como tema central a vivência das mulheres no parto domiciliar planejado, e são propostos como fios condutores a refletir “onde estamos e para onde vamos em relação ao PDP no Brasil?”.

2. Metodologia

O presente artigo trata-se de um ensaio teórico que, segundo Meneghetti (2011), pretende compreender por meio de um aprofundamento reflexivo uma dada realidade, neste caso o PDP no Brasil. Esta forma de apresentação não releva o uso de métodos tradicionais de coleta de dados ou a comprovação dos resultados por meio de evidências, tão pouco propõe-se a apresentar respostas verdadeiras ou afirmativas, mas de certa forma anseia conduzir os leitores à profunda reflexão do tema (Meneghetti, 2011).

3. Onde Estamos?

A ocorrência de nascimentos domiciliares no Brasil é baixa quando comparada aos partos institucionalizados. Segundo dados obtidos do SINASC (Brasil, 2020) entre os anos 2008 e 2018 do total de 29.189.619 nascimentos, 256.219 tiveram como local de ocorrência o domicílio, o que representa apenas 0,8% dos nascidos vivos no país na década pesquisada. Importante destacar que os registros de partos ocorridos em domicílio não especificam os que ocorreram de maneira planejada, assistidos por profissionais qualificados, daqueles considerados acidentais. Ou seja, podemos inferir que os números referentes ao PDP no Brasil são ainda menos representativos, o que confirmaria o quão incipiente somos nesta prática.

Na década pesquisada, outro dado do SINASC (Brasil, 2020) que também nos chama a atenção é a relação entre o número de nascimentos total das regiões Norte e Nordeste, 11.475.677 (39,3% do total dos nascimentos no país) e a incidência de partos em domicílio, 203.957 (79,6% do total de nascimentos domiciliares no país), quando comparados às regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Ou seja, apesar das regiões Norte e Nordeste terem menores números de nascimentos, tiveram maiores índices de registro de nascimentos domiciliares, comparados às outras três regiões juntas. O que nos levou aos seguintes questionamentos: Porque nas regiões Norte e Nordeste, consideradas as mais pobres do país, temos maior ocorrência de parto domiciliar? Os partos domiciliares nestas regiões acontecem por dificuldade de acesso a assistência hospitalar e a profissionais qualificados, opção cultural com assistência de parteiras tradicionais ou por uma escolha planejada (PDP)? Qual a atenção tem sido destinada aos nascimentos no Brasil, por parte dos gestores e das políticas públicas de saúde?

O Ministério da Saúde (MS) vem criando programas e políticas públicas baseadas em recomendações de órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de promover um parto seguro, reduzir os índices de morbimortalidade materna e neonatal, melhorar a qualidade da assistência prestada, garantir direitos sexuais e reprodutivos, melhorar a satisfação das mulheres durante o período gravídico-puerperal, bem como garantir o direito de autonomia sobre suas decisões (Brasil, 2017; Sanfelice, 2016; Leal, 2018; World Health Organization, 2018).

Nesta perspectiva, podemos encontrar algumas recomendações sobre o local de parto. As evidências científicas são unânimes em afirmar que o local de parto deve ser de escolha da mulher, e se tratando do domicílio como local de escolha, esta deve ser fundamentada em seu desejo e sensação de segurança, suas condições de saúde, além de dever

estar acompanhada de equipe qualificada e ter acesso facilitado a serviços de emergência em caso de necessidade de transferência (Olsen & Clausen, 2012).

No Brasil, o MS juntamente às instituições, mulheres, sociedades e associações profissionais (médicas e de enfermagem), com o objetivo de qualificar a forma de nascer no país, elaboraram no ano de 2017 as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, na qual também referem o parto domiciliar como uma possibilidade. De acordo com a diretriz, as mulheres devem ser orientadas que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) esta modalidade não está disponível, e por essa razão o PDP não pode ser recomendado. Contudo, a mulher que faça esta opção não deverá ser desencorajada, e deverá ainda ser assegurado a ela acesso competente e oportuno a uma maternidade caso haja necessidade de transferência (Brasil, 2017).

Por que mesmo reconhecendo como uma possibilidade de local de nascimento esta prática não é oferecida pelo SUS? Apesar do MS deixar claro em suas diretrizes que o atendimento ao PDP não é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, por esta razão não ser estimulado, encontramos a exceção na cidade de Belo Horizonte - Minas Gerais. Ao contrário de todos os casos que então devem ser custeados pela própria gestante que opta por esta modalidade, o Hospital Sofia Feldman desde o final do ano 2013 oferece a população local o PDP 100% custeado pelo SUS (Sanfelice, 2016). Como e por que o SUS pode custear esta assistência em apenas uma região do país? Quais seriam os interesses ou desinteresses por trás desta limitação?

Será que para a população com melhor acesso à saúde a situação seria diferente? No âmbito da saúde suplementar esta também não é uma possibilidade de cobertura obrigatória, contudo algumas mulheres conseguem reembolso parcial e até mesmo total a depender do contrato estabelecido com a operadora de seu plano de saúde.

Mas quanto custa uma assistência ao PDP? Seria tão dispendiosa a ponto de onerar os serviços de saúde, ainda que tenhamos menos de 1% dos nascimentos nesta modalidade? De acordo com nossas buscas ainda não existem estudos brasileiros que demonstrem os custos efetivos de um PDP.

Entretanto, alguns estudos (Entringer et al., 2018; Costa & Arrais, 2018) analisam os custos do parto normal comparado a cirurgia cesariana em gestantes de risco habitual, tanto no setor público como no privado, evidenciando que a assistência ao parto normal é mais econômica e demanda menores gastos.

Um dos estudos (Costa & Arrais, 2018) estimou os custos de uma gestante com parto normal, num hospital público, no valor de R\$ 9.652,63 (nove mil, seiscentos e cinquenta e

dois reais e sessenta e três centavos), já os custos para uma cesariana R\$12.534,01 (doze mil, quinhentos e trinta e quatro reais e um centavo). Outro estudo (Entringer et al., 2018) projetou o impacto orçamentário de ambas vias de parto e demonstrou que entre os anos 2016 a 2020 a elevada taxa de cesarianas eletivas representariam para o Sistema Único de Saúde mais de US\$ 80 milhões ao ano.

Segundo fontes de informação como blogs, jornais, revistas e consultando as próprias equipes de profissionais (encontradas facilmente em buscas na internet) estima-se que em média o custo final para o comprador deste tipo de assistência seria em torno de R\$4.000,00 a R\$10.000,00, ou mais, a depender do estado, dos tipos de serviços ofertados e da composição da equipe (Mori, 2017). Assim, a mulher que deseja e busca este tipo de atendimento no Brasil necessita financiá-lo de maneira privada.

Baseado nos estudos de custo-efetividade e impacto orçamentário com partos normais (Entringer et al., 2018; Costa & Arrais, 2018) e, considerando que uma assistência domiciliar demanda menores gastos (equipe, insumos, materiais, pessoal, etc), poderíamos inferir que se trata de uma opção mais econômica para os serviços de saúde. Por outro lado, não estariam os serviços transferindo parte dos custos para as famílias atendidas? Despesas com alimentação, limpeza, água e luz, por exemplo. Em se tratando de usuários do SUS, estes teriam condições de assumir estes gastos?

Mas afinal, quem são essas pessoas, mulheres e profissionais, que estão optando por este tipo de assistência? Num estudo brasileiro (Koettker et al., 2018) que investigou prospectivamente 667 mulheres, consideradas de risco habitual, que optaram pelo PDP, evidenciou que 83,2% das mulheres possuíam ensino superior completo (com ou sem pós-graduação) e a maior parte delas (66%) residentes nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. Ou seja, um perfil altamente escolarizado das regiões mais ricas do país. O que nos leva a deduzir que mulheres com melhor acesso a informação e melhores condições financeiras seriam as beneficiárias desta incipiente modalidade no Brasil.

Em relação aos profissionais que atendem o PDP, o mesmo estudo (Koettker et al., 2018) mostrou que dos profissionais que assistiram os nascimentos investigados 94,2% eram mulheres, a maioria (74,8%) eram enfermeiros obstetras e 20,2 % médicos obstetras. Dos principais motivos que os levaram à prática desta assistência estão “o desejo da mulher pelo parto domiciliar”, “a insatisfação com o modelo obstétrico hospitalar brasileiro” e “a busca por autonomia e valorização profissional”.

Sabe-se que esta modalidade é ainda circundada de mitos, controvérsias e questionamentos em relação a sua segurança, além disso mulheres e profissionais envolvidos

nesta escolha recebem frequentemente críticas contrárias (Sanfelice, 2016; Dahlen, 2019; Koettker et al., 2018; Mattos, Vandenberghe & Martins, 2016). Estariam os envolvidos nesta prática recusando a tão proclamada segurança de uma assistência hospitalar, com todas as tecnologias modernas disponíveis e negligenciando o processo de nascimento e seus potenciais riscos?

Em 2012 a Biblioteca *Cochrane* publicou uma revisão sistemática (Olsen & Clausen, 2012) comparando os resultados do parto hospitalar planejado aos do parto domiciliar planejado, acompanhados por enfermeira obstetra/obstetrix assistindo mulheres de baixo risco gestacional e com serviço médico de retaguarda em caso de necessidade de transferência. Os autores concluíram que não há fortes evidências advindas de estudos randomizados a favor de um ou outro local e, que para mulheres de baixo risco, acompanhadas de profissionais qualificados o parto domiciliar reduz a incidência do uso de intervenções desnecessárias e suas complicações. Ressaltam ainda que nestas condições de atendimento o parto hospitalar não pode ser considerado mais seguro que o domicílio (Olsen & Clausen, 2012).

Com bases nestas evidências de que forma então ocorre a organização destes atendimentos e a garantia de uma assistência responsável e segura? Será que a assistência ao PDP em nosso país é de fato segura? No Brasil não há protocolos ou diretrizes para o atendimento ao PDP, os profissionais que se dispõem a esta modalidade costumam fundamentar suas condutas em protocolos de países com tradição em PDP, além de seguirem as legislações profissionais brasileiras (Conselho Federal de Enfermagem, 2019). Entretanto, suas práticas obstétricas utilizadas estão em consonância com as evidências científicas, demonstrando elevados índices de parto normal, poucas taxas de transferência e cesariana (Koettker et al., 2018).

Embora o PDP no Brasil venha conquistando certa visibilidade, as dificuldades e desafios enfrentados por mulheres e profissionais são constantes e diversas, ocorre falta de apoio, críticas, dificuldade de aquisição de materiais e registro do recém-nascido em cartório (Sanfelice, 2016; Mattos, Vandenberghe & Martins, 2016).

Para o atendimento ao parto propriamente dito, os profissionais costumam dispor de equipamentos e medicamentos de uso emergencial, normalmente adquiridos com certa dificuldade, muitas vezes contando com o apoio de médicos favoráveis à modalidade ou de outros profissionais que trabalham em instituições e possuem acesso facilitado a estes (Mattos, Vandenberghe & Martins, 2016). Todos os profissionais que atendem PDP no Brasil, de forma facilitada ou não, dispõem de recursos materiais para uso de emergência? Qual a implicação desta situação na efetiva segurança do PDP?

Outra situação preocupante e lamentável são os casos de necessidade de transferência do domicílio para uma unidade hospitalar. Geralmente as equipes não contam com apoio médico de retaguarda e as mulheres acabam muitas vezes sofrendo violência institucional. Por medo e para evitarem esta situação as equipes acabam postergando a indicação de uma transferência ou ainda há a omissão por parte das mulheres de que se encontravam em um PDP. Esta situação poderia agregar maiores riscos a este tipo de assistência (Mattos, Vandenberghe & Martins, 2016).

Se esta é uma prática legal e reconhecida, embora não incentivada pelo MS, e se há de fato preocupação das autoridades responsáveis em relação à segurança dos nascimentos, por que os profissionais possuem estes tipos de dificuldades? As dificuldades são as mesmas para todos os profissionais que atendem PDP, médicos e enfermeiros obstetras? Como os conselhos de classe têm atuado frente a este panorama?

No mês de agosto de 2019 a Comissão Nacional de Saúde da Mulher do Conselho Federal de Enfermagem publicou o parecer técnico n.03/2019 (Conselho Federal de Enfermagem, 2019) para “Regulação e prática da enfermagem obstétrica no espaço do parto domiciliar planejado” no qual se posiciona favorável e dispõe sobre a legalidade, segurança e liberdade por parte dos enfermeiros obstetras e obstetrizes para atuação em parto de risco habitual neste referido ambiente.

Por outro, a categoria médica não recebe o mesmo apoio de seus conselhos e desde o ano 2012 estão sob a égide da recomendação do Conselho Federal de Medicina n.01/2012 (Conselho Federal de Medicina, 2012) que por considerar o parto normal um evento de potencial risco e pela disponibilidade de tecnologia nos hospitais, estes são os locais mais seguros e preferenciais para a ocorrência do parto. Na resolução n. 265/2012 (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, 2012), ainda em vigor, porém sub-judice, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro proíbe os médicos de atenderem ao parto domiciliar e/ou participarem de equipes de suporte ou sobreaviso.

O fato é que nos encontramos numa situação onde, embora cientificamente evidenciado tão seguro quanto o parto institucionalizado, mesmo demonstrando redução na ocorrência de intervenções desnecessárias e maior satisfação das mulheres e famílias, o PDP no Brasil ainda é um desafio a ser enfrentado por mulheres e profissionais. A modalidade é altamente criticada e sua segurança questionada. Não existem políticas públicas que apoiem efetivamente e financiem a prática do PDP, a exemplo de realidades internacionais (Comeau et al., 2018), o que acaba por tornar uma opção de difícil acesso e elitizada.

4. Para Onde Vamos?

Apesar de mais de 98% dos nascimentos brasileiros serem institucionalizados, sendo assistidos muitas vezes de maneira violenta e, por essa razão o setor terciário merece toda e urgente atenção no sentido de mudança de realidade, não podemos fechar os olhos ou negligenciar a prática do PDP no Brasil.

O PDP é uma realidade emergente no país, estudos locais (Sanfelice, 2016; Koettker et al., 2018; Mattos Vandenberghe & Martins, 2016) já vêm demonstrando o quanto tem sido desenvolvido com responsabilidade, qualidade e bons resultados, apesar dos desafios básicos enfrentados que precisam ser superados.

Embora a passos lentos, o PDP vem sendo praticado no Brasil, e tem-se evidenciado o aumento da procura por esta modalidade (Sanfelice, 2016; Koettker et al., 2018), mas diante as iniquidades de acesso à saúde, de qualidade digna, conseguiremos ofertá-lo como uma opção a todas as mulheres brasileiras? Não como uma fuga da violência praticada no sistema hospitalar, mas como uma opção tão segura e respeitosa? O que nos falta? Qual seria o caminho? Os exemplos internacionais poderiam ser aplicados e experienciados na realidade brasileira?

Um estudo realizado por pesquisadores do Canadá em 2018 identificou os países com prática de PDP com melhor integração com o sistema público de saúde. Um grupo de *experts* elaborou um quadro com 12 questões que serviriam de critérios para determinar a melhor ou pior integração. Dentre as questões, estavam se os profissionais eram reconhecidos por meio de legislação e regulamentações, se recebiam treinamento formal, se tinha facilidade de transporte em caso de transferência hospitalar e poderiam continuar oferecendo os cuidados à mulher, se portavam equipamentos e medicações de emergência, e ainda se possuíam políticas, regulamentações para critérios de elegibilidade, guias e/ou protocolos de assistência (Comeau et al., 2018).

Os locais com os serviços de saúde melhores integrados, com base nestes critérios, são Columbia Britânica (Canadá), Inglaterra, Islândia, Países Baixos (Holanda), Nova Zelândia, Ontário (Canadá) e, Washington (Estados Unidos da América) (Comeau et al., 2018).

Os critérios utilizados no estudo supracitado poderiam ser utilizados como baliza para uma assistência segura e avançarmos em diversas frentes na realidade brasileira da assistência ao PDP. Percebe-se que estes critérios são os mesmos entraves e desafios encontrados em nossa realidade (Mattos, Vandenberghe, & Martins, 2016).

Neste sentido é fundamental a criação de políticas públicas que direcionem ações que de fato garantam o direito de escolha do local de parto, bem como, as condições necessárias para que a modalidade aconteça da forma mais segura possível. Seja a partir da elaboração de protocolos, guias ou diretrizes, da garantia de serviços de retaguarda em caso de transferência ou ainda garantindo acesso aos profissionais a recursos materiais de uso emergencial.

Considerando, ainda, que o PDP além de seguro (Olsen & Clausen, 2012) é demonstradamente mais benéfico no que tange à satisfação da mulher, a redução de intervenções desnecessárias e, conseqüentemente, as complicações iatrogênicas advindas destas (Koettker et al., 2018; Lessa et al., 2018), além do potencial de menores custos aos sistemas de saúde (público e privado), seria vantajoso considerar sua oferta e cobertura financeira tanto pelo SUS como pelas operadoras de saúde.

Em suma, mulheres sendo respeitadas em suas escolhas, profissionais atuando com excelência na qualidade prestada, diretrizes, protocolos e políticas públicas que direcionem e objetivem a prática segura, acesso a recursos materiais de emergência, transferências e serviço de retaguarda garantindo a maior segurança do PDP, são ao mesmo tempo desafios e fios condutores rumo ao padrão ouro para a atuação nesta modalidade.

5. Considerações Finais

Considerando a pretensão reflexiva do presente ensaio teórico, diversas considerações e questionamentos foram apresentados, ainda que sem o intuito de trazer respostas afirmativas ou verdades absolutas. Tratou-se de um convite aos profissionais de saúde, envolvidos na assistência direta ou indireta ao parto e nascimento, para o aprofundamento deste tema emergente em nosso país.

Em oposição a países desenvolvidos, com melhores indicadores de saúde materna e perinatal, a assistência ao PDP em nosso país precisa avançar tanto em relação a elaboração de diretrizes assistenciais, como na criação de políticas públicas que garantam o acesso facilitado a recursos de emergência aos profissionais, serviço de retaguarda em caso de transferência, cobertura financeira a esta modalidade, além de acesso a declaração de nascido vivo para registro de nascimento.

Salientamos a necessidade e a importância de dar visibilidade ao tema, a importância do apoio e posicionamento dos conselhos de classe e do MS, principalmente no sentido de desmistificar a prática e auxiliarem profissionais e mulheres que optam por esta modalidade a exercerem seus direitos.

Reforçamos que o envolvimento do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), são, e tem sido um alicerce de extrema importância para o reconhecimento profissional da categoria, para segurança e desenvolvimento da prática profissional, bem como para os avanços desta modalidade.

A reflexão sobre o tema nos parece inesgotável, podendo tomar vários matizes, ansiamos que os apontamentos, questionamentos e reflexões feitas no presente ensaio fomentem novas discussões a fim de avançarmos tanto em relação às políticas públicas de saúde como na prática profissional de assistência à mulher, ao parto e nascimento. Por fim, deixamos aqui a seguinte provocação: quais movimentos temos feito enquanto categoria profissional e que caminhos temos percorrido em busca do ideal para a assistência ao PDP? Qual é a parte que nos cabe? Permaneceremos a passos lentos, ao risco de estagnação e retrocessos, ou trabalharemos avançando ao ideal?

Referências

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.

Recuperado de:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2020). *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC*. TABNET. Estatísticas vitais. Recuperado de:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>

Comeau, A., Hutton, E. K., Simioni, J., Anvari, E., Bowen, M., Kruegar, S., & Darling, E. K. (2018). Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 45(3), 311–321. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29436048/>

Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). (2019). Parecer técnico CNSM/Cofen nº 003/2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019_74671.html

Conselho Federal de Medicina (Brasil). (2012). Recomendação n.1/2012. Ementa: Recomenda-se que o a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura. Recuperado de:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/BR/2012/1>

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Brasil). (2012). Resolução CREMERJ n. 265/12. Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares. Recuperado de:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RJ/2012/265>

Costa, E. P. S. R., & Arrais, A. R. (2018). Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao fee-for-service. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(2), 170-180. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v31n2/1982-0194-ape-31-02-0170.pdf>

Dahlen, H. G. (2019). Is it Time to Ask Whether Facility Based Birth is Safe for Low Risk Women and Their Babies? *EClinicalMedicine*, 14, 9–10. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6833440/>

Entringer, A. P., Gomes, M. A. S. M., Costa, A. C. C., & Pinto, M. (2018). Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(9), 1–7. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e116>

Fiocruz. (2012). Nacer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/metodologia/>

Fundação Perseu Abramo. (2010). *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. Recuperado de: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files_pesquisaintegra.pdf

Koettker, J. G., Bruggemann, O. M., Freita, P. F., Riesco, M. L. G., & Costa, R. (2018). Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03371. Recuperado de:

https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03371.pdf

Leal, M. C. (2018). Parto e nascimento no Brasil : um cenário em processo de mudança. *Cadernos de Saude Publica*, 34(5), 1–3. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00063818.pdf>

Lessa, H. F., Tyrrell, M. A. R., Alves, V. H., Rodrigues, D. P. (2018). A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada. *Cuidado é Fundamental*, 10(4), 1118–1122. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-915695>

Mattos, D. V., Vandenberghe, L., & Martins, C. A. (2016). O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. *Revista de Enfermagem da UFPE On Line*, 10(2), 568–575. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-28279>

Meneghetti, F. K. (2011). O que é um ensaio-teórico? *Revista de Administração Contemporânea*, 15(2), 320–332. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552011000200010

Mori, M. (2017). “Parto em casa: por que tantas mulheres estão aderindo e quais os riscos e vantagens?”. Recuperado de <https://www.gazetadopovo.com.br/viver-bem/saude-e-bem-estar/parto-em-casa-quem-pode-como-funciona-quanto-custa/>

Olsen, O., & Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 1-39. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238062/pdf/emss-57065.pdf>

Sanfelice, C. F. O. (2016). *Representações sociais sobre o parto domiciliar*. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas. Recuperado de <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/305360>

Sousa, R. P., Assis, A. M. S. T., Bezerra, Y. C. P., Neves, F. P. B., Oliveira, G. F. (2018). A desinstitucionalização do parto: uma revisão integrativa da literatura. *Id on Line. Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(39), 891–903. Recuperado de

<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1039>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0A>
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Adelita Gonzalez Martinez Denipote – 40%

Maria Ribeiro Lacerda – 25%

Jaqueline Dias do Nascimento Selleti – 25%

Luana Tonin – 5%

Silvana Regina Rossi Kissula Souza – 5%